



# Comprender el pluralismo médico

Las ciencias sociales arrojan luz sobre el complejo panorama actual de las medicinas alternativas

En lo que llevamos de siglo XXI, las medicinas «alternativas» (en el sentido amplio de «diferentes a la medicina científico-experimental») han concitado atención —y polémica— en diversos ámbitos. Mientras su presencia en los países desarrollados aumenta y algunas instituciones internacionales promueven su uso, otras iniciativas oficiales tratan de ponerles freno. Las tensiones son evidentes.

Nos hallamos ante un problema complejo que no puede entenderse desde una perspectiva científicista. En este artículo trataremos de arrojar luz sobre este fenómeno a partir de los enfoques que nos ofrecen la historia y la antropología médicas. Veamos con mayor detalle algunas de las cuestiones subyacentes.

## ¿Tradicional, alternativa o complementaria?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha puesto en marcha dos planes (2002-2005, 2014-2023) para utilizar la medicina tradicional en la asistencia sanitaria. Este organismo entiende por medicina tradicional (MT) el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas —sean o no explicables—, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales. La cuestión de la que parte la OMS es que la MT es una forma de atención sanitaria muy accesible y asequible en muchos países con ingresos bajos, por lo que debe incluirse en los planes para mejorar el estado sanitario, siempre y cuando su eficacia y seguridad estén demostradas.

En los países más desarrollados, el uso de algunas de las formas de sanar que entran dentro de la MT tienen otro matiz: solemos referirnos a ellas como medicinas alternativas y complementarias (MAC). Para la OMS constituyen un conjunto am-

plio de prácticas de atención sanitaria que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

La MT y las MAC engloban formas muy variadas de entender la salud y la enfermedad. Además, se solapan, puesto que las formas propias de sanar en algunos países, esto es, tradicionales, son MAC en otros. Es el caso de sistemas médicos bien establecidos como la medicina tradicional china o la medicina ayurveda (India), que en Occidente se consideran MAC.

La presencia de las MAC en los países más desarrollados ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, la dimensión de tal aumento es difícil de valorar. Las encuestas no se interesan siempre por el mismo tipo de terapias, por lo que no siempre resultan comparables. En España, por ejemplo, las Encuestas Nacionales de Salud solo inquietan de manera individualizada por el uso de la homeopatía y la acupuntura, muy bajo en ambos casos. En cambio, el Centro de Investigaciones Sociológicas, en su último estudio de febrero de 2018, considera muchas más formas de sanar, desde las más conocidas hasta otras de equívoco significado como la «terapia nutricional». Y todavía es mayor el número de prácticas que han sido

incluidas en el reciente plan del Gobierno para la protección frente a las pseudoterapias ([www.conprueba.es](http://www.conprueba.es)), un término que se ha adoptado muy recientemente para denominar a las MAC.

Asimismo, el estatuto legal de las MAC es muy variado. Las diferencias de regulación en los diferentes países miembros de Unión Europea son enormes: desde la existencia de leyes específicas a la total ausencia de reglamentación. La Unión Europea tiene el reto de armonizar esta situación, algo verdaderamente difícil, dadas las diferentes tradiciones nacionales.

## La importancia de la cultura

Nos encontramos, por tanto, ante un problema complejo. En gran parte del mundo es preciso recurrir a la MT para asegurar la asistencia del conjunto de la población. En los países ricos, las MAC suponen una opción que va ganando presencia, a pesar de la accesibilidad y la capacidad diagnóstica y terapéutica de la medicina científico-experimental. Para tratar de comprender este fenómeno, sobre todo el que nos resulta más cercano, el uso de las MAC, es preciso considerar las aportaciones realizadas por las ciencias sociosanitarias en los últimos cincuenta años. Comencemos por dos conceptos que nos pueden resultar muy útiles: el pluralismo médico (o asistencial) y los itinerarios terapéuticos.

Se entiende por pluralismo asistencial la presencia de diversas opciones para afrontar los problemas de salud, sea cual sea su origen, estatuto científico o legal. Las personas que perciben que un determinado malestar requiere tomar algún tipo de acción recurren a una o varias de esas opciones. El orden en el que lo hacen y las razones que lo determinan definen el itinerario terapéutico.

Tanto las opciones como los itinerarios han de situarse en sus coordenadas históricas, sociales, económicas, políticas



y culturales. Un elemento muy sustancial a la hora de estudiar el pluralismo médico y los itinerarios terapéuticos es el patrón epidemiológico, esto es, el tipo de enfermedades y causas de mortalidad que se dan en una sociedad. Las enfermedades infecciosas, que han sido la causa de mortalidad predominante hasta hace pocas décadas —y lo siguen siendo en buena parte del globo—, generan patrones de uso de las instancias asistenciales muy diferentes a los que se derivan de los trastornos crónico-degenerativos, los más frecuentes en los países desarrollados.

La historia de la medicina ha mostrado que no ha existido una distinción clara entre la medicina «oficial» y la medicina «popular». La porosidad entre ambas era muy acusada y no era posible deslizar lo que se hacía para luchar contra la enfermedad sin tener en cuenta la esfera de lo religioso, muy relevante en la mayoría de las sociedades. Otro elemento que hay que tener en cuenta a la hora de comprender por qué se utilizaba una u otra terapia es el escenario asistencial, es decir, el espacio físico. Las opciones terapéuticas más cercanas al ámbito doméstico solían ser las más utilizadas, pero si la expectativa de sanar suponía viajar en búsqueda de un determinado médico o curandero, no se descartaban los desplazamientos.

La mirada histórica también permite ver que el poder de los profesionales sanitarios ha ido en aumento. Respaldados por las autoridades, han ido conquistando el monopolio de la gestión de la salud y la enfermedad. Con todo, tal conquista nunca ha sido completa, y el pluralismo médico sigue vigente en todo tipo de sociedades.

La sociología y la psicología social han tratado de explicar las razones de tal pervivencia a partir de una serie de modelos sobre la conducta de enfermar. En ellos, tras la experiencia de los síntomas, la población entra en contacto con la asistencia sanitaria y sigue las instrucciones del médico para volver lo antes posible a la situación previa a la enfermedad. Lo que se espera es que quien acude al médico adopte el papel de paciente-dependiente, y obedezca sus instrucciones. El incumplimiento de estas se explicaría por una serie de variables sociodemográficas (edad, nivel de instrucción, renta y otras características del «enfermo»), por la falta de accesibilidad a los servicios sanitarios oficiales y por las creencias de la población.

Pero esos modelos no explican dos cuestiones de gran relevancia. La primera tiene que ver con el límite a partir del

cual consideramos que un malestar es lo suficientemente intenso para iniciar la búsqueda de su solución. Esta frontera no está establecida solo por los síntomas —al fin y al cabo, una interpretación de las sensaciones corporales—, sino también por la construcción sociocultural de la enfermedad. La sociedad determina lo que es y lo que no es enfermedad. Y en los países desarrollados, donde cada vez más problemas de todo tipo están bajo escrutinio médico, dificultades que antes eran consideradas circunstancias de la vida se ven ahora como «anomalías» que deben corregirse mediante ayuda experta. Es lo que se conoce como medicalización, o medicamentación, si el problema se define en torno a un fármaco, como ocurre con el TDAH o la disfunción eréctil. Además, las expectativas generadas por la medicina científico-experimental implican que el nivel tolerado de malestar es cada vez menor.

La segunda cuestión es: ¿qué ocurre cuando, tras seguir las instrucciones de los profesionales, no se logra la vuelta a una vida normal? En un contexto de trastornos crónico-degenerativos, se convive con enfermedades de las que no necesariamente se muere si se controlan (diabetes mellitus, hipertensión), pero que no se curan y requieren cambios importantes en el estilo de vida. O bien, nos encontramos con enfermedades invalidantes sin cura (artritis, artrosis, fibromialgia): ¿qué hacer entonces?

La antropología médica ha tratado de ofrecer explicaciones que superen las limitaciones de los modelos que solo consideran adecuada la opción de la medicina científico-experimental. En ellas se da un valor preponderante a la cultura, como modo compartido y socialmente aprendido de dar significado, en este caso, a la salud y la enfermedad. El énfasis se ha puesto en la función clave del círculo más próximo al que padece. Un alto porcentaje de lo que puede convertirse en un problema es solventado mediante el autocuidado, la automedicación y la ayuda de familia y amigos. El ámbito doméstico, además, orienta el uso de los otros sectores asistenciales: la medicina oficial, los sanadores locales (curanderos, especialistas en síndromes culturalmente definidos como el mal de ojo o el empacho, herbolarios, etcétera) y las MAC. El uso de uno de estos sectores estaría gobernado por múltiples factores, entre los que resaltan el acuerdo sobre el significado cultural de los síntomas, las esperanzas de éxito que

se depositan en cada instancia asistencial o las modificaciones en las actividades de la vida normal que requiere su utilización (consultar al farmacéutico sobre un determinado síntoma suele hacerse porque resulta más inmediato y cómodo).

En la mayoría de los países occidentales, son las mujeres de mediana edad con estudios universitarios y nivel social medio-alto o alto las que más usan las MAC. No parece que sea la falta de instrucción o recursos, el déficit de información o la poca disponibilidad de servicios sanitarios lo que las lleve a ello. Sin embargo, puede ser que las MAC les ofrezcan un espacio para poder gestionar una mayor preocupación por el bienestar y les permitan ejercer un papel más activo en el control de su salud, frente al papel pasivo que supone el consumo de fármacos. Tampoco es de extrañar que frente a padecimientos crónicos se busquen alternativas, aunque los ancianos con varias enfermedades no suelen recurrir a las MAC, pero sí combinar varias opciones asistenciales.

Desde el punto de vista de la integración sociocultural, el uso simultáneo de diversas alternativas asistenciales resulta, pues, comprensible. Por supuesto, ello no es óbice para que se deban evitar las opciones que puedan suponer riesgos para la salud o generar vanas expectativas. Pero solo si tenemos en cuenta todas las variables en juego —no solo las estrictamente «médicas», sino también las sociales y culturales— podremos protegernos de estas alternativas perjudiciales. ■

#### PARA SABER MÁS

##### **A new medical pluralism. Complementary medicine, doctors, patients and the state.**

Dirigido por S. Cant y U. Sharma. Routledge, 1999.

##### **Una reflexión sobre el pluralismo médico.**

Enrique Perdiguero Gil en *Salud e interculturalidad en América Latina*. Dirigido por Gerardo Fernández Juárez. Ediciones Abya-Yala 2006.

##### **Alternative medicine? A history.** Roberta Bivins. Oxford University Press, 2007.

##### **Medical pluralism. Past-present-future.**

Dirigido por Robert Jütte. Franz Steiner, 2013.

##### **Los enfermos en la España barroca y el pluralismo médico.** Espacios, estrategias y actitudes. Carolin Schmitz. CSIC, 2018.

#### EN NUESTRO ARCHIVO

##### **Historia de la medicina, una asignatura pendiente en la formación de los médicos.**

Jon Arrizabalaga en *IyC*, octubre de 2016.

##### **¿Qué significa estar sano o enfermo?** Cristian Saborido en *IyC*, enero de 2018.