

Setzè Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana
Llibre de Ponències (2000), p. 475-494

PRÀCTIQUES ALTERNATIVES EN MEDICINA

M. BRUGUERA, J. L. BALLVÉ, X. GRANERO, J. M. BERTRAN I M. FOZ
Universitat Autònoma de Barcelona

INTRODUCCIÓ

Medicina és la ciència que estudia les malalties i la manera de prevenir-les i guarir-les. El seu progrés, al llarg d'aquest segle, s'ha degut a l'aplicació del mètode científic, és a dir l'observació sistemàtica dels fenòmens per descobrir les lleis que els regulen. D'aquesta manera s'han anat identificant les diverses malalties que afecten als éssers humans i les seves causes (infeccions, efectes tòxics, trastorns immunològics...) Els tractaments es van basar primer en l'empirisme i més tard en estudis de casos i controls.

El conjunt dels coneixements mèdics està ben estructurat i s'aprèn de manera reglada en les facultats de medicina i els professionals que els apliquen estan obligats a seguir un codi ètic estricte.

En paral·lel a aquesta medicina oficial o científica, hi ha un conjunt de pràctiques amb finalitat curativa que es basen en teories diferents, no s'ensenyen de manera universal en les facultats de medicina i no estan basades en el mètode científic (BRITISH MEDICAL ASSOCIATION, 1993, p. 8). S'inclouen generalment sota la denominació de *Medicines Alternatives*. Unes tenen una difusió molt estesa (homeopatia, acupuntura, medicina natural i osteopatia/quiropraxi) i altres en tenen menys i un àmbit d'actuació més restringit (herbalisme, aromateràpia, ioga, reflexoteràpia, iridologia, auriculoteràpia).

Aquestes diverses pràctiques només tenen en comú la seva no oficialitat, però difereixen entre si en les seves bases teòriques i en la manera d'aplicar els tractaments. Han de diferenciar-se de les pràctiques guaridores que tenen una orientació espiritualista (sanadors, curanderos,) i que tant els que les exerceixen com els que les sol·liciten se situen voluntàriament al marge tant de la medicina oficial com de les medicines alternatives. També han de distingir-se aquestes pràctiques dels remeis casolans, basats en tradicions populars que s'apliquen habitualment en cas de problemes mèdics menors, i que ni els que els reben ni els que els apliquen els donen una significació d'alternativa o substitució de la medicina oficial.

Un nombre creixent de ciutadans en el món occidental recorren a aquestes pràctiques, per les quals no hi ha cap tipus de regulació oficial. Aquesta manca de regulació permet que siguin aplicades tant per metges com per no metges, no ofereixen garanties als ciutadans de la correcció de l'assistència que reben i dificulta el control ètic d'aquestes pràctiques.

Algunes actuacions pretesament terapèutiques tenen, a diferència de les esmentades, unes bases teòriques que s'oposen frontalment a les que fonamenten la medicina científica, i els seus practicants segueixen sovint procediments de caràcter sectari. El *mètode Hammer*, n'és un exemple.

En aquesta taula rodona s'exposen els trets fonamentals de les medicines alternatives i les raons per al seu ús creixent en les societats occidentals, i alhora s'aporten una sèrie de consideracions per justificar la conveniència de la seva regulació dins del nostre sistema sanitari, tant des del punt de vista professional, com jurídic, ètic i docent.

Els autors són conscients de la necessitat d'un debat en el si de la professió, sobre aquest tema, que defugui els plantejaments radicals i les posicions apriorístiques, i consegüentment, exposen en aquest text uns criteris que creuen que poden ser compartits per una proporció gran dels metges i alhora poden establir les bases d'aquest debat necessari.

TERMINOLOGIA

No hi ha un terme precís i completament acceptat per a les pràctiques terapèutiques agrupades sota el nom genèric de medicines alternatives. Anomenar-les "heterodoxes", "tradicionals", "paral·leles", "naturals" "no validades" o "no convencionals" resulta molt ambigu. *Medicina holística* és un terme que s'ha fet popular als Estats Units, però també és molt imprecís i dona una idea de globalitat que la majoria de teràpies no tenen. La literatura francesa utilitza sovint l'expressió "medicines dolces" basat en la seva aparent innocuïtat, cosa que tampoc és del tot exacte.

Potser un terme menys problemàtic, encara que sembli el contrari, sigui precisament el més utilitzat, el de *medicines alternatives*, denominació que va néixer als anys 70, quan va iniciar-se la resposta crítica a la medicina oficial, per aplegar totes aquelles pràctiques que s'oferien com a "diferents" i com a "alternatives" a la medicina convencional. Amb tot, un estudi recent d'ASTIN (1998) demostra que, en el moment actual, aquestes teràpies no són ja vertaderament "alternatives", és a dir, oposades o emprades *en lloc de* la medicina científica, més que per un 5% de la població.

La utilització de la denominació teràpies complementàries (ZOLLMAN & VICKERS, 1999a) en lloc de medicines alternatives seria potser més escaient per les següents raons:

1. Limitaria el seu camp d'actuació a la terapèutica.
2. Facilitaria la seva compatibilització amb la medicina científica.
3. Permetria la seva complementarietat i evitaria la seva contraposició, amb la medicina oficial, partint de la base que no han d'aplicar-se en situacions per les quals ja hi ha un tractament eficaç.

En aquest text utilitzarem preferentment el terme de terapèutiques complementàries i ocasionalment el de medicines alternatives per designar aquestes pràctiques no validades, en contraposició als termes medicina científica o medicina oficial, que utilitzarem indistintament en el text.

CONCEPTES COMUNS ENTRE LES DIFERENTS MEDICINES ALTERNATIVES

A pesar que la seva diversitat fa que no puguin ser fàcilment categoritzables, hom pot

distingir en les medicines alternatives un conjunt d'assumpcions i de creences comunes que creiem val la pena explicitar :

1. En primer lloc, el sentit de l'holisme, és a dir, el principi que tot el que fa referència als diferents aspectes de la persona humana, tan des del punt de vista físic com mental i espiritual, així com social, familiar i conductual, estan interrelacionats i han de ser considerats en el tractament. Són models centrats en l'individu, en el malalt, i no en la malaltia, i per tant no serà possible tractar aquesta sense actuar sobre tot allò que la malaltia modifica i tot allò que ha permès que es desenvolupi en el malalt.
2. Relacionat amb l'holisme hi ha el principi de l'equilibri de l'ésser humà. Aquest equilibri es refereix a l'harmonia entre els diferents òrgans i sistemes del cos, i també en la relació amb altres individus, la societat i l'entorn. Un desequilibri en qualsevol d'aquestes relacions és causa de malaltia. Per tant, el tractament consistirà a recuperar l'equilibri, a igualar de nou les parts desequilibrades, sovint mitjançant la transferència d'energia o amb la ingesta d'aliments o medicaments contraris.
3. La idea de l'energia fa referència a la força necessària per restaurar l'equilibri. La part del sistema que és deficitària necessita "adquirir" energia, mentre que la part que en té en excés necessita "alliberar-la", "transferir-la", i aquesta és la tasca del terapeuta qui, mitjançant canvis en la dieta (introduint menjar "calents" o "freds"), estimulants de diverses maneres òrgans i sistemes del cos humà, i prescrivint exercicis més o menys específics o canvis en l'estil de vida, restableix l'harmonia.
4. La creença que cada ésser humà és únic i irrepetible, que està integrat en el món i en la història, que cal ser respectuós amb la seva autoestima i els seus valors, així com amb la idea que tingui de la seva malaltia. D'aquesta manera cal orientar el tractament i seguir en la mesura del possible, el mateix model explicatiu del malalt.
5. L'atribució d'un paper fonamental i a vegades causal a la consciència, és a dir, la creença que els pensaments, actituds, sentiments, emocions, valors i significacions percebudes, són directament capaços d'afectar una funció física determinada. Aquesta interacció entre ment i cos, o dit en termes antropològics, entre biologia i cultura, que té una extraordinària importància en la gènesi i conceptualització de moltes malalties, ha estat poc considerada per la medicina científica, per la qual tota activitat mental es redueix a processos bioquímics i fisiològics del cervell.
6. La importància dels valors espirituals i les creences religioses en la salut és una eina que aprofiten els terapeutes alternatius per acostar-se al malalt i crear un clima afavoridor de la curació.
7. El manteniment del principi hipocràtic *primum non nocere*. Aquesta por a ser agressius explica que s'utilitzin substàncies completes, tant alimentàries com herbals, amb la creença que tindran menys efectes secundaris que els agents farmacològics extrets d'elles, que són sens dubte més potents i més ràpids però també més tòxics. Explica també la gran dedicació dels terapeutes alternatius a provocar canvis en la salut a base de modificar els hàbits, les dietes, l'estil de vida, de fomentar la vida natural, l'exercici i les tècniques de relaxació.
8. La distinció, entre *healing* i *curing*, conceptes que no tenen equivalent en català.

Des de la perspectiva finalista que el tractament busca el reequilibri i l'enfortiment de la persona completa més que la guarició o millora d'una malaltia determinada, i que és el malalt el que es cura o se sent curat, pot donar-se el cas que la persona es senti curada (*healed*) encara que de fet la malaltia no ho estigui (*cured*). Altre cop, en un model centrat en el malalt, hom pot tenir una malaltia i no "sentir-se malalt" i a l'inrevés, hom pot sentir-se malalt i no tenir cap malaltia mèdicament detectable.

CLASSIFICACIÓ DE LES TERAPÈUTIQUES COMPLEMENTÀRIES

Hi ha una llista, no exhaustiva, de més de 350 modalitats que poden incloure's dins de les medicines alternatives o complementàries. En la de l'OMS hi ha una centena de teràpies, però noves disciplines s'estan introduint i desenvolupant contínuament aprofitant aquest moment de demanda d'aquests tipus de teràpies.

La Office of Alternative Medicine, creada al 1992 pel Congrés dels Estats Units per a l'estudi i l'avaluació d'aquests tipus de teràpies dins dels National Institutes of Health (NIH), les classifica en set grans categories (NIH, 1993):

1. Interaccions ment-cos (medicina mental ó *Mind-Body Medicine*)
2. Sistemes alternatius formals a la pràctica mèdica
3. Mètodes de curació manuals
4. Tractaments farmacològics i biològics
5. Teràpia física i electromagnètica
6. Medicina per les herbes (Fitoteràpia)
7. Dietes i nutrició

La medicina mental o (**Mind/Body Interventions** en la literatura anglosaxona), per exemple, es basa en la convicció que una sèrie de factors, tant externs com interns, i molt especialment l'estrès, poden provocar una inhibició del sistema immunitari i, per tant, una disminució de la resistència a la malaltia, i que es pot contrarestar aquesta resposta aprenent a desenvolupar certes capacitats amb tècniques de relaxació com l'entrenament autogen de Schultz, la hipnosi, el *biofeedback*, la meditació, la visualització guiada, o el ioga. Molts d'aquests objectius i també aquestes tècniques estan ja actualment perfectament integrats en la medicina convencional. Així, el *biofeedback* s'utilitza per tractar el mal d'esquena i el dolor crònic, el *training* autogen i la hipnosi tenen aplicacions en psicologia clínica i en psiquiatria, els grups de suport i la teràpia de grup són fonamentals en el tractament d'addiccions a l'alcohol i altres drogues.

Els sistemes mèdics pròpiament alternatius, o sistemes terapèutics formals com també se'ls anomena, són aquells sistemes que, en general, s'han desenvolupat fa centenars o, fins i tot, milers d'anys, i necessiten d'una formació específica (SEGEN, 1998). Són la medicina *ayurvèdica*, la medicina tradicional xinesa, la reflexologia, la teràpia per imposició de mans (el *therapeutic touch*, que torna a tenir molt predicament als Estats Units), el *Reiki* i, l'homeopatia, que utilitzen conceptes com l'energia i la transmissió d'aquesta energia per determinats canals i maneres.

En la categoria de **teràpies manuals** podrien incloure's des de les tècniques de rehabilitació i fisioteràpia, ben integrades en la medicina oficial, fins a l'osteopatia o la quiropràxia (KAPTCHUK & EISENBERG, 1998a) passant per totes les tècniques de massatge. Entre les **aplicacions electromagnètiques i físiques** s'inclourien des dels aparells de radiònica fins a tractaments ben establerts com la diatèrmia, el làser o la cirurgia per radiofreqüència.

Els tractaments farmacològics i biològics alternatius són molt diversos i alguns utilitzen substàncies emprades també en terapèutica, com productes de cartilag de diversos animals o la teràpia quelant amb EDTA, però la majoria són invents de determinats investigadors que volen trobar-los utilitat per a malalties greus com el càncer o la sida. Així, els pèptids antineoplastons de Burzynski, la teràpia immunoaugmentativa de Burton, el 714-X de Gaston Naessens, el mètode de Hoxsey, les toxines de Caley o el famós mètode de l'italià Di Bella, recentment provat com a ineficaç (TRAVERSA *et al.*, 1999; BULATTI *et al.*, 1999). Aquí hi entrarien també teràpies intermèdies com l'ozó, la teràpia neural ó l'ús medicinal dels productes de l'abella (apiteràpia).

Les dietes i tractaments nutritius, sobretot per prevenir i tractar malalties cròniques, inclouen règims prescrits pels metges així com el consell d'hàbit alimentari, però també recomanacions com la teràpia megavitamínica o la medicina ortomolecular de Pauling que s'aparten clarament de l'ortodòxia científica.

Finalment, **la medicina per les herbes** ha estat emprada com a tractament convencional durant centenars d'anys. De fet, molts dels medicaments de què disposem provenen de plantes, malgrat que avui en dia no se la reconegui com una teràpia completament acceptada. Ja s'han fet, però, estudis clínics controlats i randomitzats per veure si, en determinats casos, la fitoteràpia pot proporcionar uns resultats semblants que els dels seus productes derivats, però a un cost molt menor i amb menys efectes indesitjables (VICKERS & ZOLLMAN, 1999b). Aquesta és una possibilitat que cal considerar per al futur, malgrat que hi hagi encara serioses dificultats a vèncer, com la dosificació o les interaccions farmacològiques que no sembla que la vagin a fer viable encara.

TEORIES DE LES PRINCIPALS TERÀPIES COMPLEMENTÀRIES

La medicina naturista es basa en l'anomenat principi fisioterapèutic, pel qual la salut la manté el propi cos i en la malaltia l'organisme es posa en marxa per tendir gairebé sempre a la curació i al reequilibri. En l'aspecte terapèutic es pretén potenciar la salut i l'autocuració amb remeis "naturals", per exemple la fitoteràpia, helioteràpia, hidroteràpia, balneroteràpia, dietoteràpia, massatge terapèutic, educació de la salut i canvis d'hàbits. Una primera dificultat conceptual apareix immediatament per definir "natural", i se suposa que en contraposició amb "artificial", és a dir, allò que està manipulat per l'home. Com de manipulat per l'home ha d'estar alguna cosa per deixar de ser natural? Els aliments, per exemple, la major part procedeixen cada vegada més de cultius tecnificats. És molt difícil avui dia trobar, no ja medicaments, sinó aliments que no tinguin força d'artificial, incloent-hi les pròpies plantes medicinals. Per altra banda, dir que el natural és el bo i segur, i l'artificial dolent i tòxic, és simplista i fals. De fet els perills de les herbes medicinals han estat motiu d'algunes publicacions (VICKERS & ZOLLMAN, 1999e; EISENBERG *et al.*, 1993). Una revisió Cochrane de l'herba de Sant Joan (*Hypericum*), recomanada per a la depressió, admet que aquest tractament

ofereix millor resultat en el tractament de la depressió lleu que el placebo, comparable als antidepressius convencionals (LINDE & MULROW, 1999). Però, tal com passa amb els fàrmacs actius, ja comencen a aparèixer publicacions que alerten sobre les interaccions de l'*Hypericum* (FUGH-BERMAN, 2000) i els seus riscos. Altres tractaments d'aquests tipus han estat analitzats per la Cochrane Library, per exemple, l'all per a la malaltia arterial perifèrica (JEPSON *et al.*, 1997) i no s'hi han trobat diferències amb el placebo, llevat de mal alè en el grup actiu. Des del punt de vista de la medicina científica sembla més lògic, si es descobreix algun efecte beneficiós d'alguna herba medicinal, tractar d'aïllar el producte actiu, establir la dosi terapèutica i, si és possible, el mecanisme d'actuació fisiopatològic. Els naturistes argumenten en contra que no és un únic producte actiu el que actua, sinó la sinèrgia dels diferents components de les plantes. Un dels problemes afegits són les grans diferències que poden existir entre una preparació herbal i una altra de similar (VICKERS & ZOLLMAN, 1999b).

L'homeopatia es basa en la teoria de Hahnemann publicada el 1796 de la curació per la similitud. Segons això, la curació pot aconseguir-se administrant a dosis infinitament diluïdes i "dinamitzades" mitjançant l'agitació d'una substància que a dosis normals produeix els mateixos símptomes que la malaltia que es vol tractar (HAMLYN, 1981). A l'homeopatia li manca una teoria fisiopatològica. L'homeopatia renuncia a donar una explicació causa-efecte i interpreta l'acció d'un remei sobre l'organisme en funció de la llei de la semblança (VICKERS & ZOLLMAN, 1999c). Novament a l'homeopatia es parla de la capacitat innata de l'organisme per guarir-se i protegir-se. Aquesta capacitat rep el nom de *força vital* i els medicaments homeopàtics intervenen en l'esforç de l'organisme estimulant-lo. Malgrat tenir unes bases tan distants dels coneixements actuals de la fisiopatologia, l'homeopatia ha captat una gran atenció per part de les revistes mèdiques més prestigioses. De fet, algunes revisions, com una metaanàlisi publicada el 1998, conclouen que l'homeopatia té uns efectes diferents del placebo, encara que no aconsegueixen demostrar-ne l'eficàcia en cap quadre clínic individual. (LINDE *et al.*, 1997). La revisió Cochrane de l'homeopatia per a l'asma crònica analitza tres assaigs randomitzats i doble cec de qualitat variable. En dos d'ells el grup de l'homeopatia millorava més i en l'altre milloraven els dos grups sense detectar-se diferències entre ells (LINDE & JOBST, 1998). La dificultat per estandarditzar els tractaments i els diagnòstics en una pràctica tan individualitzada és un inconvenient per analitzar científicament l'homeopatia. La revisió Cochrane conclou que no hi ha suficient evidència per definir el paper de l'homeopatia en el tractament de l'asma crònica (LINDE & JOBST, 1998).

Per a molts científics el fet que els preparats homeopàtics estiguin tan diluïts que en molts casos no s'hi trobi ni una sola molècula del producte original, fora una raó suficient per invalidar la pràctica de qualsevol investigació seriosa. L'argument que l'aigua podria "recordar" les propietats d'un solut que hagués contingut anteriorment, sempre que hagués estat convenientment agitat entre dilució i dilució va ser defensat en una publicació de la revista *Nature* el 1988 (DAVENAS, 1988). Els resultats de l'estudi no es van poder reproduir posteriorment i poc després l'editor d'aquesta revista publicava una comunicació titulada *La desil·lusió de l'alta dilució* (MADDOX *et al.*, 1988).

L'acupuntura és, amb l'homeopatia, una de les pràctiques alternatives que més bona premsa ha assolit. Basada en la medicina tradicional xinesa, té els seus teòrics fonaments en la premissa que en el cos existeixen uns fluxos d'energia (Qi) que són essencials per a la salut. La interrupció d'aquests fluxos crearia la malaltia. L'acupuntura tracta de corregir els trastorns d'aquests fluxos en uns punts identificables situats a la pell del pacient (VICKERS & ZOLLMAN, 1999d). Actualment s'intenta donar una explicació als efectes de l'acupuntura basant-se en

l'alliberament d'endorfines que es produeix durant un tractament. L'acupuntura segons alguns estudis, és capaç de millorar el dolor dental, el dolor postquirúrgic, la dismenorrea o la fibromiàlgia, però hi ha pocs estudis de qualitat per avaluar la seva eficàcia en comparació amb el placebo o amb l'acupuntura simulada (NIH, 1998). Dues revisions Cochrane en què s'analitza l'eficàcia de l'acupuntura per al dolor lumbar inespecífic (TULDER *et al.*, 1999) i per a deixar de fumar (WHITE & RAMPES, 1997), conclouen clarament que en cap d'ambdós casos l'acupuntura supera a l'acupuntura simulada o l'estimulació elèctrica transcutània dels nervis. Com a conclusió és possible que l'acupuntura ocupi algun lloc en el tractament d'alguns trastorns concrets, però de nou ensopeguem amb la dificultat per a conciliar amb els coneixements fisiopatològics actuals conceptes claus de les seves bases teòriques com la circulació de l'energia Qi, o el sistema de meridians, que juguen un paper fonamental en la valoració de pacients i en la instauració de tractaments per part dels acupuntors.

L'osteopatia fou inventada el 1876 per A. Still i es basa en la teoria que totes les malalties estan produïdes per la compressió de les artèries pels ossos, sobretot per la columna vertebral (VICKERS & ZOLLMAN, 1999e). **La quiropràxia** va ser fundada uns anys més tard per D. D. Palmer i en aquest cas el fonament és la pressió dels ossos sobre els nervis a causa d'un mal alineament de les vèrtebres de la columna (VICKERS & ZOLLMAN, 1999e). En ambdós casos les indicacions eren en un principi múltiples i s'utilitzaven en moltes malalties. Alguns osteòpates i quiropràctics contemporanis se centren en canvi en problemes musculoesquelètics. En aquests casos ambdues tècniques són similars a la fisioteràpia i és possible assumir des d'un punt de vista racional que puguin proporcionar millores certes en situacions concretes.

SITUACIÓ ACTUAL DE LES MEDICINES ALTERNATIVES

La primera evidència de l'ampli ús de les medicines alternatives als Estats Units la va apuntar David Eisenberg l'any 1993, al posar de manifest que un de cada tres americans n'havia utilitzat alguna l'any 1990 (EISENBERG *et al.*, 1993). Aquest autor va fer dues enquestes idèntiques, una l'any 1990 i una altra el 1996. Sobre més de 2.000 respostes va demostrar que, en aquest període de temps, l'ús de les medicines alternatives havia passat del 34% al 42%, amb un nombre generat de visites i consultes superior al de la pròpia assistència primària convencional i un volum de negoci xifrat en vint-i-set mil milions de dòlars (EISENBERG *et al.*, 1998). De tota manera, l'ús de la medicina alternativa varia molt en les diferents parts del món, depenent de circumstàncies històriques, ètniques i culturals, així com del grau de repressió o de suport que rebin per part dels governs locals.

A Europa, la millor informació sobre l'ús de la medicina alternativa prové de la Gran Bretanya, on enquestes fetes per Fulder i Munro (FULDER & MUNRO, 1985) el 1980-81 i l'informe de la British Medical Association del 1986 demostraven que es feien uns tretze milions de visites l'any i que les empraven el 30% dels metges generalistes. El mateix va descobrir un altre estudi fet a França el 1987 sobre una mostra de 54.500 metges generalistes (BOUCHAYER, 1991). Els estudis anglesos més recents, publicats per la Universitat de Sheffield el 1995, donen una estimació que, un 33% de la població havia fet ús d'alguna forma de medicina complementària, i que aproximadament un 10% ho havia fet en el darrer any (THOMAS *et al.*, 1995).

La popularitat d'aquests tipus de teràpies s'ha incrementat molt als països europeus en els últims anys. Un informe del Ministeri de Sanitat i Protecció Ambiental holandès indicava

que un 6,4% de la població les utilitzava el 1981, però aquest percentatge va augmentar al 9,1% el 1985, a un 15,7% el 1990 i a més del 20% en les darreres estimacions (VISSEER, 1991). La primera enquesta de l'Associació de Consumidors belga, el 1986, donava unes xifres d'ús pel 31% de la població (SERMEUS, 1991). A França arribava el 1985 fins al 49%, a Dinamarca es posava de manifest que el 23,2% de la població les havia emprat com a mínim una vegada (RASMUSSEN, 1991), a Finlàndia (VASKILAMPI, 1991) el 32% i a Alemanya (MARETZKI, 1987) el 46%. Malgrat que aquestes xifres s'han d'interpretar amb molta precaució donades les grans diferències metodològiques emprades, és clar que l'ús d'aquestes teràpies va en augment, i no sols a Europa i als Estats Units, sinó també a tota la resta de països desenvolupats com Austràlia, on el percentatge era de 20% el 1996 (MACLENNAN *et al.*, 1996). No hi ha dades d'Espanya ni de Catalunya, però probablement les xifres no s'allunyin gaire de les dels països del nostre entorn. Segons dades d'Hisenda, que sembla ser l'única instància interessada en el fenomen, cada dia es fan 300.000 consultes a càrrec del personal no mèdic enquadrat en l'epígraf *professions parasanitàries*, però no sabem si aquesta estimació és gaire fiable (RODRÍGUEZ SÁNCHEZ BRETANO, 1998).

Les diferents teràpies són emprades també de manera molt diversa en els diferents països: per exemple, els tractaments manipulatius (quiropràxia, osteopatia) són molt emprats a Suècia i al Regne Unit, mentre que ho són poc a França i a Bèlgica. A França, l'homeopatia va passar de ser usada per un 16% de la població el 1982 a un 29% el 1987 i a un 36% el 1992 (FISHER & WARD, 1994). A Dinamarca la reflexologia és molt popular i la utilitza el 39% dels usuaris de les medicines alternatives. L'acupuntura és molt utilitzada a França i a Anglaterra, però a Dinamarca es considera legalment una tècnica quirúrgica i per això sols la poden emprar metges, amb la qual cosa el seu ús és molt inferior. El termalisme i la hidroteràpia tenen una gran tradició, tant a França com a Alemanya. Al Japó és molt famós el *Shiatsu*, una forma d'acupressió digital que compta amb uns 95.000 practicants, com ho és també la medicina per les herbes (en tenen registrats més de 600 tractaments herbals, que constitueixen el 2,9% del total de la despesa de farmàcia) i l'acupuntura clàssica, amb més de 65.000 acupuntors. Als Estats Units hi ha una fal·lera pels tractaments megavitamínics, entre d'altres, mentre que a Rússia predomina la reflexologia però també una peculiar teràpia autòctona, el mètode respiratori *Buteiko*.

RAONS PER A L'ÚS DE LAS TERÀPIES COMPLEMENTÀRIES

En el Regne Unit s'han dut a terme estudis que demostren que el 55-65% dels usuaris de les teràpies complementàries són dones, proporció similar als de la medicina convencional. Tenen una edat entre 35-60 anys (a la medicina oficial solen ser més joves o més grans) i pertanyen a grups d'un nivell socioeconòmic i cultural més elevat que els usuaris d'aquesta última. Segons algunes enquestes pateixen una més gran morbiditat psicològica i més escepticisme i experiències negatives respecte a la medicina convencional. Això últim és degut probablement al fet que la major part dels consultants d'aquestes teràpies ho són perquè pateixen problemes que no han respost als tractaments convencionals.

Hi ha la creença que els pacients que segueixen aquestes terapèutiques tenen una visió alternativa del món o se senten atrets per afirmacions publicitàries exagerades, però la investigació posa en dubte aquestes teories. El que sí demostren els estudis és que aquests pacients tenen problemes persistents pels quals la medicina científica no els ha donat solucions satisfactòries o els causa efectes adversos. La major part d'aquests pacients ja han

consultat per les seves dolences la medicina oficial. Moltes altres persones utilitzen els dos sistemes, i seleccionen i barregen cures convencionals i complementàries (ZOLLMAN & VICKERS, 1999f), considerant que per alguns problemes de salut el metge té millors tractaments, però per d'altres el terapeuta alternatiu ofereix solucions més apropiades, especialment per millorar la qualitat de vida o per compensar o contrarestar els efectes insaludables dels tractaments convencionals o dels problemes de la vida quotidiana, com l'estrès.

Els motius per acudir a aquestes teràpies podrien agrupar-se en dos: els derivats de carències de la medicina convencional i els que són deguts a característiques pròpies d'aquestes teràpies.

a) carències de la medicina actual

Molts pacients i també alguns metges que utilitzen les medicines alternatives addueixen com a principal raó per al seu ús, el fracàs de la medicina oficial per les següents raons:

- Desproporció entre les expectatives i els resultats:

Els avenços de la ciència, exagerats a vegades pels mitjans de comunicació, promouen unes expectatives molt ambicioses en els pacients que no poden comprendre que en els temps de les teràpies gèniques, dels trasplantaments i de les clonacions, el seu metge no doni solució a molèsties aparentment banals. Els mateixos metges poden transmetre una sensació de frustració al no poder oferir una resposta "curativa" a les demandes dels pacients, oblidant que cuidar també és una missió essencial de la professió.

- Malalties cròniques:

L'augment de l'esperança de vida en els països desenvolupats ha propiciat el predomini de les malalties cròniques. Aquestes malalties es caracteritzen perquè necessiten canvis importants en els hàbits de vida, tractaments farmacològics de per vida i poques o cap esperança de curació definitiva. Tot això sota l'amenaça permanent de complicacions a curt o a llarg termini. La dificultat per acceptar un panorama com aquest pot moure als pacients a buscar solucions alternatives.

- Malalts somatitzadors:

Sovint aquests pacients reben un tracte inadequat per part dels metges convencionals. Molts dels metges actuals no poden evitar veure amb disgust un pacient que no s'ajusta a cap quadre clínic conegut i pel qual no disposa de cap protocol concret de tractament científic. Els malalts poden captar aquest disgust i a més la manca de solució als seus problemes.

- Malalties terminals:

Tot i que hi ha un creixent interès per aprendre a donar males notícies i perfeccionar la comunicació metge-pacient, no sempre es fa de la manera més adequada. D'altra banda la realitat d'un diagnòstic i un pronòstic negatius pot també contribuir que molts malalts busquin atenció i solució en un altre indret.

- Agressivitat de la medicina actual:

Els mètodes diagnòstics són cada vegada més agressius, molestos, dolorosos i a vegades no exempts de riscos. Els mateixos diagnòstics fan por, i no només els diagnòstics, que al cap i a la fi t'enfronten a una realitat inevitable, sinó que el que en podríem dir els prediagnòstics, les lesions precanceroses, les atípies, les imatges dubtoses que necessiten confirmacions posteriors i encara pitjor els falsos positius que duen a intervencions innecessàries. És agressiva fins i tot la prevenció. Un

dels cribratges més admesos pel seu cost-efectivitat, el de càncer de mama mitjançant mastografia i exploració mamària, produeix després de deu anys de seguiment un terç de falsos positius (ELMORE *et al.*, 1998). Els tractaments farmacològics tenen efectes secundaris, les intervencions quirúrgiques riscos i a vegades seqüeles duradores o permanents. Es calcula que als Estats Units el 10% de les hospitalitzacions són degudes a factors iatrogènics, i aquests suposen la sisena causa de mort en els països occidentals. Un assessor de salut que no faci diagnòstics, que no li calguin exploracions complicades per entendre què passa als seus pacients i que no utilitzi tractaments agressius sinó teràpies "suaus" i canvis en l'estil de vida, pot ser una alternativa atractiva per a molts malalts espantats (GORDON, 1997; CHUNG, 1997).

- Excés de cientisme:

El moviment de la Medicina Basada en l'Evidència proposa d'adaptar la millor evidència científica disponible a la pràctica clínica, i d'integrar ciència i "ofici" del metge. Sackett (SACKETT *et al.*, 1997) afirma que "els bons metges utilitzen a la vegada la mestria clínica individual i la millor evidència externa o aliena disponible, cap es basa per si sola". Aquesta mestria inclou manegar bé la relació. A vegades aquest últim matis pot oblidar-se i es pot caure en l'aplicació freda dels protocols, en la tecnificació excessiva i oblidar la importància de la part humana de l'acte mèdic. Per aquest motiu es reclama la medicina basada en l'afectivitat com a contraposició als excessos de l'evidència (JOVELL, 1999). Els terapeutes alternatius tenen dificultat a superar les dures proves de l'evidència de les revisions Cochrane per exemple, però segurament sortirien millor parats en una anàlisi de la seva "afectivitat".

- Relació metge-malalt:

Balint va escriure el 1957 (BALINT, 1957) que la droga més freqüentment utilitzada a les consultes de medicina general, era en gran part el propi metge, és a dir, que no només interessava el medicament, sinó la manera en què el metge l'oferia als seus pacients, en definitiva l'atmosfera en la qual el fàrmac era administrat. Un model de comunicació centrat en el pacient en lloc de la malaltia pot millorar el control de la hipertensió, les xifres de glucèmia en diabètics, la percepció de benestar per part dels pacients i la tolerància a la quimioteràpia dels pacients oncològics segons diversos estudis. (PRADOS *et al.*, 2000) En canvi, en un marc de visites de cinc minuts teòrics en l'atenció primària, resulta molt difícil apreciar aspectes biopsicosocials, i encara més manejar correctament la relació metge-pacient. Els mateixos autors que lideren l'estudi de la comunicació metge-pacient en el nostre país com Francesc Borrell, reclamen més temps per visita. (BORRELL, 1999) Els terapeutes alternatius o complementaris fan visites llargues d'una hora o més, fins i tot els qui treballen en el sistema de salut anglès tenen almenys quinze minuts per pacient. S'ha demostrat com augmenta la satisfacció del pacient a l'incrementar-se el temps per visita, i com decreix significativament en visites de menys de cinc minuts.

b) característiques pròpies de les teràpies complementàries

- Efecte placebo.

L'efecte placebo contribueix a l'èxit de totes les teràpies convencionals o alternatives, i sovint és l'única causa de curació de moltes dolences. L'absència de validació científica de les teràpies complementàries ha propiciat que alguns autors denominin les medicines alternatives com les tècniques de placebo (STRABANEK &

McCORMICK, 1992). L'efecte placebo és la capacitat terapèutica que té l'acte mèdic en si mateix. La fe del metge en el tractament i del pacient en el metge exerceixen un reforç mutu, el resultat del qual és l'aparició d'un poderós remei que millora gairebé sempre el malalt i que, a vegades fins i tot el cura. Tenir en compte les preferències del pacient en el moment de prescriure un tractament influeix decisivament en el seu èxit. Les explicacions de les terapèutiques alternatives poden resultar molt més fàcils d'assimilar per a molts pacients que les raons fisiopatològiques o els balanços cost-benefici o risc-benefici que els metges fan constantment. Unes herbes depuratives que eliminen les toxines de la sang, unes boletes que estimulen la *força vital* de l'organisme per autocurar-se, una manipulació que contribueixi al correcte alineament de les vèrtebres o la correcció dels trastorns dels fluxos de l'energia Qi amb les agulles de l'acupuntura poden resultar explicacions més atractives i a més amb un component *màgic*. Aquest aspecte màgic de les teràpies complementàries també pot afegir-se a l'haver d'aquestes teràpies. Els éssers humans en ocasions preferim el màgic al racional. El pensament logicoracional és l'adoptat pel món occidental per a comprendre i afrontar la realitat. En canvi aquesta manera de pensar és una adquisició cultural tardana i conviu amb altres maneres de pensar i raonar amb què s'alterna i simultanieja segons l'estat afectiu de l'individu. En l'ésser humà coexisteixen amb el pensament racional, els instints genèticament determinats i heretats al llarg de l'evolució de l'espècie i el pensament màgic (OLMEDA, 1998). Aquest pensament màgic té arrels més antigues que es remunten a les cultures més primitives. Quan es produeix un fet en què l'ésser humà veu amenaçada la seva supervivència s'hi desperten emocions intensíssimes que no es poden controlar ni comprendre instal·lats en el món racional. La necessitat d'entendre, controlar la realitat en moments de gran angoixa fa que s'activi el nostre pensament més arcaic i primitiu. Sorgeix amb intensitat el pensament màgic. L'activació d'aquest pensament en moments d'angoixa explicaria que persones d'elevat nivell social i cultural, amb professions en què predomina el pensament racional, fins i tot metges reconeguts, recorrin a les medicines alternatives, i no sols a les que tenen un "aire" més científic sinó també a curanderos, o sanadors per imposició de les mans o pel poder de la ment.

- Visió global del pacient.

Totes les modalitats de teràpia complementària, incloent-hi les que podrien semblar més mecàniques com l'acupuntura o la quiropràxia, tenen una visió global, holística dels pacients. En les primeres visites fan llargues entrevistes centrades en el pacient. S'interessen per aspectes psíquics, socials i personals. Intenten influir en els seus hàbits de vida i es fan càrrec de la seva salut física i psíquica. Tot això influeix decisivament en la satisfacció dels usuaris d'aquestes teràpies i potencia l'efecte placebo.

- Seguretat.

En contraposició a l'agressivitat de la medicina actual, les teràpies complementàries tenen fama de segures i en general ho són. L'homeopatia no produeix efectes adversos severs (VICKERS & ZOLLMAN, 1999d) excepte l'empitjorament de la malaltia amb els remeis homeopàtics que és interpretat pels homeòpates com una indicació segura que el remei ha estat escollit correctament i ajustat (VICKERS & ZOLLMAN, 1999c). L'acupuntura, si es tracta amb les mesures d'higiene adequades tampoc no té riscos severos. Un estudi prospectiu de més de 55.000 tractaments va identificar

només 63 efectes adversos que majoritàriament eren lleus. L'efecte advers més important de la quiropràxia i l'osteopatia són les lesions medul·lars cervicals per moviments ràpids de la columna cervical. La prevalença d'aquestes lesions varia molt de 1/20 000 a 1/1 000 000 de tractaments practicats. Altres efectes adversos més lleus com cefalea lleu són freqüents però es resolten en menys de 24 hores (VICKERS & ZOLLMAN, 1999e). La menys segura de les teràpies complementàries és la medicina herbal. Els riscos de les plantes medicinals han estat objecte de diverses publicacions (BARINS, 1999; MADRIDEJOS & AMADO, 1997).

A més de segures les medicines alternatives són vistes com a naturals. Aquesta connotació natural les fa semblar com més ecològiques mentre que la medicina convencional queda en una posició més lligada a la indústria farmacèutica, més industrial. Encara que ja hem assenyalat que no existeix una visió del món o una filosofia de la vida homogènia entre els usuaris de les teràpies complementàries, s'ha d'acceptar que aquesta imatge ecològica és atractiva per a molts pacients, que tenen la percepció que els medicaments són molt "forts" i presos durant molt temps poden ser perillosos.

CAL UNA REGULACIÓ DE LES MEDICINES ALTERNATIVES

Tradicionalment la medicina acadèmica ha mirat críticament o amb incredulitat les medicines alternatives per la seva manca de base científica, i fins i tot s'han expressat posicions clarament contràries, reclamant que només els remeis rigorosament investigats, l'eficàcia i la seguretat dels quals està demostrada, siguin autoritzats (ANGELL & KASSISER, 1998). Malgrat aquestes opinions desfavorables, una proporció important de la població busca a tots els països avançats, en les medicines alternatives la solució als seus problemes de salut, sovint al mateix temps que rep l'atenció de la medicina oficial. (KAPTCHUK & EISENBERG, 1998b)

Una visió realista de la situació fa recomanable l'establiment de criteris i normes que regulin les pràctiques alternatives, fixin uns codis de bona praxi i facilitin la comunicació entre els metges que només practiquen la medicina acadèmica i els qui utilitzen les pràctiques no convencionals.

La regulació de les pràctiques alternatives no s'ha d'entendre com un reconeixement de la seva eficàcia, ni de la seva equiparació a la medicina científica, sinó simplement com una ordenació dels professionals que les apliquen, amb la finalitat de minimitzar el seu caràcter alternatiu i potenciar el de la complementarietat.

La regulació d'aquestes pràctiques per l'Administració sanitària pot ser convenient per les següents raons:

- 1.- Donaria seguretat als ciutadans que volen utilitzar-les ja que tindrien garanties que consulten una persona acreditada per atendre'ls, protegint-los d'embaucadors, xarlatans o sectaris.
- 2.- Permetria actuacions sancionadores en cas de pràctiques fraudulentas i de les que fossin èticament reproables.
- 3.- Evitaria considerar aquestes teràpies com alternatives de la medicina oficial, i obligar-les a estar en una situació de marginalitat.
- 4.- Facilitaria el reconeixement de possibles efectes adversos causats pels tractaments alternatius, aplicant la mateixa metodologia que es requereix per a les terapèutiques farmacològiques validades.

Abans d'obrir-se un procés per a la regulació de les pràctiques alternatives per part de l'Administració sanitària caldria una presa de posició definida sobre els següents punts:

- a) S'han de regular totes les pràctiques alternatives o només aquelles que apliquen metges (homeopatia, acupuntura, i medicina natural)?
- b) Aquestes últimes han de ser aplicades exclusivament per metges o també ho poden ser per persones amb altres titulacions (p.e. infermeres, graduats en centres reconeguts oficialment) a qui els metges envien malalts (p.e. acupuntors, quiropràctics) per determinades indicacions?
- c) Com s'exerciria el control de les pràctiques no convencionals per assegurar que només s'apliquen quan no es disposa d'un tractament eficaç validat, després d'haver realitzat un correcte procés diagnòstic?

Probablement les dificultats conceptuals i d'aplicació pràctica per arribar a acords en aquests punts entre els qui exerceixen les medicines complementàries i la medicina oficial han impedit que a la majoria de països del món desenvolupat s'hagin regulat aquestes pràctiques. D'altra banda, el notable volum de negoci que es mou al voltant de les medicines alternatives, especialment en la producció, distribució, i venda de productes presumptament terapèutics, pot dificultar encara més qualsevol regulació pel temor que impliqui l'aplicació de mesures restrictives.

Una altra qüestió a resoldre és quina ha de ser la ubicació professional dels metges que utilitzen aquestes pràctiques. Com hauriem de considerar els homeòpates, els acupuntors o els metges naturistes? Com a metges generalistes que tracten amb els mètodes propis d'aquestes visions de la medicina aquells casos que no responen amb els tractaments convencionals? O com a terapeutes a qui els metges convencionals envien els malalts que no poden tractar amb èxit amb els procediments propis de la medicina científica, perquè els hi apliquin els seus remeis?

És evident que segons aquesta darrera interpretació es podria preveure que els terapeutes complementaris sol·licitessin la seva incorporació a la Seguretat Social i a les entitats d'assegurança lliure, un cop estiguessin regulades per l'Administració aquestes pràctiques. Aquesta opció no tindria cabuda si es considerés que els terapeutes complementaris són metges que utilitzen mesures terapèutiques validades científicament en algunes ocasions i mesures sense base científica en altres en funció de les circumstàncies de cada cas, ja que s'hauria d'interpretar en aquest supòsit que els qui practiquen les teràpies complementàries ja poden estar dins del sistema sanitari públic en virtut de la seva activitat simultània en el marc de la medicina oficial.

Una via possible d'aproximació a la regulació de les teràpies complementàries podria ser la constitució per mitjà d'un decret del Departament de Sanitat de la Generalitat de Catalunya d'un Consell Regulador de les Teràpies Complementàries de Catalunya amb les següents funcions:

- 1.- Determinar el nivell de coneixements exigibles als metges que les apliquen per cada una de les pràctiques alternatives que s'autoritze.
- 2.- Fixar els límits i contraindicacions de les seves aplicacions.
- 3.- Acreditar les activitats formatives en aquestes matèries a nivell de postgrau i establir les possibles vies d'accedir a aquesta formació.
- 4.- Atorgar un reconeixement específic als metges que acreditin la seva capacitat i en cada una de les teràpies reconegudes.

- 5.- Establir sistemes de control sobre els productes de venda al públic utilitzats en aquestes pràctiques.

El Consell hauria d'estar compost per representants de les seccions col·legials d'aquestes àrees, de les societats científiques, de les facultats de medicina, del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya i del Servei Català de la Salut.

ELS ASPECTES ÈTICS

Els col·legis de metges són els responsables de vetllar per una pràctica mèdica de qualitat, i per tant estan responsabilitzats de garantir que els ciutadans no corren el risc de rebre una assistència deficient des del punt de vista dels coneixements mèdics del moment.

En aquest sentit han de recordar a tots els seus membres, independentment del tipus d'activitat professional que exerceixen, que no poden substituir cap tractament necessari per un tractament no convencional, limitant l'ús de procediments no validats científicament a aquelles circumstàncies en les quals no hi ha tractament eficaç o quan es pretén actuar complementàriament a un tractament validat (art. 44 del Codi de Deontologia del Consell de Col·legis de Metges de Catalunya).

Els metges que utilitzin tractaments no validats no poden garantir la seva innocuïtat com un argument per afavorir-ne el seu ús, ni poden assegurar-ne l'eficàcia davant els seus pacients.

Les relacions dels metges que utilitzen les terapèutiques complementàries amb les indústries que fabriquen els remeis hauran de mantenir uns principis ètics d'independència de la mateixa manera que estan obligats a fer-ho la resta de metges en les seves relacions amb la indústria farmacèutica.

Els metges que apliquen tractaments no validats hauran de ser particularment curosos si han de tractar nens o persones adultes que per causa de la malaltia no poden decidir per ells mateixos, excepte en el cas que la seva actuació es faci conjuntament amb un especialista que col·labora en l'atenció del malalt.

En el cas que un malalt sol·liciti informació del seu metge sobre les capacitats de les terapèutiques no validades, convé donar una informació prudent i clara, sense desqualificacions globals, i en el cas que el malalt decideixi ser atès per terapeutes alternatius l'actitud del metge convencional ha de ser respectuosa amb les decisions del pacient.

Els col·legis de metges haurien d'assumir la responsabilitat d'informar els ciutadans sobre la inutilitat de molts productes que, sense cap mena de control, es venen per la seva pretesa eficàcia sobre diverses dolences.

DOCÈNCIA DE LES PRÀCTIQUES COMPLEMENTÀRIES (ALTERNATIVES)

PREGRAU.

Durant el període de pregrau no hi hauria de tenir cabuda l'ensenyament d'aquestes pràctiques que no disposen d'una base científica, però sí que podria introduir-s'hi informació sobre les pràctiques alternatives, particularment de les seves característiques fonamentals, i les teories sobre les quals es basen precisant les circumstàncies en què es poden utilitzar (absència de tractaments reconeguts) i consegüentment la necessitat d'arribar a un diagnòstic

precís dels problemes del pacient abans de poder decidir la seva eventual utilització. Caldrà preveure la dificultat per seleccionar el professional adient per a aquesta funció informativa, evitant tant les actituds hipercrítics com les adhesions entusiastes cap aquestes pràctiques complementàries.

POSTGRAU.

La docència de postgrau d'aquestes matèries haurà d'estudiar-se amb molta atenció i regular-se adequadament per evitar que les activitats formatives donin, pel simple fet de programar-se, una falsa validació científica a les pràctiques alternatives.

En aquest sentit hauria de sotmetre's a debat si la formació de postgrau d'aquestes pràctiques s'ha de fer en la pròpia universitat o en altres institucions, tot i que sembla contradictori que pràctiques no científiques s'estudiïn en el marc de la universitat.

S'hauria d'evitar l'ús de la terminologia utilitzada en les activitats educacionals de postgrau de la medicina científica (p.e. especialitat, màster) en els programes formatius de les terapèutiques complementàries per diferenciar clarament les pràctiques validades científicament de les que no ho estan.

En aquest sentit les universitats haurien de ser molt curoses a l'hora de donar el seu patrocini a activitats formatives en les pràctiques alternatives, abans d'una regulació oficial. En el cas de fer-ho, l'aprovació del departament universitari, i no simplement d'alguna dependència administrativa, seria del tot necessària per evitar crear situacions d'ambigüitat i confusió.

Els continguts docents en les teràpies complementàries haurien d'estar clarament definits, per garantir que no s'utilitzaran en substitució de tractaments amb eficàcia reconeguda.

L'autorització per impartir docència a les institucions o centres que la sol·licitessin s'hauria de basar en l'adequació dels continguts docents i en la qualificació del cos professional. Aquesta autorització hauria de provenir de les autoritats acadèmiques prèvia consulta a les autoritats sanitàries.

UNA REFLEXIÓ SOBRE L'ANTROPOLOGIA EN LA PRÀCTICA MÈDICA

La medicina oficial ha de fer front a l'anomenada *paradoxa de l'assistència mèdica actual*. Precisament en el moment en què ha aconseguit augmentar extraordinàriament el seu potencial curatiu i que s'ha allargat molt l'esperança de vida de la població, provoca una progressiva insatisfacció, en part relacionada amb el parer del metge i la qualitat de la relació metge-malalt. L'esclat de les medicines alternatives i la seva demanda actual no és més que un exemple, d'aquesta situació paradoxal. Tots els estudis semblen confirmar que la conceptualització dels problemes, el diagnòstic precís dels motius culturals i socials que han portat a aquesta situació, i probablement també la proposta de possibles solucions en forma de canvis en les actituds i de formació específica dels professionals sanitaris, no pot fer-se amb les eines tradicionals d'anàlisi, sinó que ha de fer-se des d'una altra perspectiva i amb una altra metodologia. Segons la nostra opinió, només els estudis antropològics i sociològics, alliberats del biaix medicocèntric de la medicina actual, són capaços d'aportar instruments nous, vàlids i aplicables en la solució dels problemes detectats en la pràctica mèdica quotidiana. En aquesta línia, i dins del camp d'estudi de les medicines alternatives, creiem que la distinció entre les diferents conceptualitzacions de la malaltia pot ser un exemple enriquidor de com l'antropologia aplicada a la salut i la medicina pot ajudar-nos a aconseguir aquests objectius.

L'antropologia de la medicina utilitza la distinció conceptual, introduïda per Horacio Fàbrega als anys 70, entre malaltia objectivada (*disease*) i malaltia sentida (*illness*) (FÀBREGA, 1974, p. 119 i ss.). *Disease* seria la malaltia que la medicina científica atribueix al mal funcionament d'algun òrgan o sistema del cos humà, és a dir, la malaltia que els metges moderns diagnostiquen i tracten, mentre que *illness* representaria les reaccions personals, familiars, culturals i socials a la malaltia, és a dir, l'experiència humana d'emmalaltir (MARETZKI, 1987). Malaltia objectivada i malaltia sentida no guarden una relació unívoca. Una mateixa malaltia orgànica pot generar graus molt diferents de resposta al dolor o de malestar, i a la inversa, moltes sensacions de malaltia (*illness*) poden ocórrer en absència d'un diagnòstic objectiu (*disease*), com es veu en les malalties psicosomàtiques i, amb tanta freqüència, en la pràctica mèdica habitual. Molts malalts tenen una idea de la seva malaltia, les seves causes i el seu possible tractament molt diferent de la dels seus metges, formats en el model biomèdic de tradició positivista (GILLICK, 1985). A aquest conjunt d'idees sobre la malaltia i el que l'envolta, que sovint el metge no valora o no sap interpretar perquè s'allunya de la racionalitat mèdica, Arthur Kleinman els anomena **models explicatius** (*Explanatory models*) (KLEINMAN, 1980).

Un model explicatiu és un conjunt interconnectat d'idees, principis i valors culturalment condicionats que ajuden a donar sentit a la malaltia. Sovint és molt diferent el del malalt del del metge, els quals difereixen tant en capacitat analítica com en la impossibilitat de traducció sense un aprenentatge previ. Els estudis antropològics han demostrat que la malaltia sentida ve condicionada per com nosaltres la percebem, experimentem i afrontem, i això està basat en les nostres explicacions sobre el fet d'emmalaltir, explicacions que són alhora transmeses i apreses segons complicats mecanismes i nexes familiars, socials i culturals. (KLEINMAN, 1978) La forma com el malalt reconeix el que li passa, ho atribueix i ho comunica, i també com i a qui demana ajut per posar-hi remei, fins i tot una certa idea prèvia d'aquest remei, tot està afectat per creences culturals (FISHER & WARD, 1994). De la mateixa manera, el model biomèdic, és a dir, la manera com la medicina científica estudia, explica i actua sobre la malaltia, s'ha de considerar també una perspectiva culturalment específica, o sigui, un altre **model explicatiu**, (FRIEDSON, 1978; p. 247 i s.) en definitiva el nostre model explicatiu (ZOLLMAN & VICKERS, 1999f). Això justifica la bidireccionalitat necessària de la comunicació metge-malalt i la manca d'entesa quan no s'aprecia des d'aquesta perspectiva.

L'antropologia de la medicina ha demostrat també que molts tractaments populars i teràpies alternatives actuen sobre la malaltia sentida (*illness*) (KLEINMAN, 1974), mentre que la medicina científica ha anat apartant progressivament aquesta malaltia sentida com a objecte d'interès clínic per focalitzar-se exclusivament en la identificació i eliminació de la malaltia objectivada (*disease*). Aquesta manca d'atenció sistemàtica per l'*illness* és responsable de la insatisfacció actual del pacient, de la manca d'un bon compliment terapèutic i, fins i tot, de bona part de la ineficàcia terapèutica esmentada més amunt, però també de l'augment de les demandes judicials i del recurs a les medicines alternatives que estem analitzant.

Si les relacions metge-malalt són transaccions entre models explicatius, i aquests sovint són discrepants, és evident que es fa necessari d'una banda la comprensió i adequada valoració d'aquests models i, de l'altra banda, la recerca en cada cas d'una sortida negociada, d'una via de consens que respecti el model explicatiu del malalt i no distorsioni el del metge, i això sols pot fer-se des de dins de la pròpia relació assistencial. La pràctica mèdica CONVENCIONAL ha de dedicar-se tant a la malaltia sentida com a la malaltia objectivada, no pot ser que seguim dedicant-nos sols a aquesta segona (CHRISMAN & JOHNSON, 1990, p. 93). I tampoc pot ser que uns terapeutes s'ocupin d'una i uns altres, els alternatius, de l'altra. El metge ha

d'intentar interpretar el model explicatiu del malalt. Els terapeutes alternatius que no són metges són capaços de tractar molt bé *l'illness*, però no reconeixen sistemàticament ni saben tractar la *disease* mentre que el metge és l'únic que té a l'abast la possibilitat de satisfer el malalt en ambdós nivells, l'únic potencialment capaç, amb un entrenament adequat, de tractar tant la *disease* com *l'illness*. Però mentre no ho faci i no sigui format per a fer-ho, la gent seguirà prenent recurs a les medicines alternatives i seguirà criticant la medicina científica com a deshumanitzada, reduccionista, allunyada del malalt i, des del punt de vista pràctic, també relativament ineficaç.

Pot semblar difícil a hores d'ara començar aquest aprenentatge, però creiem que l'experiència ens anirà demostrant que és possible fer-ho sense gaire dificultat, perquè es tracta senzillament de preguntar al malalt, d'aprendre a escoltar-lo i de desenvolupar habilitats hermenèutiques i comunicatives, i sobretot, de canviar la nostra disposició i la nostra mentalitat. Això no vol dir que sempre hàgim de ser capaços de modificar les idees, sovint errònies, dels nostres malalts, especialment quan aquestes s'inclouen dins d'un sistema de creences que va molt més enllà de la pròpia malaltia, ni que hàgim d'educar-los en la nostra manera científica de pensar, massa complexa per fer-ho en l'escàs temps de la visita. Es tracta que puguem tenir aquella disposició a escoltar el malalt, que ens acostumem a considerar per igual la malaltia sentida com ja ho fem amb la malaltia objectivada i que aconseguim millorar així la comunicació, l'afectivitat i, en definitiva, la mútua satisfacció. Tot plegat no és altra cosa que complir amb allò que etimològicament significa assistència, que ve de *ad-sistere*, asseure's al costat del malalt.

CONSIDERACIONS FINALS

1. Les medicines alternatives o terapèutiques complementàries tenen, malgrat l'absència de validació científica, una llarga tradició, i són utilitzades regularment de forma ocasional per un elevat nombre de població. El seu atractiu per als seus usuaris té unes causes molt diverses, però en part pot ser el reflex d'un descontentament amb la medicina oficial quan no pot donar solucions als problemes de la gent o d'un descontentament cap a l'atenció poc personalitzada que a vegades reben els pacients en el sistema sanitari públic.
2. Les terapèutiques complementàries no poden ser l'alternativa als tractaments d'eficàcia demostrada científicament, i els metges que les apliquen han d'estar formats per utilitzar-les només en aquells problemes de salut sense tractament probadament eficaç.
3. La decisió d'aplicar alguna terapèutica complementària hauria de ser una competència exclusiva dels metges, perquè sempre exigeix un diagnòstic previ de la patologia del pacient, acte pel qual només els metges estan capacitats.
4. Els beneficis que s'aconsegueixen amb les terapèutiques complementàries poden ser deguts a un efecte placebo o a mecanismes orgànics o farmacològics desconeguts. Calen estudis aplicant el mètode científic per caracteritzar-los.
5. La regulació de les terapèutiques complementàries no ha de considerar-se com un reconeixement científic sinó com un procediment d'ordenació i control ètic i de la bona praxi professional de la seva utilització.

6. La universitat no és l'àmbit més adequat per a l'ensenyament de les pràctiques mèdiques sense base científica. S'haurien de determinar els criteris de funcionament i els mecanismes de control dels centres docents d'aquestes pràctiques.
7. Les terapèutiques complementàries no s'han de considerar especialitats mèdiques autònomes, sinó instruments que tot metge pot usar, si en disposa d'un coneixement suficient, per atendre millor els seus pacients.
8. Els metges que no exerceixen aquestes pràctiques han de respectar les decisions dels seus malalts de ser atesos per metges que sí que les apliquen, sense desqualificar aquestes pràctiques ni els que les utilitzen, especialment en aquelles circumstàncies en què ells no poden oferir solucions als seus problemes.
9. El creixement progressiu de la utilització de les medicines alternatives en la societat occidental ha de fer reflexionar els metges individuals i les corporacions mèdiques sobre les causes d'aquest fenomen, i en la necessitat de recuperar per a la seva pràctica professional els elements atractius d'aquestes pràctiques no científiques, el tracte personalitzat i afectuós, el temps de visita i la visió del pacient com un tot i no com una persona amb un òrgan malalt.

BIBLIOGRAFIA

- ANGELL, M.; J. P. KASSIRER (1998) «Alternative Medicine. The risks of untested and unregulated remedies». *N. Engl. J. Med.*, 339: 839-841.
- ASTIN, J. A. (1998) "Why Patients use Alternative Medicine: results of a national study". *JAMA*, 279: 1548-1553.
- BALINT, M. (1957) *The doctor, his patient and the illness*. Londres: Tavistock Publications.
- BARINS, M. (1999) "Los peligros de las plantas medicinales." *Postgrad. Med.*, 1: 35-40.
- BORRELL CARRIÓ, F. (1999) "La batalla de las agendas". *JANO*, 57: 40
- BOUCHAYER, F. (1991) "Alternative medicines: a general approach to the French situation". In: LEWTH, G. & D. ALDRIDGE (eds.) *Complementary Medicine and the European Community*, p. 45. Safron Walden: C. W. Daniel.
- BRITISH MEDICAL ASSOCIATION (1993) "Complementary Medicine : New Approaches to Good Practice". Oxford: *Oxford University Press*.
- BUIATTI, F. et al. (1999) "Results from a Historical Survey of the Survival of Cancer Patients Given Di Bella Multitherapy". *Cancer*, 86 : 2144-2149
- CHRISMAN, N. J.; T. M. JOHNSON (1990) "Clinically Applied Anthropology". In: JOHNSON, T. M. & C. F. SARGENT (eds.) *Medical Anthropology. Contemporary Theory and Method*. New York: Praeger.
- CHUNG, M. K. (1997) "¿Por qué de la medicina alternativa?" *American Family Physician (ed. esp.)*, 4:117-118.
- DAVENAS, E. (1988) "Human basophile degranulation triggered by very dilute antiserum against IGE". *Nature*, 333: 816-818.
- EISENBERG, D. M.; R. C. KESSLER; C. FUSTER et al. (1993) "Unconventional Medicine in the United States. Prevalence, Costs and Patterns of Use". *N. Engl. J. Med.*, 328: 246-252.

- EISENBERG, D. M. *et al.* (1998) "Trends in Alternative Medicine Use in the United States, 1990-1997. Results of a follow-up National Survey". *JAMA*, 280: 1569-1575.
- ELMORE J. G.; M. B. BARTON; V. M. MOCERI; S. POLK; P. J. ARENA; S. W. FLETCHER (1998) «Ten years risk of false positive screening mammograms and clinical examinations». *N. Engl. J. Med.*, 338: 1089-1096.
- FÀBREGA, H. (1974) *Disease and Social Behavior*. Cambridge, Mass.: M.I.T. Press.
- FISHER, P.; A. WARD (1994) "Complementary Medicine in Europe". *BMJ*, 309: 107-110.
- FRIEDSON, E. (1978) *La profesión médica*. Barcelona, Península (versió castellana de: *Profession of Medicine*. New York: Harper and Row, 1970)
- FUGH-BERMAN, A. (2000) «Herb-drug interactions». *Lancet*, 355: 134-138.
- FULDER, S.; R. MUNRO (1985) "Complementary Medicine in the UK: patients, practitioners and consultations". *Lancet*, *** : 542-545.
- GILLICK, M. R. (1985) "Common-Sense Models of Health and Disease". *N. Engl. J. Med.*, 313: 700-703.
- GORDON, J. S. (1997) "Medicina alternativa y Médico de Familia". *American Family Physician* (ed. esp.), 4: 119-130.
- HAMLIN, E. (1981) *Fundamentos de la Homeopatía en el Organon de Hahnemann*. Buenos Aires: Editorial Albatros.
- JEPSON, R. G.; J. KLEIJNEN; G. C. LENG (1997) *Garlic for peripheral arterial occlusive disease*. (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Jan. Oxford: Update Software.
- JOVELL, A. J. (1999) «Medicina basada en la afectividad». *Med. Clin. Ban.*, 113:173-175.
- KAPCHUK, T. J.; D. M. EISENBERG (1998a) "Chiropractic. Origins, controversies and Contributions". *Arch. Intern. Med.*, 158: 2215-2224.
- KAPCHUK, T. J.; D. M. EISENBERG (1998b) "The Persuasive Appeal of Alternative Medicine". *Ann. Intern. Med.*, 129: 1061-1065.
- KLEINMAN, A. (1974) "The cognitive structure of traditional medical systems". *Ethnomedicine*, 3: 27-49.
- KLEINMAN, A. (1978) "Culture, Illness and Care. Clinical Lessons from Anthropologic and Cross-Cultural Research". *Ann. Intern. Med.*, 88: 251-258.
- KLEINMAN, A. (1980) *Patients and Healers in the context of Culture*. Berkeley: University of California Press.
- LINDE, K.; N. CLAUSIUS; G. RAMIREZ; D. MELCHART; F. EITEL; L. V. HEDGES; W. B. JONAS (1997) "Are the clinical effects of homeopathy placebo effects? A meta-analysis of placebo-controlled trials". *Lancet*, 350: 834-843.
- LINDE, K.; K. A. JOBST (1998) *Homeopathy for chronic asma* (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software.
- LINDE, K.; C. D. MULROW (1999) *St John's wort for depression* (Cochrane review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford: Update Software.
- MACLENNAN, A. H.; D. H. WILSON; A. W. TAYLOR (1996) "Prevalence and cost of alternative medicine in Australia". *Lancet*, 347: 549-573.
- MADDOX, J.; J. RANDI; W. W. STEWARD (1988) «High-dilution experiments, a delusion». *Nature*, 334: 287-290.
- MADRIDEJOS, R.; E. AMADO (1997) "Productos naturales: una revisión actualizada de las plantas medicinales". *FMC*, 4: 505-524.
- MARETZKI, T. (1987) "The Kur in West Germany as an interface between naturopathic and allopathic ideologies". *Social Science and Medicine*, 24: 1061-1068.

- NIH (1993) *Alternative Medicine. Expanding Medical Horizons*. Washington, DC: Government Printing Office.
- NIH (1998) «Consensus Conference Acupuncture». *JAMA*, 280: 1518-1524.
- OLMEDA, M. S. (1998) *El duelo y el pensamiento mágico*. Madrid: Ed. Master Line, S.L.
- PRADOS CASTILLEJO, J. A.; J. CEBRIÀ ANDREU; J. M. BOSCH FONTCUBERTA (2000) "Comunicación centrada en el paciente: una aplicación a la clínica". *FMC*, 7:83-88.
- RASMUSSEN, N.; J. MORGALL (1991) "The use of alternative treatments in the Danish population." In: LEWITH, G. & D. ALDRIDGE (eds.) *Complementary Medicine and the European Community*, p. 83. Safron Walden: C. W. Daniel.
- RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ BRETANO, J. R. (1998) «¿Cómo hacer medicina naturista en un centro de salud?». *Aten. Primaria*, 22, 187-197.
- SACKETT, D. L.; W. S. RICHARDSON; W. ROSENBERG; R. B. HAYNES (1997) *Medicina basada en la evidencia. Cómo ejercer y enseñar la medicina basada en la evidencia*. Madrid: Momento Médico Iberoamericana, S. L.
- SEGEN, J. C. (1998) *Dictionary of Alternative Medicine*. Stamford, Connecticut: Appleton & Lange.
- SERMEUS, G. (1991) "Alternative health care in Belgium: an explanation of various social aspects." In: LEWITH, G. & D. ALDRIDGE (eds.) *Complementary Medicine and the European Community*, p. 61. Safron Walden: C. W. Daniel.
- STRABANEK, *.* & *.* MCCORMICK (1992) *Sofismas y Desatinos en Medicina*. Barcelona: Ediciones Doyma.
- THOMAS, K.; M. FALL; G. PERRY; J. NICHOLL (1995) *National survey as access to Complementary health care via general practice: report to Department of Health*. Sheffield: SCHARR.
- TRAVERSA, G. et al. (1999) "The Unconventional Di Bella Cancer Treatment". *Cancer*, 86: 1903-1911.
- TULDER, M. W.; D. C. CHERKIN; B. BERMAN; L. LAO; B. W. KOES (1999) *Acupuncture for low back pain*. (Cochrane review). In: The Cochrane Library. Issue 3. Oxford: Update Software.
- VASKILAMPI, T. (1991) "The role of alternative medicine : the Finnish experience." In: LEWITH, G. & D. ALDRIDGE (eds.) *Complementary Medicine and the European Community*, p. 101. Safron Walden: C. W. Daniel.
- VICKERS, A.; ZOLLMAN, C. (1999a) "What is Complementary Medicine?", *BMJ*, 319 : 693-696.
- VICKERS, A.; ZOLLMAN, C. (1999b) "ABC of complementary medicine. Herbal medicine". *BMJ*, 319: 1050-1053.
- VICKERS, A.; ZOLLMAN, C. (1999c) "ABC of complementary medicine. Homeopathy". *BMJ*, 319: 115-118.
- VICKERS, A.; ZOLLMAN, C. (1999d) "ABC of complementary medicine. Acupuncture". *BMJ*, 319: 973-978.
- VICKERS, A.; ZOLLMAN, C. (1999e) "ABC of complementary medicine. The manipulative therapies: Osteopathy and chiropractic". *BMJ*, 318: 1176-1179.
- VICKERS, A.; ZOLLMAN, C. (1999f) "Users and practitioners of complementary medicine". *BMJ*, 319: 836-838.
- VISSER, J. (1991) "Alternative Medicine in the Netherlands." In: LEWITH, G. & D. ALDRIDGE (eds.) *Complementary Medicine and the European Community*, p. 113. Safron Walden: C. W. Daniel.
- WHITE, A. R.; H. RAMPES (1997) *Acupuncture for smoking cessation*. (Cochrane review). In: The Cochrane Library Issue 3. Oxford: Update Software.