

Deberes del médico en relación con el uso de medicinas alternativas y complementarias por sus pacientes

Rodrigo Salinas R.^{1,a}, Carlos Echeverría B.^{2,a*}, Alberto Rojas O.^{2,a}, Paulina Taboada R.^{3,a}, Hernán Borja R.^{4,a}, Anamaría Arriagada U.^{1,a}, María A. Rodríguez S.^{5,a}, Gonzalo Ruiz-Esquide S.^{6,a}, María Alejandra Florenzano V.^{7,a}

Duties of the Physician in Relation to the Use of Alternative and Complementary Medicines by Their Patients

RESUMEN

En el pluralismo médico predominante en la sociedad contemporánea, un lugar relevante es ocupado por las medicinas alternativas y complementarias, que comprenden un heterogéneo grupo de prácticas con distintas valoraciones dependiendo de la tradición y de su aceptación social. La escasa regulación y su creciente uso, facilitado por la promoción a través de redes sociales y la desconfianza sobre el modelo biomédico predominante, ha generado interés de las organizaciones médicas y de la autoridad sanitaria sobre su uso y consecuencias. Las apreciaciones varían desde un abierto rechazo hasta un interés por su adopción por los sistemas públicos de salud como parte de sus prestaciones. Su creciente uso contrasta, sin embargo, con un desarrollo incipiente de la evidencia científica que respalda su uso y, asociado a esto, una escasa representación de su enseñanza curricular en nuestras Facultades de Medicina. El uso de medicinas alternativas y complementarias por los pacientes no puede ser ignorado en el encuentro terapéutico. Los médicos deben estar preparados para conversar con sus pacientes sobre sus posibles beneficios y riesgos, y efectuar recomendaciones que sean concordantes con los principios del profesionalismo médico: el bien del paciente debe primar sobre otros intereses, y para ello se debe tener presente la escasa evidencia científica que respalda su eficacia y seguridad, la imperfecta regulación a la que están sujetas y la ausencia de farmacovigilancia sobre sus efectos. No se pueden ignorar, asimismo, la autonomía del paciente sobre sus cuidados de salud, las consideraciones sobre el uso de los

Grupo de estudios de ética clínica de la Sociedad Médica de Santiago

¹Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Santiago, Chile.

²Hospital Naval "Almirante Nef". Viña del Mar, Chile.

³Facultad de Psicología y Humanidades, Instituto de Filosofía, Universidad San Sebastián. Santiago, Chile.

⁴Facultad de Medicina, Universidad Andrés Bello. Sede Viña del Mar, Chile.

⁵Clínica Alemana. Santiago, Chile.

⁶Clínica Santa María. Santiago, Chile.

⁷Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago, Chile.

^aMédico.

*Correspondencia: Carlos Echeverría B. / ciecheverria@hotmail.com

Hospital Naval "Almirante Nef", Subida Alessandri s/n. Viña del Mar, Chile.

Financiamiento: Este trabajo no contó con apoyo financiero de ningún tipo.

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 05 de junio 2024.

Aceptado: 09 de octubre de 2024.

escasos recursos en salud, y la debida compasión y empatía que se debe al paciente como un ser sufriendo.

Palabras clave: Atención a la Salud; Ética; Métodos Terapéuticos Complementarios; Relaciones Médico-Paciente.

ABSTRACT

In the prevailing medical pluralism of contemporary society, alternative and complementary medicine occupy a relevant place, comprising a heterogeneous group of practices with different values depending on tradition and social acceptance. Their scarce regulation and growing use, facilitated by promotion through social networks and distrust of the dominant biomedical model, have generated interest among medical organizations and health authorities in their use and consequences. Appreciations vary from outright rejection to interest in its adoption by public health systems as part of their services. Its growing use, however, contrasts with an incipient development of the scientific evidence supporting its use and, consequently, a scarce representation of its curricular teaching in our medical schools. The use of CAM by patients cannot be ignored in the therapeutic encounter. Physicians must be prepared to discuss their possible benefits and risks with their patients and to make recommendations in accordance with the principles of medical professionalism: the good of the patient must take precedence over other interests, taking into account the scarce scientific evidence of their efficacy and safety, the imperfect regulation to which they are subject and the lack of pharmacovigilance on their effects. The patient's autonomy over his or her health care, considerations regarding the use of scarce health care resources, and the due compassion and empathy owed to the patient as a suffering being cannot be ignored.

Keywords: Complementary Therapies; Delivery of Health Care; Ethics; Physician-Patient Relations.

En las sociedades ancestrales existía una mirada médica coherente con el contexto sociocultural de su vida comunitaria. Las sociedades más complejas, en cambio, cuentan con múltiples subsistemas médicos que coexisten en un pluralismo médico, característico de la sociedad occidental moderna¹. Coexiste con el modelo biomédico preponderante un conjunto de prácticas alternativas de cuidados sanitarios, provenientes de tradiciones ancestrales, importadas de culturas con paradigmas diversos de comprensión de la salud, difundidas como consecuencia de la globalización, o resultantes de esfuerzos comerciales. El mayor empodera-

miento del paciente frente a su médico tratante y la mayor conciencia de su autonomía dan lugar a que en el momento del encuentro clínico, frecuentemente, el paciente reconozca utilizar terapias distintas de las indicadas por el profesional que lo atiende, provenientes de tradiciones de sanación diferentes al modelo biomédico en el que ocurre esta relación, o que consulte por la pertinencia de su uso. A ello se suma el desencanto postmoderno con la medicina científica y la proliferación de ofertas de medicinas alternativas y complementarias (MAC) que posibilitan las referencias personales, como también las diversas

redes sociales, con escasa o nula regulación. El modo en cómo enfrenta el médico esta situación puede provocar un resultado indeseado o, por el contrario, reforzar la confianza necesaria en la relación terapéutica, indispensable para su éxito. El propósito del presente artículo es estimular la reflexión sobre las MAC, generalmente ignoradas en nuestra educación formal, y entregar algunas recomendaciones éticas sobre su uso.

Desarrollo

Definiciones conceptuales

Inicialmente, la medicina hoy considerada “convencional” coexistió en igual pie con otras tradiciones terapéuticas, incluyendo los cuidados domésticos auxiliados por manuales de amplia difusión. Esta situación cambió drásticamente del siglo XIX en adelante, producto del prestigio que había alcanzado la ciencia y del reconocimiento de la racionalidad científica que gobernaba la medicina occidental y sus notables avances. Los estados occidentales, además, concedieron estatus oficial a la medicina convencional, incorporándola a los sistemas públicos y otorgando exclusividad de su práctica a los médicos formados en su doctrina². Esta validación oficial no significó, sin embargo, una desaparición de otros subsistemas de atención médica. Por el contrario, estos se multiplicaron surgiendo distintas denominaciones para diferenciarlos de la corriente predominante. Así, la más extendida es la de “Medicinas Alternativas y Complementarias” (MAC). Ésta abarca una inmensa heterogeneidad de prácticas, desde la utilización de hierbas medicinales hasta elaborados sistemas filosóficos, con teorías sobre la enfermedad y la recuperación de la salud, no siempre compatibles con la racionalidad científica.

Aun cuando las expresiones “alternativa” y “complementaria” sean empleadas indistintamente para referirse a cuidados de salud que no forman parte de los cuidados convencionales, o que se originan desde fuera de las prácticas occidentales, poseen un significado diferente: El Centro Nacional para la Salud Complementaria e Integradora, del N.I.H. en EE.UU.³, señala que cuando ésta modalidad es utilizada junto con la medicina convencional se considera “complementaria”;

usada en lugar de la medicina convencional se estima “alternativa”.

El Parlamento Inglés, en un exhaustivo reporte sobre medicinas alternativas y complementarias, orientado a promover la regulación de estas prácticas⁴, distingue entre aquellas dirigidas a complementar la medicina convencional sin pretender propiedades diagnósticas, como la aromaterapia, la hipnosis, la consejería y la meditación, de las que buscan entregar diagnósticos y tratamientos a partir de principios y filosofías ajenas a la ciencia. En esta última categoría se cuentan algunas con larga tradición, como la medicina ayurvédica y la medicina china tradicional, y otras que carecen de evidencia científica⁴, como son los casos de la cristaloterapia, la iridología, la radiónica y la radiestesia, entre otras.

Epidemiología del uso de MAC

En una revisión del Instituto de Medicina de los Estados Unidos un tercio de las personas encuestadas decía haber usado medicinas complementarias o alternativas el año previo y un 72% de quienes lo hacían no informaba de ello a su médico tratante⁵. Otro estudio conducido en Estados Unidos mostró una tendencia hacia el incremento en el uso de MAC: 67.6% de los encuestados reconoce haberlas usado en algún momento de su vida y un porcentaje importante de ellos reconoce usarlas frecuentemente⁶. En Inglaterra, en una muestra estudiada entre 2000 y 2011, la prevalencia promedio anual de su uso fue de 41.4% y durante la vida de 51.8%⁷. En Chile una encuesta de la Universidad Autónoma muestra que un 72% de los entrevistados reconoció haber acudido a terapias alternativas sin la consejería de un médico convencional⁸. La Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, en Chile reveló, por su parte, que el 85.8% de los entrevistados deseaba poder recibir MAC en sus centros de salud⁹.

Reconocimiento y regulación sanitaria de las MAC

Recientemente, la OMS ha definido “medicina tradicional” de modo amplio: “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”, y ha propuesto el término “medicina tradicional y complementaria” (MTC), promoviendo la integración global de la MTC en los sistemas de salud¹⁰. En agosto de 2023 este organismo convocó a la Cumbre Internacional sobre Medicina Tradicional, que culminó con la firma de la Declaración de Guyarat. En ella se reafirma su importancia como herramienta de mejora de la salud de los pueblos, enfatizando que la incorporación a las políticas nacionales de salud debe ser respaldada por los más altos estándares éticos y de evidencia científica, comprometiendo a los países a apoyar investigación de buena calidad¹¹.

En Chile, la Autoridad Sanitaria reconoció el año 2005 la existencia de cuidados alternativos de salud en el Decreto N° 42¹² indicando en su artículo primero: “Se entenderá por Prácticas Médicas Alternativas a todas aquellas actividades que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico y mental de las personas, mediante procedimientos diferentes a los propios de la medicina oficial, que se ejerzan de modo coadyuvante o auxiliar de la anterior. Las prácticas médicas alternativas podrán denominarse indistintamente como prácticas médicas alternativas y complementarias. Luego se señala: “La medicina popular tradicional chilena, entendida como las actividades y procedimientos de recuperar y mantener la salud, de origen sociocultural autóctono en el país, ejercida por sanadores formados tradicionalmente en sus propias comunidades de pertenencia y que gozan del respeto de éstas, quedará al margen de la aplicación de este reglamento”, sin explicitar claramente el fundamento que sostiene esta excepción. Hasta la fecha han sido reguladas por el MINSAL las siguientes MAC: acupuntura, homeopatía y naturopatía, encontrándose en estudio las Flores de Bach y la masoterapia¹³.

Aceptación de las MAC por parte de la medicina convencional

La aceptación de gobiernos y organismos

internacionales contrasta con una recepción heterogénea de las MAC dentro de la medicina alópata básicamente por la carencia de evidencia científica que respalde su uso. Revisiones de organizaciones dedicadas a la síntesis de estudios que evalúan la eficacia de las terapias revelan la escasa cantidad de ensayos de buen diseño metodológico dirigidos a evaluarlas¹⁴. Y en una editorial del NEJM en 1998¹⁵ se denunciaba que, con el creciente interés existente en la medicina alternativa, asistíamos a un retroceso hacia aproximaciones irracionales a la práctica médica, en el momento en que la medicina científica alcanzaba notables progresos. Se atribuía este paradójico hecho a la desilusión que sentía la población con el trato impersonal y apresurado que recibía de parte de sus médicos. Otros lo han atribuido a la descalificación médica de ciertas patologías que afectan la calidad de vida y que no cuentan con un correlato patológico evidente, como es el caso de la fibromialgia¹⁶. Adicionalmente, pacientes encuestados en España, han identificado como la principal razón que motivó la consulta el que la medicina convencional no mejoraba su sintomatología, por lo que la mayoría ha acudido a la alternativa, aconsejados por un pariente o amigo, reportando significativo grado de satisfacción y mejoría percibida¹⁷.

Probablemente, la desconfianza en las MAC por carencia de estándares científicos que avalen su uso, se ve agravada por la ausencia de regulación de gran parte de ellas, y de estándares de validación de los productos que comercializan, en contraste con los estrictos criterios de aprobación y farmacovigilancia de los medicamentos y dispositivos médicos de la medicina convencional. La supuesta inocuidad de las MAC, por su parte, ha sido desmentida por reportes de efectos adversos graves, cuya real magnitud desconocemos por la ausencia de mecanismos formales de registro y vigilancia en su uso¹⁸.

La Organización Médica Colegial de España (OMC) creó un “Observatorio contra las pseudociencias, pseudoterapias, intrusismo y sectas sanitarias”, definiendo pseudoterapia como “la sustancia, producto, actividad o servicio con pretendida finalidad sanitaria que no tenga so-

porte en el conocimiento científico ni evidencia científica que avale su eficacia y su seguridad"¹⁹. Adhería, así, a la iniciativa del gobierno español que, en 2018, dispuso un plan para la protección de la salud frente a esas prácticas afirmando lo siguiente: "La utilización de pseudoterapias afecta negativamente a la salud, sea perpetuando algunas dolencias, generando otras o, incluso, aumentando el riesgo de muerte. Esto último puede ocurrir bien porque favorecen el retraso o la sustitución de tratamientos convencionales (cuya eficacia y seguridad sí está probada) o porque reducen la efectividad de estos últimos, como han demostrado varias investigaciones"²⁰. Resulta evidente que se debe ser igualmente cuidadoso para evaluar la evidencia científica que respalda las terapias de la medicina convencional y las MAC, al momento de incorporarlas a la práctica médica. La Asociación Médica Mundial, en su Declaración sobre Pseudociencias y Pseudoterapias en el Campo de la Salud, afirma: "Las pseudociencias y las pseudoterapias constituyen un sistema complejo de teorías, suposiciones, afirmaciones y métodos considerados erróneamente como científicos, pueden hacer que algunos pacientes perciban una relación de causa-efecto entre las pseudoterapias, su utilización y la percepción de mejora, por lo que pueden ser muy peligrosas y son poco éticas". En nota al final indica que "No es objeto de la presente declaración las medicinas ancestrales tradicionales ni las denominadas medicinas indígenas, firmemente arraigadas en pueblos y naciones, formando parte intrínseca de su cultura, ritos, tradiciones e historia"²¹.

Por otro lado, ha sido reportada la actitud positiva hacia las MAC de médicos, residentes y estudiantes. Estudios norteamericanos reportan el uso de 76% de MAC entre profesionales de la salud, comparado con un 63% de la población general ($p < .001$)²². En España en cambio, se ha reportado que el uso es mayor en la población general (56,9%), comparado con médicos (25,6%), destacando un mayor uso entre médicos residentes (38,6%) [17, p.105]. Una revisión de 19 estudios sobre las creencias, actitudes y prácticas de médicos alópatas sobre este tema de 1998, muestra que ya entonces una derivación reportada a MAC de

43% a acupuntura, 40% a quiropráctica y 15% a homeopatía²³. Las razones más frecuentes reportadas por los médicos alópatas para derivación a CAM fueron la falta de respuesta de los pacientes al tratamiento convencional, la solicitud del paciente, la creencia en su eficacia o en la menor cantidad de efectos adversos. También aparecía la visión de que la visión científica del mundo de la medicina académica convencional era limitada. Algunos estudios muestran que la aceptación de las MAC por los médicos occidentales va en aumento: Encuestas realizadas entre pediatras norteamericanos en 1998 y 2007, revelan que un 55.2% se mostraba dispuesto a utilizar MAC para su salud en 1998, y un 75% en 2007, como a derivar a pacientes a MAC en un 50,3% y 71%, respectivamente^{24,25}.

Deberes y desafíos éticos del médico frente al uso de MAC por los pacientes

El uso de MAC por nuestros pacientes debe ser explorado en cada acto médico y dar lugar a las recomendaciones necesarias para cada uno de ellos. En consonancia con la "Carta del profesionalismo para el nuevo milenio"²⁶, incorporada por el Colegio Médico de Chile entre sus documentos éticos normativos, planteamos las siguientes consideraciones éticas que deben ser tenidas en cuenta al momento de realizar recomendaciones a nuestros pacientes respecto del uso de MAC:

Deberes relacionados con la primacía del bien del paciente: la salud del paciente, en tanto bien, se antepone a otros que puedan motivar la acción del profesional (fuerzas del mercado, presiones de la sociedad, afán de lucro, exigencias administrativas, modas o tendencias culturales). El médico debe juzgar, libre de presiones, los beneficios y perjuicios que se pueden derivar de sus indicaciones. Se basa ello en la prudente combinación del juicio clínico con la evidencia científica disponible sobre la eficacia y la seguridad de las intervenciones propuestas, y descansa en el compromiso que tiene el médico con la mantención de los estándares científicos que sustentan el ejercicio de la profesión, con la investigación y desarrollo de nuevas tecnologías, y con su

apropiada utilización. La ausencia de un cuerpo de evidencia científica suficiente, que entregue información confiable sobre la eficacia y seguridad de las MAC dificulta las decisiones en estos casos²⁷. Las MAC engloban intervenciones con paradigmas científicos subyacentes muy diversos entre sí, y muchos cuentan con eficacia práctica observada, pero no evaluada por los cánones actuales de la medicina basada en evidencia. En algunos casos se argumenta, que este estándar de prueba es inferior al que hoy es considerado como requerido para el registro y autorización de uso de nuevos medicamentos y dispositivos médicos²⁸. Esta falencia debe ser considerada al momento de aceptarlos como práctica estándar de los cuidados de salud. Si bien es cierto que los paradigmas en ciencia pueden cambiar, y ha ocurrido en las revoluciones científicas²⁹, no deberíamos renunciar a la pretensión de alcanzar un conocimiento científico cierto en salud justificándonos en lo inconmensurable de las visiones de base.

Deberes relacionados con la veracidad médica y la autonomía del paciente: el respeto por la autonomía del paciente nos obliga a un honesto auxilio hacia ellos para que tomen decisiones informadas sobre sus cuidados, las que deben respetarse en la medida que sean coherentes con la ética clínica y no planteen exigencias de cuidados inadecuados. Al usar MAC se debe prestar particular atención al proceso de obtener el consentimiento informado del paciente, de modo que la información científica entregada sobre la eficacia y la seguridad de la medida terapéutica sea veraz. La escasa información científica disponible en el caso de las MAC debe ser comunicada honestamente al paciente y obliga al médico a mantenerse informado sobre un área de la medicina que hemos, tradicionalmente, ignorado³⁰.

Deberes relacionados con la justicia sanitaria: El respeto por el principio de justicia nos obliga a procurar el acceso equitativo de aquellos pacientes que lo necesiten a las prestaciones de salud de las que puedan obtener beneficio, independientemente de si estas se originan en el conocimiento biomédico convencional o en MAC, siempre que sean probadamente eficaces y seguras. Del mismo

modo, aunque menos relacionado con el directo bien del paciente, es responsabilidad del médico cautelar el correcto uso de los fondos destinados a los cuidados sanitarios, evitando su dilapidación en intervenciones de las que no hay pruebas sobre su eficacia y que carecen de plausibilidad biológica que respalde su mecanismo de acción.

Adicionalmente existe el riesgo de considerar a las MAC como deseables, en un ambiente de recursos escasos, por estimarlas de menores costos y así evitar el esfuerzo de obtener los medios necesarios para poner a disposición de los pacientes que lo precisen, recursos terapéuticos probadamente eficaces, pero más caros.

Deber de investigar: ante el uso creciente de MAC por los pacientes y su eventual aceptación también dentro de la medicina tradicional, aparece como desafío ético la necesidad de estudiar al respecto, y contribuir a investigar sobre los fundamentos fisiopatológicos, eficacia, seguridad, indicaciones de las MAC y su sinergia con la medicina tradicional, y como también generar, desde las instancias académicas y de investigación correspondientes, estudios con los estándares de la MBE actual, que permitan aconsejar o reglamentar su uso de modo responsable. Existen ya algunas iniciativas internacionales que trabajan en esta línea^{31,32,33,34}. Por otra parte, las razones esbozadas por médicos alópatas hacia algunas MAC, respecto a la insuficiencia del modelo médico tradicional, obliga a profundizar nuestra reflexión sobre las categorías de científicidad misma. Sin renunciar al necesario deber de distinguir ciencia de pseudociencia, cabe preguntarse en qué medida las MAC, funcionando con un paradigma de ciencia distinto, pudieran estar dando una mejor respuesta a algunas necesidades de nuestros pacientes que el modelo convencional. La investigación interdisciplinaria para comprender este fenómeno se vuelve igualmente necesaria.

Conclusiones

No es posible soslayar el creciente uso de MAC en nuestros pacientes, que se alejan del modelo científico propio de la formación médica convencional en nuestro país. Las posiciones respecto de su legitimidad van desde una aceptación entusiasta

hasta abierto escepticismo y denuncia. Al informarse el médico del uso de MAC por alguno de sus pacientes enfrenta el desafío –en su relación terapéutica de cuidados– de armonizar estas posiciones contrapuestas y entregarle la orientación necesaria para el alivio de su sufrimiento, que es una de sus responsabilidades fundamentales. Para ello se debe tener presente cómo el uso de prácticas de salud alternativas pueden tensionar algunos principios considerados centrales para el ejercicio de nuestra profesión.

Es responsabilidad del tratante entregar información honesta sobre la real eficacia de las terapias que ofrece, así como de aquéllas sobre las cuales consulta el paciente que acude en busca de ayuda, permitiendo su decisión informada sobre su uso. Se debe informar de modo transparente y empático sobre la ausencia de evidencia científica que respalde muchas de las intervenciones que promueven las MAC, tanto en su eficacia como en su seguridad y, al mismo tiempo, mostrarse dispuesto a debatir de modo amigable sobre las expectativas y creencias que tiene el paciente sobre ellas, así como de sus fuentes de información. Debe ser preocupación especial del médico tratante, por último, no permitir que cualquier ambigüedad existente en el juicio sobre la pertinencia y seguridad de estas prácticas alternativas lesione la confianza que debe existir con su paciente y, menos aún, que cercene el sentimiento de compasión que permite al médico empatizar con el sufrimiento de aquél que acude a solicitar su ayuda profesional.

Por último, surge el desafío ético de participar en el estudio e investigación sobre las bases científicas de las MAC y el fenómeno sociocultural relacionado a su uso, que puede arrojar luces a la propia medicina tradicional sobre aspectos de la persona del paciente que hayamos desatendido.

Referencias

1. Baer HA. *Medical Pluralism: An Evolving and contested concept in medical anthropology*. In: Singer M, Erickson PI, eds. *A Companion to Medical Anthropology*. Wiley. 2011; 405-423.
2. Starr P. *The social transformation of American medicine*. New York: Basic Books, 1982.
3. N.I.H. *National Center for Complementary and Integrative Health. Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name?* 2021. Disponible en: <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>. [Consultado el 21 de febrero de 2024].
4. *Parliament. United Kingdom*. 2001. Disponible en: <https://publications.parliament.uk/pa/ld199900/ldselect/ldscitech/123/12303.htm#a2>. [Consultado el 21 de febrero de 2024].
5. *Institute of Medicine (US) Committee on the Use of Complementary and Alternative Medicine by the American Public. Complementary and Alternative Medicine in the United States*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2005. PMID: 22379647.
6. Johnson PJ, Ward A, Knutson L, Sendelbach S. *Personal use of complementary and alternative medicine (CAM) by U.S. health care workers*. *Health Serv Res*. 2012; 47(1 Pt 1): 211-227.
7. Posadzki P, Watson LK, Alotaibi A, Ernst E. *Prevalence of use of complementary and alternative medicine (CAM) by patients/consumers in the UK: Systematic review of surveys*. *Clin Med (Lond)*. 2013; 13(2): 126-131. doi: 10.7861/clinmedicine.13-2-126. PMID: 23681857; PMCID: PMC4952625.
8. Marcano J. *Chilenos recurren a terapias alternativas sin ser derivados por un profesional de la salud*. *El Mercurio*. 2022; A8.
9. *Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. Orientación Técnica: Medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud en Atención Primaria*. 2021. Disponible en: <https://www.minsal.cl/medicinas-complementarias-estudios-y-documentos/>. Consultado el 26 de marzo de 2024.
10. *Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. OMS, 2013.
11. *WHO TEAM (Traditional, Complementary and Integrative Medicine). Special editorial: WHO Traditional Medicine Global Summit 2023 meeting report: Gujarat Declaration*. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*. 2023; 14(5): 1-3.
12. *Biblioteca del Congreso Nacional. Ley Chile*. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=239259>. [Consultado el 10 de marzo de 2024].
13. *MINSAL(Chile) 2019. Medicinas Complementarias*. Disponible en: <https://www.minsal.cl/medicinas-complementarias/>. [Consultado el 10 de marzo de 2024].
14. Riera R, et al. *What do Cochrane systematic reviews say about new practices on integrative medicine?* *Sao Paulo Medical Journal*. 2018; 136: 251-261.
15. Angell M, Kassirer JP. *Alternative medicine-the risks of untested and unregulated remedies*. *New England Journal of Medicine*. 1998; 339(12): 839-841.
16. Pfalzgraf A, et al. *Use of complementary and alternative medicine in fibromyalgia: Results of an online survey*. *Pain Management Nursing*. 2020; 21(6): 516-522.
17. Cervera EJ. *Estudio epidemiológico sobre la prevalencia de uso de medicinas alternativas y complementarias por la población general y un grupo de médicos y*

- estudiantes de medicina de la Comunidad de Madrid. Tesis doctoral. Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá. 2011. Disponible en: <https://ebuah.uah.es/dspace/bitstream/handle/10017/25401/Tesis%20Emilio%20J.%20Cervera%20Barba.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Consultado 28 de agosto 2024.
18. Niggemann B, Grüber C. Side effects of complementary and alternative medicine. *Allergy* 2003; 58(8): 707-716.
 19. Observatorio OMC contra las Pseudociencias, Pseudoterapias, Intrusismo y Sectas Sanitarias. (Introducción) Disponible en: <https://www.cgcom.es/observatorios/oppiss>. [Consultado el 21 de febrero de 2024].
 20. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. España. Plan para la protección de la salud frente a las pseudoterapias. Noviembre de 2018. 1. Introducción. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinetePrensa/notaPrensa/pdf/20181141118135247771.pdf>. [Consultado el 21 de febrero de 2024].
 21. Asociación Médica Mundial. Declaración de la AMM sobre pseudociencias y pseudoterapias en el campo de la salud. 17 de noviembre de 2020. Preámbulo. Disponible en: <https://www.wma.net/es/politicas-post/declaracion-de-la-amm-sobre-pseudociencias-y-pseudoterapias-en-el-campo-de-la-salud/>. [Consultado el 21 de febrero de 2024].
 22. Johnson PJ, Ward A, Knutson L, Sendelbach S. Personal use of complementary and alternative medicine (CAM) by U.S. health care workers. *Health Serv Res.* 2012; 47(1 Pt 1): 211-227. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6773.2011.01304.x> Consultado 29 de agosto 2024.
 23. Astin JA, Marie A, Pelletier KR, Hansen E, Haskell WL. A Review of the Incorporation of Complementary and Alternative Medicine by Mainstream Physicians. *Arch Intern Med.* 1998; 158(21): 2303-2310.
 24. Sikand A, Laken M. Pediatricians' experience with and attitudes toward complementary/alternative medicine. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1998; 152(11): 1059-1064.
 25. Sawni A, Thomas R. Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding Complementary/Alternative Medicine: A national survey. *BMC Complement Altern Med.* 2007; 7: 18.
 26. ABIM Foundation. Medical professionalism in the new millennium: A physicians' charter. *The Lancet.* 2002; 359(9305): 520-522.
 27. Bradbury J, et al. Practice-Based Research in Complementary Medicine: Could N-of-1 Trials Become the New Gold Standard? *Healthcare (Basel).* 2020; 8(1): 15.
 28. Tonelli MR. Is evidence based complementary and alternative medicine a contradiction in terms?-'Yes'. *Focus on Alternative and Complementary Therapies.* 2011; 16(2): 115-116.
 29. Thomas Kuhn. La estructura de las revoluciones científicas. University of Chicago Press, 1962. Versión de divulgación simple disponible en: <http://cibernous.com/autores/kuhn/teoria/index.html>. Consultado 29 agosto 2024.
 30. Clark PA. The ethics of alternative medicine therapies. *Journal of Public Health Policy.* 2000; 21: 447-470.
 31. The Research Council for Complementary Medicine. Disponible en: http://www.rccm.org.uk/static/Links_CAM_Journals.aspx Consultado el 29 de agosto de 2024.
 32. Cooper EL. Complementary and alternative Medicine, When Rigorous, can be Science. *eCAM.* 2004; 1: 1-4. Disponible en: <http://ecam.oupjournals.org/>. Consultado el 29 de agosto de 2024.
 33. Thomas K. Towards the evaluation of integrated care: What are the questions? How do we answer them? *Evidence-Based Integrative Medicine.* 2003; 1: 3-10. Disponible en: <http://www.openmindjournals.com/EBInteg-archive1-1.html>. Consultado el 29 de agosto de 2024.
 34. The Cochrane Collaboration. Cochrane complementary medicine field. Disponible en: <http://www.compmed.umm.edu/cochrane/Field.html>. Consultado el 29 de agosto de 2024.