




Enviado 23/03/2022
Aprobado 07/07/2022
Publicado 02/01/2023

HACIA NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN EN SALUD: LA INTEGRACIÓN DE LAS MEDICINAS NO CONVENCIONALES

Towards new models of health care: the integration of non-conventional medicines

 **Cristina Guadalupe Carrillo Sánchez¹**: Universidad Autónoma de San Luis Potosí. México.
a309413@alumnos.uaslp.mx

 **Leonardo Ernesto Márquez Mireles**: Autónoma de San Luis Potosí. México.
leonardoemm@uaslp.mx

Cómo citar el artículo:

Carrillo Sánchez, C. G. y Márquez Mireles, L. E. (2023). Hacia nuevos modelos de atención en salud: la integración de las medicinas no convencionales. *Revista de Comunicación y Salud*, 13, 22-41. <https://doi.org/10.35669/rcys.2023.13.e308>

Resumen

Existe una demanda de una diversidad de sistemas y modelos terapéuticos que se muestran subordinados ante el modelo médico hegemónico, como eje rector de la eficacia y seguridad. En la mayoría de los discursos internacionales e investigaciones se plantea una disputa entre dos sistemas: el biomédico o convencional y las denominadas medicinas no convencionales. Este artículo tiene como objetivo discutir los términos relacionados con las denominadas medicinas no convencionales y las implicaciones de establecer las prácticas biomédicas como mecanismo de validación en la articulación de las medicinas no convencionales en el sistema de salud. Para dicho propósito, el estudio se basa de fuentes documentales. Se consultaron metabuscadores y buscadores genéricos como Google Scholar para la exploración de artículos originales y de revisión elaborados en el periodo 2002 y 2020 en español, inglés y portugués. En primer lugar, se describe la incorporación de las medicinas no convencionales en los discursos de la OMS y la OPS como actores relevantes que alinean las políticas nacionales sobre las medicinas no convencionales; en segundo lugar, se presenta una discusión sobre las principales diferencias en el uso de los términos relacionados con las medicinas no convencionales: alternativa, complementaria e integrativa y, finalmente, se exponen las implicaciones de establecer los

¹ **Cristina Guadalupe Carrillo Sánchez**: Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Maestra en Sociología de la Salud. Estudiante de Doctorado en Estudios Latinoamericanos en Territorio, Sociedad y Cultura.

criterios metodológicos de la biomedicina como elemento de validación de las medicinas no convencionales.

Palabras clave:

Terapias Complementarias, Medicina Integrativa, Integración de Sistemas, Pluralismo Médico.

Abstract

There is a demand for a diversity of therapeutic systems and models that are shown to be subordinate to the hegemonic medical model, as the guiding axis of efficacy and safety. In most international discourses and research, a dispute arises between two systems: the biomedical or conventional and the so-called non-conventional medicines. This article aims to discuss the terms related to the so-called non-conventional medicines and the implications of establishing biomedical practices as a validation mechanism in the articulation of non-conventional medicines in the health system. For this purpose, the study is based on documentary sources. Metasearch engines and generic search engines such as Google Scholar were consulted for the exploration of original and review articles prepared in the period 2002 and 2020 in Spanish, English and Portuguese. In the first place, the incorporation of non-conventional medicines in the discourses of the WHO and PAHO as relevant actors that align national policies on non-conventional medicines is described; secondly, a discussion is presented on the main differences in the use of terms related to non-conventional medicines: alternative, complementary, and integrative and, finally, the implications of establishing the methodological criteria of biomedicine as a validation element are exposed. of non-conventional medicines.

Keywords:

Complementary Therapies, Integrative Medicine, Systems Integration, Medical Pluralism.

1. INTRODUCCIÓN

El presente artículo parte de la necesidad de reconocer que en todas las sociedades existen modos diversos de entender y vivir el proceso salud-enfermedad-atención, y con ello, distintas formas de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que brindan resoluciones tanto técnicas como sociales y subjetivas (Haro, 2000; Kleinman, 1978; Perdiguero-gil, 2006).

Si bien este pluralismo médico, asistencial o terapéutico es dominado por la llamada medicina convencional (MC), que a lo largo del documento se define como biomedicina, al considerarla como uno de los principales productores de ideología y hegemonía (Menéndez, 2015) que conceptúa las anomalías biológicas o psicobiológicas como principal causa de la enfermedad y menoscaba su causalidad social y cultural (Martínez, 2011); no se puede negar que otros sistemas y modelos médicos son recurrentes y pueden impactar en el acceso a la atención de salud, ya sea por factores culturales, económicos, geográficos o ideológicos. Esto último, si, al igual que Andersen y Davidson, se piensa el acceso como el uso real de los servicios de salud y todo aquello que facilita o impide su uso en relación con las características contextuales tanto del sistema de salud como de la comunidad, las características individuales como la educación, ocupación, etnicidad, interacciones y relaciones sociales; necesidades percibidas del usuario, las creencias de salud manifestadas en actitudes, valores y los conocimientos sobre salud-

enfermedad de las personas, los estilos de vida y comportamientos ante el autocuidado y adherencia al tratamiento, y los resultados en salud a partir de la percepción del estado de salud del usuario (Andersen & Davidson, 2007).

Al tomar en cuenta el derecho a la salud en todas sus formas, incluyendo una atención culturalmente apropiada que comprende los contextos y transacción de conocimientos locales, nacionales y globales, además del papel del Estado, esto es, proteger a la población de posibles riesgos en materia de salud; el reconocimiento de una diversidad de nociones de salud, enfermedad, diagnóstico y tratamiento se convierten en un mecanismo necesario (Stuttaford *et al.*, 2014).

En 2019, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una actualización de su reporte global sobre medicina tradicional y complementaria (MTC), reportando que la acupuntura es la práctica terapéutica más común al estar presente en 113 Estados Miembros, seguida del consumo de medicamentos herbarios en 110 países y las prácticas de medicina tradicional indígena utilizadas en 109 países. Asimismo, 100 Estados Miembros informaron el uso de homeopatía y medicina tradicional (MT) china, 82 países indicaron acudir a la medicina Unani y más de 100 países reportaron el uso de naturopatía, quiropráctica, osteopatía y medicina Ayurveda, en ese orden (WHO, 2019).

En relación con los profesionales de la MTC, se expuso que solo 78 Estados Miembros decretaron algún tipo de normativa sobre quién ejerce estas prácticas. Además, se informó que los profesionales regularizados con mayor frecuencia fueron los practicantes de MT indígena, con una regulación en 36 países; seguido de los médicos que brindan servicios de acupuntura y quiropráctica, quienes son regulados en 30 y 26 países, respectivamente. Si bien los datos de la OMS indican que es innegable la demanda de formas y modelos terapéuticos distintos a la oferta del sistema de salud oficial, es indispensable comprender cómo se reconocen estos modelos terapéuticos y los avances alcanzados para articularlos en los programas nacionales de salud (WHO, 2019).

Por lo anterior, el objetivo de este artículo es discutir los términos relacionados con las denominadas medicinas no convencionales (MNC) y las implicaciones de establecer las prácticas biomédicas como mecanismo de validación en la articulación de las MNC en el sistema de salud. A partir de la revisión bibliográfica, en primer lugar, se describe la incorporación de las MNC en los discursos de la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) como actores que alinean las políticas nacionales sobre las MNC; en segundo lugar, se presenta una discusión sobre las principales diferencias en el uso e interpretación de los términos relacionados con las MNC: alternativa, complementaria e integrativa; y, finalmente, se examinan las implicaciones de establecer los criterios metodológicos de la biomedicina como elemento de validación de las MNC.

2. METODOLOGÍA

El presente estudio se desarrolló a partir de fuentes secundarias. En primera instancia, se realizó una consulta de diversos documentos de la OMS y la OPS como organismos internacionales que han propuesto la integración de otros modelos de atención como parte de los sistemas sanitarios. En segunda instancia, se consultaron metabuscadores (PubMed, la Biblioteca Virtual en Salud [BVS], específicamente, la base gestionada por la Red de Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas de las Américas [Red MTCI], y buscadores genéricos como

Google Scholar) para la exploración de artículos originales y de revisión elaborados en el periodo 2002-2020 en español, inglés y portugués. Esto, considerando la primera estrategia de la OMS sobre MT (2002). Sin embargo, después de la revisión de los textos se buscaron las referencias de los artículos que se consideraron un antecedente relevante de las investigaciones encontradas.

La búsqueda se realizó a partir de los siguientes descriptores: medicinas no convencionales, medicina alternativa, medicina complementaria, medicina alternativa y complementaria, y medicina integrativa; y sus correspondientes traducciones al inglés. Se identificaron 769 artículos en torno a la medicina alternativa y complementaria (MAC) y 379 artículos sobre la medicina integrativa. La selección de los artículos se llevó a cabo a partir de la lectura de los resúmenes, escogiendo aquellos que discutieron la terminología de la MAC y la MI, sus características y su relación con la biomedicina. De modo que, se integraron 37 referencias, principalmente, editoriales, cartas al editor, debates, ensayos y revisiones de la literatura y, se excluyeron los estudios clínicos, de metaanálisis y análisis empíricos sobre la eficacia de las MNC.

Los trabajos referidos en la delimitación conceptual y el debate sobre las relaciones entre la biomedicina y otros modelos médicos alternativos, complementarios e integrativos se anexan en la Tabla 1.

Tabla 1.

Artículos analizados en torno a la delimitación conceptual de las denominadas medicinas no convencionales

Autor/es	Año	País	Idioma
Eisenberg	1993	Estados Unidos	Inglés
Menéndez	1994	México	Español
Angell y Kassirer	1998	Estados Unidos	Inglés
Fontanarosa y Lundberg	1998	Estados Unidos	Inglés
Rosch	1998	Estados Unidos	Inglés
Zollman y Vickers	1999	Inglaterra	Inglés
Ernst	2000	Inglaterra	Inglés
Kaptchuk y Eisenberg	2001	Estados Unidos	Inglés
Tonelli y Callahan	2001	Estados Unidos	Inglés
Ernst	2002	Inglaterra	Inglés
Barret <i>et al.</i>	2003	Estados Unidos	Inglés
Duarte	2003	México	Español

Menéndez	2003	México	Español
Tovey, Easthope y Adams	2003	Inglaterra y Australia	Inglés
Borrell I Carrió	2005	España	Español
Barry	2006	Inglaterra	Inglés
Caminal, Rodríguez y Molina	2006	España	Español
Cernadas	2006	Argentina	Español
Coulter y Willis	2007	Estados Unidos y Australia	Inglés
Alfonso, Albarracín, Caminal y Rodríguez	2008	España	Español
Maizes, Rakel y Niemiec	2009	Estados Unidos	Inglés
Keshet	2009	Israel	Inglés
Hollenberg y Muzzin	2010	Canada	Inglés
Otani y Barros	2011	Brasil	Portugués
Templeman y Robinson	2011	Australia	Inglés
Wieland, Manheimer y Berman	2011	Estados Unidos	Inglés
Dalcanale Tesser y Carvalho De Sousa	2012	Brasil	Portugués
Istúriz, Acevedo y Jiménez	2012	Cuba	Español
Ning	2012	Canadá	Inglés
Schveitzer, Esper, y Paes da Silva	2012	Brasil	Portugués
Rojas, Silva, Sansó y Alonso	2013	Cuba	Español

Gale	2014	Inglaterra	Inglés
Ng, Boon, Thompson y Whitehead	2016	Canadá	Inglés
Cant	2017	Inglaterra	Inglés
Crocker <i>et al.</i>	2017	Estados Unidos	Inglés
Pegado	2019	Portugal	Portugués
Nunesa y Louvisonb	2020	Brasil	Inglés

Fuente: *Elaboración propia.*

3. LOS DISCURSOS INTERNACIONALES SOBRE OTROS MODELOS Y SISTEMAS MÉDICOS

La consideración sobre modelos y formas de atención distintas al pensamiento biomédico, entendido como un elemento imprescindible para afrontar las necesidades de salud de la población, tiene como primer referente la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en 1978 en Almaty, Kazajistán, en la entonces Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS). En dicho evento se impulsó la atención primaria de salud como estrategia para solventar las desigualdades sanitarias, incluyendo la integración de practicantes de la MT como parte de los equipos de salud comunitarios (OMS, 1978).

Posteriormente, en 2002, la OMS publicó su estrategia sobre medicina tradicional, abordando dos conceptos antitéticos al modelo biomédico: la MT y la MAC. En primer lugar, la MT engloba sistemas, terapias y prácticas manuales, espirituales y de medicación basada en hierbas, minerales y animales; y, en segundo lugar, la MAC se define como un conjunto de prácticas y terapias que no pertenecen a la tradición de un propio país, ni son parte de su sistema de salud (OMS, 2002). Estas precisiones se tornan problemáticas al establecer que la principal distinción entre los dos conceptos es su aplicación y origen en países en vías de desarrollo y países desarrollados (Caminal *et al.*, 2006). En ese orden de ideas, la OMS relacionó la MT con regiones como África, Latinoamérica, el Sudeste asiático y Pacífico occidental; asociando su uso y origen a las circunstancias históricas, culturales, creencias y la accesibilidad y asequibilidad que representa para la población de estas regiones. Por otra parte, señaló que, para Europa, Canadá, Estados Unidos y Australia, el término MT transmutó a MAC; justificando su uso como parte de un cuestionamiento de los usuarios hacia la biomedicina y una preocupación sobre los efectos adversos de los medicamentos (OMS, 2002).

Doce años más tarde, la OMS presentó una actualización de su Estrategia sobre medicina tradicional (2014-2023), donde redefinió la MT como la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales (OMS, 2013). A pesar de que esta nueva definición reconoce el carácter complejo, simbólico y cultural de otros sistemas y modelos de atención, a lo largo del documento permea la tendencia a englobar todo lo que se excluye de la

práctica y saber biomédico como parte de un mismo concepto, que en esta estrategia se implementa a través de la fusión de dos términos: medicina tradicional y complementaria (MTC). Esto es de suma importancia, considerando que la OMS no estableció diferencias claras entre lo que denomina MT y MAC, al menos no más allá de lo que está institucionalizado o incorporado en los sistemas sanitarios y lo que proviene desde la tradición de cada país. Es a partir de la ambigüedad que genera la definición y distinción de estos términos que, en los discursos internacionales sobre la integración de medicina tradicional como recurso de los sistemas sanitarios, se entrecruza la denominada MAC.

Bajo dicha perspectiva es posible apreciar cómo, desde los discursos internacionales, se establecen dos puntos esenciales para discutir el tema de la integración de MNC en los sistemas de salud. La primera postura se basa en la búsqueda del fortalecimiento de la cobertura universal a partir de la integración de prácticas y profesionales de las MNC en la atención primaria de salud (OMS, 1978, 2002, 2008, 2013, 2018), especialmente por la correspondencia que presenta con los valores de la atención primaria en salud, esto es, la atención centrada en la persona, el enfoque preventivo de enfermedades y el fomento de la autonomía y derecho del usuario (Dalcanele y Carvalho, 2012; Mendes *et al.*, 2019).

Esta primera postura, también puede observarse de manera general, en la agenda 2030 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) que añadió como objetivo 3 la garantía de una vida sana y la promoción del bienestar. De manera, que en la meta 3.8 se vincula la cobertura universal como la protección de riesgos financieros y acceso a servicios de salud de calidad, asequibles, inocuos y eficaces. Lo cual, abre la discusión a qué elementos son incluidos en estos servicios de salud, si la visión de salud puede tener una perspectiva holística desde este discurso de bienestar y si es posible coadyuvar a evitar gastos de bolsillo relacionados con modelos de salud fuera del modelo hegemónico, especialmente en cuanto a los tratamientos paliativos.

La segunda postura está vinculada al reconocimiento de la diversidad pluriétnica, la revalorización de la cultura y el rescate de los conocimientos sobre MT, que puede corresponder a la implementación del enfoque intercultural de salud (OIT, 2014; OMS, 2008).

4. DELIMITACIÓN CONCEPTUAL: MEDICINAS NO CONVENCIONALES, MEDICINA ALTERNATIVA, MEDICINA COMPLEMENTARIA Y MEDICINA INTEGRATIVA

Si bien no existe un término consensuado ni una definición universal, más bien una noción que es adaptada a las condiciones y necesidades socioculturales y sanitarias de los países (Kaptchuk y Eisenberg, 2001), es posible encontrar una amplia variedad de términos que han sido utilizados tanto para legitimar como deslegitimar aquellas prácticas terapéuticas y diagnósticas que no son parte del sistema médico hegemónico y que indican implicaciones ideológicas y de poder entre los distintos sistemas y modelos médicos, especialmente cuando su definición indica exclusión u otredad en relación con la MC (Cant, 2017; Coulter y Willis, 2007; Gale, 2014). En ese sentido, uno de los pocos consensos en torno a las llamadas MNC consiste en reconocer su falta de claridad tanto terminológica como taxonómica (Alonso *et al.*, 2008; Caminal *et al.*, 2006; Gale, 2014; Pegado, 2020).

De acuerdo con una revisión de la literatura, los apelativos más utilizados en la academia que refieren a otros sistemas médicos, modelos de atención o prácticas terapéuticas son: “no

convencionales”, “alternativas”, “complementarias” e “integrativas”. Estos se diferencian de otros términos por no brindar una connotación negativa, sino que aluden a una vinculación con la biomedicina (Ng *et al.*, 2016). Como una crítica a lo anterior, Gale (2014) cuestionó la neutralidad de estos apelativos. Por un lado, señaló la dificultad de englobar en un mismo término a una amplia variedad de sistemas médicos, prácticas y productos terapéuticos, que, si bien pueden tener semejanzas, también pueden poseer diferencias significativas entre sí. Por otro lado, expuso la violencia simbólica detrás de estos términos, que, más que una articulación con la biomedicina, resalta su dominio y dualismo en el campo médico.

Otro aspecto que debe mencionarse es que esta comparación dicotómica también se utiliza para establecer algunas características atribuidas a las llamadas MNC, de las cuales carece la biomedicina. En este caso, se hace referencia a una comparación entre una atención al paciente desde una visión holística, individualista (un tratamiento particular), intuitiva y empoderadora de las MNC vs. una visión de reduccionismo, generalización, deducción y control del tratamiento del paciente ejercido por la biomedicina (Barrett *et al.*, 2003).

Por su parte, Coulter y Willis (2007) señalaron que una de las características que parece vincular al universo de las MNC es el vitalismo, el cual sostiene un enfoque llamado *vis medicatrix naturae* (el poder curativo de la naturaleza), lo que significa que el cuerpo tiende a curarse a sí mismo. Bajo este enfoque, el médico solo facilita la curación del cuerpo (Coulter y Willis, 2007). Este tipo de generalizaciones incitan a asignar las mismas características a todas las MNC, incluso cuando han manifestado cambios sustanciales en su práctica.

Otro ejemplo es el fomento a la autonomía del usuario como atributo concedido a las MC. Esta autonomía se refleja en la toma de una responsabilidad del bienestar propio. Sin embargo, Menéndez (2003) señaló que la asimetría en la relación médico-paciente no solo está presente en la biomedicina, sino también en otros sistemas médicos e incluso se concibe necesaria para curar. Ante esto, Ning (2012) hizo alusión a la necesidad de descartar las oposiciones binarias, especialmente cuando no se está ante un debate entre dos sistemas o modelos médicos únicos (biomédico vs. alternativo-complementario) que aparentan ser opuestos por su validez científica (Rojas *et al.*, 2013), sino ante varias cosmovisiones de salud-enfermedad con sus respectivas construcciones diagnósticas y terapéuticas (Duarte, 2003). De esa manera, se reconoce que los distintos sistemas y modelos médicos, incluyendo la biomedicina, son productos sociales que se influyen entre sí y son mutables a partir de las necesidades de la población (Tovey *et al.*, 2003).

Para ilustrar lo anterior, se consideró relevante hacer especial énfasis en la evolución de los términos aplicados en el centro de investigación sobre MNC en Estados Unidos, un referente en esta área. En 1998, el National Center for Complementary and Alternative Medicine (NCCAM) mencionó en sus informes a la medicina integrativa con una intención de posicionarla como un objetivo de la institución, como se observa en la siguiente declaración:

A medida que las intervenciones de las MAC sean incorporadas en la educación y práctica de la medicina convencional, los términos excluyentes “medicina alternativa complementaria”, serán reemplazados por, el más inclusivo, “medicina integrativa”. Se considerará que la medicina integrativa proporciona conocimientos y herramientas novedosas para la salud humana, practicados por proveedores de atención médica capacitados y conocedores de las múltiples tradiciones y disciplinas que contribuyen a las artes curativas. (NCCAM, 2000, p. 5)

Años después, el centro cambió el nombre a The National Center for Complementary and Integrative Health (NCCIH), advirtiendo que la modificación no solo refleja el compromiso de la institución por investigar enfoques de salud más prometedores, sino también el cambio en el consumo de su población. Con esta modificación, la institución definió el concepto de *medicina integrativa* de la siguiente manera:

Un estilo de práctica que pone un fuerte énfasis en un enfoque holístico para el cuidado del paciente mientras se enfoca en reducir el uso de tecnología. Los médicos que abogan por este enfoque generalmente incluyen prácticas complementarias seleccionadas en la atención que ofrecen a los pacientes, y muchos han establecido entornos que incluyen a practicantes complementarios. (National Center for Complementary and Integrative Health, 2016, p. 6)

De igual manera, en 2017, la Unidad de Medicina Tradicional y Complementaria de la OMS modifica su nombre a Unidad de Medicina Tradicional, Complementaria e Integrativa. Lo anterior indica que se consideran los debates en torno a los conceptos de las MNC, sobre todo al señalar que mantiene un proyecto destinado a definir y entender la medicina integrativa (WHO, 2019).

A partir de lo anterior, se formuló la siguiente pregunta: ¿Qué se enuncia cuando se hace referencia a cualquiera de los términos alternativo, complementario, integrativo, no convencional?, ¿pueden emplearse de manera equivalente? En respuesta a esto, se consideraron cuatro posturas generales.

La primera reconoce la racionalidad única de otros sistemas médicos o modelos de atención presente en los distintos significados, valores y términos tanto técnicos como socioculturales sobre salud, enfermedad y tratamiento, que son ejercidos sobre y por la población usuaria (Menéndez, 1994). Por ejemplo, Borrell (2005) manifestó que la medicina alternativa se sostiene en una cuestión de deseo o voluntad de la persona por justificar la enfermedad, o buscar soluciones a esta por medio de teorías inexpugnables para la lógica científica. En consecuencia, el autor definió la medicina alternativa como “la práctica clínica que actúa a partir de un modelo de enfermar único, eso es, un modelo que quiere explicar toda la complejidad de la salud y enfermedad, y un modelo que además rehúye la verificación y falsación” (Borrell, 2005, p. 311).

La segunda postura utiliza los términos *medicinas no convencionales*, *medicina alternativa* y *medicina complementaria* sin distinción alguna, demarcándolos a partir de lo que no son (Ng *et al.*, 2016). Es decir, son aquellos sistemas médicos o prácticas terapéuticas o diagnósticas que no son parte del sistema de salud oficial, de la práctica médica escolarizada y no poseen un respaldo considerado científico sobre su eficacia, efectividad y seguridad (Eisenberg *et al.*, 1993). En esa misma línea, Zollman y Vickers definieron la medicina complementaria como un grupo de disciplinas terapéuticas y de diagnóstico que existen, en gran medida, fuera de las instituciones donde se enseña y se brinda atención médica convencional. Asimismo, mencionaron que, entre 1970 y 1980, estas fueron, usualmente, suministradas como una opción de tratamiento distinta a la oferta biomédica, por lo que se les comenzó a conocer colectivamente como medicinas alternativas. Sin embargo, con el transcurso de los años y bajo la noción de complementar dos sistemas médicos distintos, comenzó a utilizarse el concepto de *medicina complementaria*, aunque tal adaptación no la aplicaron todos los investigadores (Zollman & Vickers, 1999).

Al respecto, Coulter y Willis expresaron que el apelativo “alternativo” puede implicar un rol primario en la atención de salud, al entenderse como un reemplazo del modelo biomédico. En contraste, el apelativo “complementario” expone un rol secundario de otras concepciones diagnósticas y terapéuticas (Coulter y Willis, 2007). Por su parte, Wieland *et al.* (2011) propusieron una definición operativa para esclarecer la caracterización de los sistemas, terapias, prácticas o modalidades englobadas en las MAC, en consideración de tres criterios:

1. La práctica terapéutica se basa en teorías de un sistema médico fuera del modelo alopático occidental, entonces (desde la perspectiva actual de los Estados Unidos y Europa) se etiqueta como MAC.
2. La terapia o práctica es estándar para una condición médica y aceptada por el sistema médico dominante. Es decir, la terapia o práctica es admitida cuando existe una autorización gubernamental de sus practicantes, es cubierta por el seguro médico y cuenta con recomendaciones o guías de práctica. Es importante resaltar que, bajo este criterio, se debe hacer una vinculación tratamiento-condición médica, debido a que un mismo tratamiento puede ser estándar para una condición, pero “alternativo-complementario” para otra.
3. Las terapias de autocuidado y aquellas que no son administradas por médicos convencionales o en un entorno hospitalario.

A pesar de los criterios anteriores, los autores reconocieron que definir a las MAC desde una perspectiva biomédica tiene como limitante que esta cambia a lo largo del tiempo y, con ello, la línea de demarcación entre la biomedicina y las medicinas o prácticas terapéuticas que se conciben externas a la práctica médica hegemónica. Dicho de otro modo, al establecer que las MAC dependen de la evidencia aceptada por el sistema dominante, que consiste, principalmente, en la aplicación de los mismos criterios metodológicos que tiene la biomedicina, entonces la identificación de sus terapias y prácticas requeriría una reevaluación periódica a medida que la evidencia aumenta y cambia con el tiempo, y el sistema dominante las incorpora tanto en su práctica como en sus principios. De manera adicional, los autores ponderaron que la evidencia validada o incluso la ausencia o escasez de esta, no debe ser un criterio de identificación de las MAC; dado que, actualmente, hay tratamientos surgidos de la medicina convencional que tampoco cuentan con suficiente evidencia de su eficacia. Asimismo, hay terapias consideradas MAC que poseen estudios que respaldan su eficacia para ciertas condiciones médicas (Wieland *et al.*, 2011).

La tercera postura niega como necesaria una práctica de sistemas o modelos de atención distintos al biomédico. En esta postura se identificó una crítica basada en mostrar como antagónica cualquier práctica alejada del pensamiento médico hegemónico. De este modo, Fontanarosa y Lundberg sentenciaron en su estudio, *Alternative medicine meets science*, que no existe la medicina alternativa. Aun cuando los autores reconocieron la existencia de una gran variedad de practicantes de otras formas de medicina, su narrativa procuró señalar que la práctica médica debe ser aquella que demuestra su seguridad y eficacia terapéutica mediante un riguroso método científico, y en caso de no superar los estándares de validación, su único propósito se justifica por su interés cultural e histórico (Fontanarosa & Lundberg, 1998). En este mismo sentido, Angell y Kassirer (1998) ratificaron que la separación existente entre la considerada medicina alternativa y denominada medicina convencional es la seguridad y eficacia probada. Por lo tanto, los autores

negaron que el método científico pueda aplicarse a remedios alternativos e invalidaron las especulaciones, testimonios y anécdotas que verifican la eficacia de este tipo de formas y modelos de atención. Bajo dicho escenario, hicieron especial énfasis en la necesidad de someter cualquier práctica terapéutica a las mismas pruebas científicas a las que se somete la biomedicina (Angell & Kassirer, 1998).

Bajo estas posturas, las principales diferencias entre la medicina convencional o biomedicina y las denominadas MNC son, en primer lugar, la diversidad de cosmovisiones del proceso salud-enfermedad, factores etiológicos y modelos diagnósticos propios. En segundo lugar, el marco metodológico que respalda su eficacia y seguridad, a partir de la medicina hegemónica y su narrativa legitimada por una forma hegemónica de conocimiento (Nunesa & Louvisonb, 2020). Por tanto, hasta que no son aplicadas las mismas prácticas metodológicas que la medicina biomédica, no son consideradas para integrarse de manera horizontal en los sistemas de salud.

Finalmente, la cuarta postura hace alusión al término y modelo de medicina integrativa, que a diferencia de los términos anteriores, su definición describe las características de un nuevo modelo de salud y bienestar donde se fusiona la biomedicina con las prácticas y terapias de las MNC que se han validado a partir de estándares científicos del sistema dominante (Ng *et al.*, 2016). Más allá de una combinación de terapias consideradas, hasta ahora, complementarias, se pretende ofrecer opciones de tratamiento al paciente; así como un cuidado humanizado e integral sostenido en evidencias que aprueben la eficacia de las intervenciones. Por lo tanto, es considerado por algunos como un nuevo paradigma de salud (Otani & Barros, 2011).

Al respecto, Templeman y Robinson indicaron que la articulación de la biomedicina y las MNC puede presentar distintos niveles de equidad, poder, autonomía y control. Esto puede depender de la selección de evidencia que, por un lado, puede ser una combinación entre evidencia basada en criterios biomédicos más la integración de evidencia basada en experiencia, tanto de los practicantes biomédicos como de las medicinas no convencionales. Por otro lado, puede presentarse una incorporación selectiva de las prácticas terapéuticas no convencionales que han sido avaladas exclusivamente por los criterios de la biomedicina (Templeman & Robinson, 2011).

Si bien el término *medicina integrativa* ha sido abordado por diversos autores como un nuevo modelo de atención orientado al bienestar del usuario (Crocker *et al.*, 2017; Maizes *et al.*, 2009; Rosch, 1998; Schweitzer *et al.*, 2012), Hollenberg y Muzzin (2010) criticaron las implicaciones epistemológicas en torno a la medicina integrativa y consideraron que en este modelo sigue dominando una perspectiva biomédica por lo siguiente:

Actualmente la biomedicina devalúa los conocimientos de las Medicina Alternativas Complementarias (MAC); se centra exclusivamente en la evidencia positivista; no puede comprender de manera integral los paradigmas de las MAC; y se tiene mayor interés en su valor técnico. (Hollenberg & Muzzin, 2010, p. 52)

Asimismo, los autores señalaron que la relación subordinada entre la biomedicina y las MNC se observa a partir del paradigma de apropiación y el paradigma de asimilación. En el primero, la biomedicina se apodera de algunos aspectos de otros sistemas médicos sin reconocer la cosmovisión original de la que se tomó cierta práctica, terapia o producto. Con ello, es notable

que se prioriza la perspectiva diagnóstica biomédica sobre la perspectiva de las MNC, pero se mantiene la técnica curativa. En cuanto al paradigma de asimilación, le biomedicina se apodera de todo el conocimiento de otro sistema médico y lo reinterpreta, le otorga nuevos términos y significados (Hollenberg & Muzzin, 2010).

Si se considera esta crítica, ¿realmente podría insinuarse que se está analizando e integrando la práctica de un modelo de salud distinto? En relación con esto, Menéndez (2020) hizo hincapié en que la implementación de otras propuestas terapéuticas como estrategia contrahegemónica no ha generado cambios sustanciales en el modelo biomédico. Más bien, estas son alineadas y apropiadas por la biomedicina a través de su constante pragmatismo. Ejemplo de ello es la quiropráctica en países como Australia o Nueva Zelanda (Dew, 2003), o la partería en México (Argüello & Mateo, 2014; Güémez, 2007).

5. LA EVIDENCIA COMO ELEMENTO LEGITIMADOR DE LAS MEDICINAS NO CONVENCIONALES

Una de las dificultades a la hora de debatir sobre la práctica e integración de las MNC en los sistemas sanitarios es la generación de evidencia. Ante esto, se han contemplado dos posturas generales que reflejan la percepción del campo biomédico. Por un lado, se encuentran tanto investigadores como profesionales biomédicos que insisten en la aplicación de los principios y estándares considerados rigurosamente científicos. Por otro lado, aquellos que defienden la posibilidad de emplear distintos métodos para comprobar la eficacia de los tratamientos considerados no convencionales, al discurrir que existen terapias, prácticas o tratamientos que no pueden someterse a un método considerado científico, específicamente desde un ámbito clínico (Keshet, 2009).

La primera postura sostiene que todo tipo de tratamiento, terapia, producto o práctica diagnóstica o curativa debe validarse a partir de la aplicación de estándares rigurosos de investigación científica que puedan comprobar su seguridad y eficacia (Ernst, 2000, 2002; Fontanarosa & Lundberg, 1998). Esto último está inevitablemente asociado a la Medicina Basada en Evidencia (MBE), que dentro de sus principios plantea valerse de la mejor evidencia disponible para decidir si determinado tratamiento, procedimiento o intervención puede aplicarse, lo que necesariamente implica la jerarquización de la evidencia (Manterola *et al.*, 2014; Sackett, 1996).

Si bien el objetivo de este artículo no es profundizar en las distintas clasificaciones sobre los niveles de evidencia, sí se consideró pertinente mencionar que esta jerarquización pondera la validez, calidad metodológica y posibilidad de sesgo de las investigaciones. Todo ello coloca el ensayo controlado con asignación aleatoria en la cúspide como la mejor evidencia, seguido del ensayo controlado sin asignación aleatoria, los estudios de cohortes, casos y controles; las comparaciones en el tiempo con o sin la intervención, y los estudios descriptivos o informes de comités de expertos basados en la experiencia clínica. Ante esta necesidad de evidencia rigurosa, que además está enfocada a un aspecto meramente clínico, Keshet (2009) señaló que el discurso biomédico busca asegurar su posición dominante a través de prácticas discursivas basadas en el énfasis de las cualidades científicas que distinguen su campo y práctica, de aquellas que se consideran menos científicas y, por ende, con menor jurisdicción del campo médico.

La segunda postura sostiene que los métodos para obtener conocimiento en un arte curativo debe ser coherente con su comprensión subyacente y teoría de la enfermedad (Tonelli & Callahan,

2001). En este sentido, Keshet (2009) mencionó que se necesitan diversos diseños de investigación para evaluar el amplio espectro de técnicas y productos de las medicinas no convencionales, puesto que es imposible examinar la eficacia de algunas de sus modalidades, por ejemplo, las terapias mecánicas como el masaje, a través de ensayos doble ciego o ensayos clínicos aleatorios. Bajo esta consideración, la evidencia que respalda la eficacia y seguridad de algunas modalidades de las MNC puede construirse a través de estudios de caso o estudios observacionales, especialmente si va más allá de eficacia clínica, considerando también la eficacia simbólica. Esta última se entiende desde la relación médico-paciente, en cuanto a la creencia sobre la etiología de enfermedad, la creencia en la cualidad o poder curativo del médico y, por ende, del tratamiento; y la aceptación de estas creencias por un colectivo específico. En este sentido, la traducción de una enfermedad hacia una realidad inteligible para el paciente será de vital importancia (Cernadas, 2006).

Aunado a lo anterior, Keshet (2009) reconoció que algunos practicantes alternativos se oponen a la idea de integrar sus prácticas terapéuticas a la medicina convencional por temor a perder su filosofía única si sus prácticas se investigan en términos biomédicos. Esto se alinea con la crítica hacia el pensamiento hegemónico de la salud, que es visto como un colonizador del conocimiento de diversos colectivos (Nunesa & Louvisonb, 2020), que se apropia de diversos conceptos a costa de la profundidad y carga explicativa que originalmente sostenía (Istúriz *et al.*, 2012). Sin duda, este argumento resulta interesante en esta investigación, puesto que, al momento de la búsqueda de información, las investigaciones y artículos científicos encontrados se centraron en la perspectiva de los médicos convencionales respondiendo a preguntas como la siguiente: ¿Por qué integran medicinas no convencionales en su práctica?⁽⁶³⁻⁶⁶⁾. Esto se comprende como una exclusión de la voz de los propios practicantes de modelos y formas de atención denominadas alternativas.

Por su parte, Barry (2006) hizo especial énfasis en la necesidad de aplicar otras metodologías de investigación, que no solo se enfoquen en los efectos fisiológicos de un tratamiento, sino también en los efectos de las prácticas terapéuticas alternativas en las creencias de salud, curación y enfermedad, las transiciones en el significado de enfermedades, las experiencias de sanación espiritual, o la relación entre paciente y terapeuta. Esto, con la intención de entender qué es la efectividad para los terapeutas alternativos, así como para los pacientes que acuden a este tipo de terapias, que continúan sus tratamientos y confirman una mejoría en su bienestar.

Otro argumento en contra de la construcción de evidencia desde los criterios del sistema biomédico es que puede tener una interpretación profundamente política. Por un lado, puede utilizarse como medio para legitimar su dominio del campo médico, al establecer los estándares de lo que se considera seguro y eficaz. Por otro lado, se ha observado un interés en la investigación de aquellas terapias o modalidades que parecen ser económicamente viables, por ejemplo, la herbolaria (Barry, 2006).

Asimismo, Barry manifestó que la evidencia de MNC es considerada terapéuticamente eficaz para trastornos o condiciones biomédicamente diagnosticados y como elementos medibles por medio de estrategias de investigación basadas en lo que se considera ciencia a través del ensayo clínico aleatorio. Por lo tanto, este tipo de evidencia solo funciona cuando la terapia ha mutado a una versión medicalizada, lo que implica que se ha despojado de su filosofía o principios de referencia (la cosmovisión sobre enfermedad, sus modelos de prevención y diagnóstico, el rol del terapeuta o practicante). Desde este punto de vista, el autor señaló que la necesidad de evidencia

rigurosa basada en los ensayos clínicos puede actuar como una reformulación de la naturaleza misma de una terapia considerada no convencional, generalmente en dirección de la medicalización (Barry, 2006).

Desde otra perspectiva, Tesser y Dallegrave retomaron la obra *Némesis médica* de Iván Illich de 1978, para discutir sobre la función de medicalización de las medicinas no convencionales. Así, más allá de hacer referencia a la aplicación de criterios biomédicos en la investigación, se enfocaron en el rol e interacción del usuario con las distintas prácticas y conocimientos terapéuticos. De esa manera, concluyeron que la medicalización puede ocurrir en cualquier racionalidad o saber médico cuando el usuario pierde su autonomía y genera dependencia de tratamientos y profesionales (Tesser & Dallegrave, 2020).

6. CONCLUSIONES

Para finalizar, conviene señalar la dificultad implícita en los intentos por plantear una definición global de los diversos sistemas médicos, modelos y productos terapéuticos, sobre todo cuando son comprendidos como inalterables a los cambios históricos, sociales, económicos, culturales, y como se describió anteriormente, epistemológicos, tanto de los practicantes como de los consumidores. Así, por ejemplo, Menéndez (1994, 2003, 2015, 2020) sugirió la necesidad de entender las diversas formas de curar y diagnosticar, más allá de su racionalidad técnica, debido a que estas pueden interpretarse, adaptarse y, como se describió, subordinarse de acuerdo con las necesidades de la práctica biomédica. Por lo tanto, también es necesario hacer un análisis de las racionalidades socioculturales que son establecidas con los sujetos que atienden sus padecimientos.

Con lo anterior, se resalta la necesidad de romper con los esquemas dicotómicos que persisten a la hora de integrar otras formas y modelos de atención. Si bien es indispensable brindar una oferta de tratamientos seguros para los usuarios, también lo es ofrecer las condiciones necesarias para que cubran sus necesidades de salud a pesar de surgir de cosmovisiones o racionalidades médicas distintas al modelo biomédico. Al respecto, Eddowes afirmó que no se trata de quién cura mejor el mal, sino de por qué el mal llega y cómo erradicarlo (Eddowes, 1985). En ese orden de ideas, se debe priorizar las experiencias, creencias y conocimientos sobre salud-enfermedad de los usuarios, así como su rol e interacción con la oferta diversa de modelos y sistemas médicos.

Asimismo, la OMS (2002) mencionó que la medicina tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. Esto se observó en artículos que generalizan ciertas virtudes como parte esencial de las MNC o ciertas debilidades generalizantes de la biomedicina, que incluso podrían corresponder también a elementos externos a sus postulados como puede ser la infraestructura sanitaria de los países. Lo cierto es que no se puede sucumbir a las distintas formas de entender y atender la salud, puesto que ambas cuentan con limitaciones, fortalezas y, lo más importante, cada una puede contribuir a lograr el bienestar de la persona al cubrir necesidades distintas.

Finalmente, se propone como relevante la discusión de la terminología en torno a las MNC, debido a que demuestra la primacía de la biomedicina sobre otras prácticas terapéuticas y diagnósticas. Por otro lado, el reconocimiento de una diversidad terapéutica conduce a vislumbrar cómo se desafía el modelo médico hegemónico, especialmente desde las formas de comportamiento tanto del usuario como de los profesionales de salud. Esto último se percibe en los discursos alrededor del modelo de medicina integrativa, que al asimilar e incluir ciertos

elementos de las MNC, su práctica se modifica en beneficio del usuario. Si bien se expusieron algunas críticas a este modelo, más allá de señalar la autoridad de un modelo médico sobre otro, resulta necesario reflexionar en nuevas formas de articulación que fomenten la equidad entre los diversos conocimientos sobre salud.

7. REFERENCIAS

- Alonso, M. J., Albarracín, G., Caminal, J., & Rodríguez, N. (2008). Práctica y productos terapéuticos en medicinas complementarias y alternativas, ¿mercado regulado o mercado libre? *Atención Primaria*, 40(11), 571-575. <https://doi.org/10.1157/13128572>
- Andersen, R., & Davidson, P. (2007). Improving Access to Care in America. Individual and Contextual Indicators. In: *Changing the U.S. Health Care System: Key issues in health services policy and management*, 3-33. Jossey-Bass.
- Angell, M., & Kassirer, J. P. (1998). Alternative Medicine -The Risks of Untested and Unregulated Remedies. *New England Journal of Medicine*, 339(12), 839-841. <https://doi.org/10.1056/nejm199809173391210>
- Argüello Avendaño, H. E., & Mateo González, A. (2014). Parteras tradicionales y parto medicalizado, ¿un conflicto del pasado? Evolución del discurso de los organismos internacionales en los últimos veinte años. *LiminaR Estudios Sociales y Humanísticos*, 12(2), 13-29. <https://doi.org/10.29043/liminar.v12i2.339>
- Barrett, B., Marchand, L., Scheder, J. O., Plane, M. B., ... Maberry, R. O. B. (2003). Themes of Holism, Empowerment, Access, and Legitimacy Define Complementary, Alternative, and Integrative Medicine in Relation to Conventional Biomedicine. *Journal of alternative and complementary medicine*, 9(6), 937-947.
- Barry, C. A. (2006). The role of evidence in alternative medicine: Contrasting biomedical and anthropological approaches. *Social Science and Medicine*, 62(11), 2646-2657. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.11.025>
- Borrell Carrió, F. (2005). Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética. *Atención Primaria*, 35(6), 311-313. <https://doi.org/10.1157/13073418>
- Caminal, J., Rodríguez, N., & Molina, J. L. (2006). Las medicinas complementarias y alternativas y su contribución al sistema sociosanitario: el qué, el porqué y el cómo. *Atención Primaria*, 38(7), 409-412. [https://doi.org/10.1016/S0212-6567\(06\)70533-9](https://doi.org/10.1016/S0212-6567(06)70533-9)
- Cant, S. (2017). *Mainstream Marginality: Professional Projects and the Appeal of Complementary and Alternative Medicines in a Context of Medical Pluralism*. Canterbury Christ Church University. http://cyber.usask.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/2492984802?accountid=14739&bdid=6474&_bd=Z00%2Bd4JiX2aQQ53spTAROSV%2FOSE%3D
- Cernadas, C. C. (2006). El poder de los símbolos. Magia, enfermedad y acto médico. *Rev. Hosp. Ital. B. Aires*, 26(3).
- Coulter, I., & Willis, E. (2007). Explaining the growth of complementary and alternative medicine. *Health Sociology Review*, 16(3-4), 214-225.

<https://doi.org/10.5172/hesr.2007.16.3-4.214>

- Crocker, R. L., Grizzle, A. J., Hurwitz, J. T., Rehfeld, R. A., Abraham, I., Horwitz, R., ... Maizes, V. (2017). Integrative medicine primary care: assessing the practice model through patients' experiences. *Complementary Medicine and Therapies*. <https://doi.org/10.1186/s12906-017-1996-5>
- Dalcanale Tesser, C., & Carvalho De Sousa, I. M. (2012). Atenção Primária, Atenção Psicossocial, Práticas Integrativas e Complementares e suas Afinidades Eletivas. *Saúde Soc*, 21(2), 336-350.
- Dew, K. (2003). The regulation of practice. Practitioners and their interactions with organisations. In: Tovey P., Easthope, G., & Adams J. (Eds.), *The mainstreaming of complementary and alternative medicine studies in social context* (1st Ed., 69-82). Routledge.
- Duarte, M. B. (2003). Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales Western medicine and alternative medicines: can they be complementary? Conceptual reflections. *Cad. Saúde Pública*, 19(2), 635-643.
- Eddowes, J. (1985). Cultura y salud: medicina tradicional y medicina occidental. *Revista de Psicología*, 3(2), 213-223.
- Eisenberg, D. M., Kessler, R., Foster, C., Norlock, F. E., Calkins, D., & DelBanco, T. L. (1993). Unconventional medicine in the United States. Prevalence, Costs and pattern of use. *The New England Journal of Medicine*, 328(4), 246-252.
- Ernst, E. (2000). The role of complementary and alternative medicine. *BMJ*, 321, 1133-1135.
- Ernst, E. (2002). What's the Point of Rigorous Research on Complementary/Alternative Medicine? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 95(4), 211-213. <https://doi.org/10.1177/014107680209500416>
- Fontanarosa, P. B., & Lundberg, G. D. (1998). Alternative medicine meets science. *Journal of the American Medical Association*, 280(18), 1618-1619. <https://doi.org/10.1001/jama.280.18.1618>
- Gale, N. (2014). The Sociology of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. *Sociology Compass*, 8(6), 805-822. <https://doi.org/10.1111/soc4.12182>
- Güémez Pineda, M. A. (2007). Partería y medicina alopática en Yucatán: Hacia un modelo intercultural de atención a la salud reproductiva. *Salud Reproductiva e Interculturalidad En El Yucatán de Hoy*, 17-50.
- Haro, J. A. (2000). Cuidados profanos: una dimensión ambigua en la atención de la salud. In: Perdiguero, E., & Comelles, J. M. (Eds.), *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina* (101-162). Bellaterra.
- Hollenberg, D., & Muzzin, L. (2010). Epistemological challenges to integrative medicine: An anti-colonial perspective on the combination of complementary / alternative medicine with biomedicine. *Health Sociology Review*, 19(1), 34-56.

<https://doi.org/10.5172/hesr.2010.19.1.034>

- Istúriz, O. F., Acevedo, C. F., & Jiménez, P. (2012). Pensamiento contrahegemónico en salud. *Revista Cubana de Salud Publica*, 38(4), 602-614. <https://doi.org/10.1590/S0864-34662012000400011>
- Kaptchuk, T., & Eisenberg, D. (2001). Varieties of Healing. 2: A taxonomy of Unconventional Healing Practices. *Annals of Medicine*, 135(3), 196-204. [papers2://publication/uuid/879C99A4-0F5C-4F2A-8FE4-F59151AABA6C](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11811111/)
- Keshet, Y. (2009). The untenable boundaries of biomedical knowledge: Epistemologies and rhetoric strategies in the debate over evaluating complementary and alternative medicine. *Health*, 13(2), 131-155. <https://doi.org/10.1177/1363459308099681>
- Kleinman, A. (1978). Concepts and a model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine. Part B Medical Anthropology*, 12(C), 85-93. [https://doi.org/10.1016/0160-7987\(78\)90014-5](https://doi.org/10.1016/0160-7987(78)90014-5)
- Maizes, V., Rakel, D., & Niemiec, C. (2009). Integrative Medicine and Patient-Centered Care. *Explore: The Journal of Science and Healing*, 5(5), 277-289. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2009.06.008>
- Manterola, C., Asenjo-Lobos, C., & Otzen, T. (2014). Hierarchy of evidence: levels of evidence and grades of recommendation from current use. *Revista Chilena de Infectología : Órgano Oficial de La Sociedad Chilena de Infectología*, 31(6). <https://doi.org/10.4067/S0716-10182014000600011>
- Martínez, Á. (2011). *Antropología médica: Teorías sobre la cultura, el poder y la enfermedad*. Anthropos Editorial.
- Mendes, D. S., Moraes, F. S., De, Lima, G. D. O., Ramos, P., Cunha, T. A., Oliveira, G., & Riegel, F. (2019). Benefícios das práticas integrativas e complementares no cuidado de enfermagem. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 302-318.
- Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*, 4(7), 71-83.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(1), 185-207. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232003000100014>
- Menéndez, E. (2015). Las enfermedades ¿son solo padecimientos?: biomedicina, formas de atención “paralelas” y proyectos de poder. *Salud Colectiva*, 11(3), 301. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.719>
- Menéndez, E. (2020). Modelo médico hegemónico: tendencias posibles y tendencias más o menos imaginarias. *Salud Colectiva*, 16, e2615. <https://doi.org/10.18294/sc.2020.2615>
- National Center for Complementary and Integrative Health. (2016). *Strategic Plan Exploring the Science of Complementary 2016*.

- NCCAM. (2000). *Expanding Horizons of Healthcare: five year strategic plan 2001-2005*. <http://www.nccam.nih.gov/about/plans/fiveyear/index.htm>
- Ng, J. Y., Boon, H. S., Thompson, A. K., & Whitehead, C. R. (2016). Making sense of “alternative”, “complementary”, “unconventional” and “integrative” medicine: Exploring the terms and meanings through a textual analysis. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 16(1), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12906-016-1111-3>
- Ning, A. M. (2012). How “alternative” is CAM? Rethinking conventional dichotomies between biomedicine and complementary/alternative medicine. *Health (United Kingdom)*, 17(2), 135-158. <https://doi.org/10.1177/1363459312447252>
- Nunesa, J. A., & Louvisonb, M. (2020). Epistemologies of the South and decolonization of health: for an ecology of care in collective health. *Saúde Soc. São Paulo*, 29(3), 1-13. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020200563>
- OIT. (2014). *Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Oficina Internacional del Trabajo* (Vol. 53). http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_345065.pdf
- OMS. (1978). Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. *Serie Salud Para Todos*. Organización Mundial de la Salud. <https://doi.org/10.1093/gmo/9781561592630.article.o007647>
- OMS. (2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*.
- OMS. (2008). Declaración de Beijing. In: *Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional* (1-2). Organización Mundial de la Salud. [https://doi.org/10.1016/s1888-4415\(05\)76262-7](https://doi.org/10.1016/s1888-4415(05)76262-7)
- OMS. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*.
- OMS. (2018). *Declaración de Astaná*. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Otani, M., & Barros, N. (2011). A Medicina Integrativa e a construção de um novo modelo na saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1801-1811.
- Pegado, E. (2020). Complementary and alternative medicine and conventional medicine: managing pluralism in therapeutic trajectories. *Annals of Medicine*, 51(1), 199-199. <https://doi.org/10.1080/07853890.2018.1560157>
- Perdiguero-gil, E. (2006). Una reflexión sobre el pluralismo médico. In: Fernández Juárez, G. (Ed.), *Salud e interculturalidad en América Latina. Antropología de la salud y Crítica intercultural* (1). Ediciones Abya- Yala.
- Rojas, F., Silva, L. C., Sansó, F., & Alonso, P. (2013). El debate sobre la Medicina Natural y Tradicional y sus implicaciones para la salud pública Debate on the natural and traditional medicine and its implications for the public health. *Revista Cubana de Salud Publica*, 39(1), 107-123.

- Rosch, P. (1998). Integrative thinking. The essence of good medical education and practice. *Integrative Physiological and Behavioral Science*, 33(2), 141-150.
- Sackett, D. (1996). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72. <https://doi.org/10.1115/1.2899246>
- Schveitzer, M. C., Esper, M., & Paes da Silva, M. J. (2012). Práticas Integrativas e Complementares na Atenção Primária em Saúde: em busca da humanização do cuidado. *O Mundo Da Saúde São Paulo*, 36(3), 442-451.
- Stuttaford, M., Al Makhamreh, S., Coomans, F., Harrington, J., Himonga, C., & Hundt, G. L. (2014). The right to traditional, complementary, and alternative health care. *Global Health Action*, 7(1), 0-8. <https://doi.org/10.3402/gha.v7.24121>
- Templeman, K., & Robinson, A. (2011). Integrative medicine models in contemporary primary health care. *Complementary Therapies in Medicine*, 19(2), 84-92. <https://doi.org/10.1016/j.ctim.2011.02.003>
- Tesser, C. D., & Dallegrave, D. (2020). Práticas integrativas e complementares e medicalização social: indefinições, riscos e potências na atenção primária à saúde. *Cadernos de Saude Publica*, 36(9). <https://doi.org/10.1590/0102-311X00231519>
- Tonelli, M. R., & Callahan, T. C. (2001). Why alternative medicine cannot be evidence-based. *Academic Medicine*, 76(12), 1213-1220. <https://doi.org/10.1097/00001888-200112000-00011>
- Tovey, P., Easthope, G., & Adams, J. (2003). Introduction. In: Tovey, P., Easthope, G., & Adams, J. (Eds.), *The mainstreaming of complementary and alternative medicine studies in social context* (1st ed., 1-9). Routledge.
- WHO. (2019). *WHO Global report on traditional and complementary medicine 2019*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/312342/9789241515436-eng.pdf?ua=1>
- Wieland, S., Manheimer, E., & Berman, B. (2011). Development and classification of an operational definition of complementary and alternative medicine for the Cochrane Collaboration. *Altern Ther Health Med.*, 17(2), 50-59.
- Zollman, C., & Vickers, A. (1999). What is complementary medicine? *British Medical Journal*, 319, 693-696. <https://doi.org/10.1136/bmj.319.7211.693>

CONTRIBUCIONES DE AUTORES, FINANCIACIÓN Y AGRADECIMIENTOS

Conceptualización: Carrillo Sánchez, Cristina Guadalupe **Redacción-Preparación del borrador original:** Carrillo Sánchez, Cristina Guadalupe. **Redacción-Revisión y Edición:** Márquez Mireles, Leonardo Ernesto. **Todos los autores han leído y aceptado la versión publicada del manuscrito.**

Financiación: Esta investigación no recibió financiamiento externo.

AUTORES

Cristina Guadalupe Carrillo Sánchez

Maestra en Sociología de la salud. Estudiante de doctorado en Estudios Latinoamericanos en Territorio, Sociedad y Cultura. Actualmente estudio políticas de salud en torno a las medicinas tradicionales, medicinas alternativas complementarias y medicina integrativa.

Orcid ID: <http://orcid.org/0000-0003-0377-4442>

Google Scholar: https://scholar.google.com.mx/citations?hl=es&user=V5h_b38AAAAJ

Leonardo Ernesto Márquez Mireles

Profesor Investigador de Tiempo Completo de la Facultad de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Investigador en estudios ecológicos culturales sobre campesinos, desarrollo rural, antropología de la alimentación.

Orcid ID: <http://orcid.org/0000-0001-6732-8156>

Google Scholar: <https://scholar.google.com.mx/citations?user=oHxOIUsAAAAJ&hl=es>