



UCAM
Universidad Católica
San Antonio

Facultad de Ciencias Sociales, Jurídicas y de la Empresa
Departamento de Antropología Social y Cultural

Tesis

“HACIA UNA MEDICINA INTEGRAL. CONVIVENCIA DE LOS MODELOS DE
SALUD ORIENTAL Y OCCIDENTAL EN ESPAÑA Y JAPÓN.”

Paloma Echevarria Pérez

Murcia, 2007

“Armonizando la medicina oriental y la occidental, estoy seguro de que la producción de un nuevo sistema médico nacerá para cubrir las necesidades existentes”

{Terasawa, 2003:6 }

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN: Definición y justificación del problema de investigación	7
---	---

<p>PRIMERA PARTE: CONTEXTUALIZACIÓN Y MARCO TEÓRICO</p>
--

CAPÍTULO 1: Los sistemas y sectores de atención de salud y la convivencia entre ellos	18
1.1. ¿Qué es un sistema de atención de salud?	19
1.2. Pluralismo asistencial- Modelos de búsqueda de salud- Convivencia de modelos de salud	25
CAPÍTULO 2: Definición y concepto de Terapias Complementarias y Alternativas, medicina oriental y medicina integrada	31
2.1 ¿En qué consisten las terapias complementarias y alternativas?	
Problemática terminológica	33
2.2 ¿Qué es la Medicina oriental?	39
2.3 Un nuevo concepto y una nueva terminología: “la Tercera Medicina” o medicina integrada	65
2.4 ¿Es posible mantener un único modelo de salud en un mundo globalizado? Efectos de la globalización en el sector salud	73
CAPÍTULO 3: Objetivos, hipótesis y metodología	81
3.1 Objetivos e hipótesis de la investigación	82
3.2 Justificación metodológica	86
3.3 Las dificultades en la delimitación del objeto de estudio	88
3.4 Técnicas de investigación	90
3.5 El trabajo de campo	112
3.6 El problema de la lengua	116
3.7 Metodología comparativa	119
3.8 Herramientas informáticas	123

<p>SEGUNDA PARTE: SITUACIÓN DE LA MEDICINA ORIENTAL/TERAPIAS COMPLEMENTARIAS/MEDICINA INTEGRADA EN ESPAÑA</p>
--

CAPÍTULO 4: Mirada histórica y actual del pluralismo asistencial en España	127
4.1 Sistema Nacional de Salud español	128
4.2 Perspectiva histórica del pluralismo asistencial en España	130
4.3 Causas del auge de las TC: crisis del Modelo Médico Hegemónico	132
 CAPÍTULO 5: Los españoles frente al continuum salud/enfermedad	 141
4.4. Perfil del usuario de Terapias Complementarias y Proceso de búsqueda salud.-Patrones de uso	142
4.5 Las relaciones sociales de los usuarios	153
4.5.1 Familia/red social	153
4.5.2 Relación con sanador	155
4.5.3 Respuesta del sanador oficial/Interacción medicina oficial. Percepción de los profesionales de salud ante las Terapias Complementarias	156
 CAPÍTULO 6: Diferentes dimensiones de los sanadores en España	 161
6.1 Dimensiones personales y profesionales	162
6.1.1 Interés por la terapia y enfoque/corriente en la que se enmarcan	162
6.1.2 Algo más sobre la percepción de la eficacia	171
6.1.3 Grado de hibridación en el uso	177
6.1.4 Condiciones laborales	180
6.2 Dimensiones jurídicas/sociales	181
6.2.1. Normativa y regulación.	181
6.2.3. Regulación en otros países	186
6.2.4 Formación. Estudios sobre Medicina oriental/ Terapias complementarias. La universidad como elemento legitimador	188
6.2.5 Cómo se ha desarrollado el Proyecto de Decreto de regulación	

de las medicinas naturales en Cataluña. Análisis del proceso.	207
6.2.6 Asociacionismo. Estructura y papel de las Asociaciones	211
CAPÍTULO 7: Visión sobre la integración de modelos de salud en España. Perspectiva de sanadores y usuarios	217
7.1. Formas de integración y mecanismos de articulación de la medicina oriental/TC en España	217
7.2 Opinión de los usuarios respecto a la integración	232
7.3 Recursos/costo que supone la integración	233
7.4 Conflictos derivados de la integración	243
7.5 Percepción sobre la evolución	252
TERCERA PARTE: SITUACIÓN DE LA MEDICINA ORIENTAL Y MEDICINA INTEGRADA EN JAPÓN	
CAPÍTULO 8: Cuidados de salud en Japón	257
8.1 Historia de los Cuidados de salud en Japón. Etapas	258
8.2 Sistema de atención de salud actual.	269
8.3 Resurgimiento de la Medicina tradicional japonesa (<i>kanpo</i>). Convivencia con la biomedicina.	279
CAPÍTULO 9: El proceso de búsqueda de salud en Japón asociado a los factores culturales	283
9.1 Perfil del usuario de medicina oriental	284
9.2 Factores culturales como determinantes de búsqueda de salud.	287
9.3 Patrones de conducta hacia la salud y la enfermedad en Japón	294
9.4 La relaciones sociales del usuario y la familia con el médico	302
9.5 Percepción de los profesionales de salud ante las Terapias Complementarias	305

CAPÍTULO 10: Diferentes dimensiones de los sanadores en Japón	309
10.1 Dimensiones personales y profesionales	310
10.1.1. Interés por la terapia y enfoque/corriente en la que se enmarcan	310
10.1.2. Condiciones laborales	319
10.2. Dimensiones jurídicas/sociales	321
10.2.1. Regulación de la práctica de la medicina oriental. Formación.	321
10.2.2. Asociacionismo. Estructura y papel de las Asociaciones	328
CAPÍTULO 11: Visión sobre la integración de modelos de salud	330
11.1 Formas de integración	331
11.2 Opinión de los usuarios sobre la integración	335
11.3 Recursos/costo que supone la integración	335
11.4 Conflictos derivados de la integración	337
11.5 Percepción sobre la evolución	339
CUARTA PARTE: PROBLEMÁTICA COMÚN	
CAPÍTULO 12: Los intereses creados	343
12.1 ¿La legitimación pasa por la evidencia científica?	
El problema de la investigación	344
12.2 ¿Cuáles son las fuerzas e intereses sociales y económicos que actúan respecto al fenómeno?	364
CONCLUSIONES	377
1. Análisis comparativo de los sistemas médicos entre España y Japón	378
2. Diversas reflexiones	385
3. Percepción sobre la evolución futura	387
BIBLIOGRAFÍA	394
ÍNDICE DE TABLAS, GRÁFICOS, FIGURAS Y FOTOS	416

ANEXOS	420
1. Revistas, Asociaciones y Páginas web de interés	421
2. Guión entrevistas	428
3. Admisión en la Universidad de Tsukuba (Japón)	
4. Datos y ejemplos del programa informático de investigación cualitativa Maxqda2	437

INTRODUCCIÓN

1.1. Definición y justificación del problema de investigación

La presente investigación pretende estudiar un fenómeno que se está produciendo mundialmente, y que no es otro que el nacimiento de un nuevo concepto de atención a la salud que extraiga lo mejor de los dos paradigmas o modelos de salud más extendidos: el modelo occidental, también denominado biomédico o alopático, y el oriental, que cuenta nada menos que con más de 5.000 años de historia. El título ya define en sí mismo una inexorabilidad o convencimiento de la imposibilidad de vuelta atrás: “*Hacia una medicina integral...*”, afirmación que intentaremos fundamentar a lo largo del trabajo.

El campo en el cual se ha desarrollado la investigación es en el campo de la Antropología de la Salud, focalizándolo en un país europeo y otro asiático, concretamente en España y Japón, pero pretende ser una reflexión global sobre este fenómeno, ya que se repite en muchos países. Uno de los problemas más graves, a mi entender, es la falta de sintonía entre los gobiernos y las poblaciones, ya que los primeros se empeñan en volver la cabeza hacia otro lado y no regular lo que es una realidad: los pacientes acuden frecuentemente a terapias no oficiales.

Dentro de las diferentes terapias denominadas “alternativas” o “complementarias” (posteriormente hablaremos de la problemática terminológica), la Medicina oriental cuenta con un hecho fascinante a mi entender desde el punto de vista de la Antropología, y es la posesión de unos conocimientos de medicina tradicional propios y más antiguos que la Medicina alopática y que comportan una forma propia de entender los procesos de salud/enfermedad/atención. En un mundo occidental que cuestiona en muchos casos la oferta en ocasiones totalitaria de la biomedicina, son muchos los guiños que se le hacen a una medicina oriental de corte más “naturalista”, que busca el equilibrio individual en el organismo como forma de alcanzar la salud.

Por otro lado, en Japón, después de dos importantes momentos históricos como fueron la Restauración Meiji en el siglo. XIX y la 2ª Guerra Mundial en el XX, el conocimiento científico occidental se impuso desde Estados Unidos a lo largo de todo el territorio, pero las características especiales de este pueblo, aislado durante milenios, ha hecho que la aculturación posea unas connotaciones especiales, ensamblando un modelo de asistencia caracterizada por un pluralismo “de hecho”, a pesar de que las leyes no lo

apoyasen.. Otro hecho histórico fundamental para entender el modelo de atención japonés es el análisis del origen de la Medicina japonesa, el cual se encuentra en China, de igual modo que la lengua japonesa tiene su origen en la lengua china. Se hace imprescindible analizar después las particularidades propias de ambas culturas, las cuales, aunque comparten una misma concepción espiritual y filosófica del hombre, poseen diferencias fundamentales en otros órdenes culturales.

¿Por qué digo que la investigación se desarrolla en el campo de la Antropología, y más concretamente de la Antropología de la Medicina? La Antropología de la Medicina se define como la disciplina que se encarga de analizar y ofrecer respuestas a los aspectos socioculturales relacionados con los procesos de salud/enfermedad/atención. Sus orígenes e inicios aparecen relacionados con los estudios antropológicos de magia y religión (Rivers 1924). Aún siendo una disciplina relativamente reciente, ha ido evolucionando y ampliando su campo de estudio a medida que antropólogos, sociólogos, médicos, enfermeras y trabajadores sociales han ido reflexionando sobre un campo a veces de límites difusos.

En sus inicios en los años 60-70 del siglo XX estuvo muy marcada por un planteamiento pragmático y biologicista, de la mano de médicos que transitaron a la Antropología muy influenciados por el modelo biomédico, si bien también se adscribieron muchos autores desde las Ciencias Sociales (Sociología, Historia), y posteriormente desde la Enfermería, la Economía o la Política.

La investigación y la teoría han ido evolucionando con esta vocación interdisciplinar, que también es consecuencia del fenómeno de la globalización. Efectivamente, la globalización marca unas diferencias cualitativas respecto a épocas anteriores, lo cual supone un reto importante, a juicio de autores como Perdiguero y Comelles :

“Nunca el mundo había sido tan aldea global, pero a la vez nunca había estado compuesto de tantas aldeas. La globalización abre un campo en el que el individuo comparte identidades muy diversas y contradictorias, y comprenderlo exige comprender la articulación de lo local con lo general. Esta misma cuestión es la que se le planteó a los hipocráticos, hace veinticinco siglos, al tratar de entender el caso individual en su contexto, o hace cien años a la generación de Malinowsky y Boas, al plantearse la revisión técnica y metodológica de los estudios intensivos de casos y aplicarlo a las sociedades aborígenes.” {Perdiguero, 2000}:23)

Supone, en definitiva, un análisis de la relación entre lo global y lo local. Ulrich Beck acuña un nuevo término para definir esta situación, y es el *glocalismo*, que supone la identificación local dentro de un mundo globalizado; él habla de “diferencia inclusiva”{Beck, 1998}. Asimismo distingue entre los conceptos de *globalidad*, *globalización* y *globalismo*: la globalización subraya el elemento de proceso que tiene lo transnacional como intensificación de los espacios, sucesos, problemas y conflictos transnacionales; el concepto de globalidad representa la afirmación de una realidad: existe una *sociedad mundial*, cuya presencia es irrevisable, multidimensional, policéntrica, contingente y política; por último, de la globalización y la globalidad se desprende el globalismo, la ideología neoliberal del dominio del mercado mundial, que Beck critica.

Esta nueva convergencia la analizaremos más adelante en profundidad, pero lo que parece claro es que no vivimos en un mundo único con un única forma de entenderlo. Como comenta García Canclini "*Estudiar procesos culturales es, entonces, más que afirmar una identidad autosuficiente, conocer formas situarse en medio de la heterogeneidad y entender cómo se producen las hibridaciones, cómo se remodelan una y otra vez en los circuitos con fronteras inestables*"(García Canclini, 1999:21)

Desde este punto de vista no hay que olvidar, sin embargo, el etnocentrismo que todavía subsiste desde occidente o desde la medicina occidental, que cree que no puede existir otra visión. Hasta qué punto está cambiando o de qué forma conviven sistemas distintos es el propósito de esta investigación.

He partido como referente teórico de los estudios comparativos sobre las estructuras cognitivas de los sistemas médicos (especialmente orientales) de Kleinman, uno de los autores que sienta las bases de la Antropología de la Medicina como disciplina. Explicó lo que es un sistema médico y lo que él denominó “modelos explicativos” en su famosa publicación: *Estructuras cognitivas de los sistemas médicos tradicionales: manejo, explicación e interpretación de la experiencia humana de la enfermedad* {Kleinman, 1974}, así como en *Pacientes y sanadores en el contexto de la cultura (Patients and healers in the context of culture)* {Kleinman, 1981}. Según él, un modelo de sistemas médicos se genera por medio de la investigación comparativa en etnografía, epidemiología social, sociología histórica y clínica, tanto en los sistemas tradicionales como modernos de cuidados médicos. La investigación la llevó a cabo en la sociedad

china, en Taiwan, poniendo el énfasis en la importancia de las interacciones, las cuales se producen entre los diferentes sistemas que ocupan el mismo espacio sociocultural. Su argumento es que para entender a los pacientes y a los sanadores debemos estudiarlos en medios culturales particulares y hacer comparaciones transculturales para plantear generalizaciones acerca de esas experiencias humanas fundamentales (Kleinman 1981:8). En cada ciudad (Boston, Bogotá, Berlín) los pacientes difieren de la manera en que ellos piensan, experimentan y responden a sus enfermedades. Se tienen diferentes instituciones, patrones, actividades y conductas individuales relacionadas con la salud y con el cuidado de la salud. Observando cada sociedad, encontraremos personas que podemos identificar como pacientes y como sanadores. Kleinman opina que, a pesar de las diferencias patentes, también encontraremos similitudes universales, no solo en lo que respecta a estos roles sociales especiales, sino también a la manera en cómo la enfermedad es construida y experimentada, y cómo el tratamiento es seleccionado y organizado. Siempre que el contenido específico de las creencias, conductas e instituciones relacionadas con la salud son fuertemente parecidas, sus propiedades estructurales revelan algunas sorprendentes cosas comunes. Esto es debido a que estamos tratando con una parte fundamental del mundo social, que se encuentra a lo largo de todas las comunidades y que por tanto es fundamental para los estudios transculturales.

Pues bien, si Kleinman estudió una variante de la cultura china, Taipei, para ejemplificar a los pacientes y a los sanadores en el contexto cultural, Margaret Lock realizó lo propio en Japón en 1980, reflejado en su libro *East Asian Medicine in urban Japan* {Lock, 1980}. Centra su trabajo sobre las clínicas de medicina china en Japón (*kanpo*) y farmacias de Kyoto, incluyendo también descripciones de acupuntura, moxibustión y masaje y analizando también la práctica de la medicina occidental. Por tanto, su estudio compara en parte ambos sistemas.

El tema del pluralismo médico en Japón también lo comenzó a tratar en la misma década Ohnuki-Tierney en *Illness and Culture in contemporary Japan* {Ohnuki-Tierney, 1984}, un libro que provee detalles sobre las concepciones tradicionales sobre fisiología y polución, el pensamiento mágico en las formas de cura religiosas, y de la conexión entre los patrones de la sociedad sobre la enfermedad. La visión de Ohnuki-Tierney sobre el sistema médico japonés está fuertemente influenciada por la perspectiva de la Antropología simbólica {Leslie, 1992}

En este sentido y como ya hemos comentado más arriba, otro de los propósitos del presente estudio es analizar el modelo de Japón, cuyas características particulares hace que su modelo médico pertenezca al modelo oriental y a la vez al occidental, dado su meteórico ascenso como potencia mundial y sus estrechos lazos con los países occidentales, especialmente con Alemania y Estados Unidos. Me propongo analizar entonces ese mismo grado de convivencia de modelos oriental-occidental en España, así como una comparación entre ambos países. Aunque existen estudios parciales sobre el perfil del usuario o el grado de conocimiento de los médicos occidentales sobre las terapias complementarias, no existe ningún estudio de este tipo y a fondo entre los dos países.

Revisaremos el estado de la cuestión de todo ello e intentaremos llegar a algunas conclusiones tras el trabajo de campo realizado que puedan aportar algo de luz. Es importante reseñar que, a diferencia de Kleinman, delimitaremos el estudio de los sistemas al ámbito del sector profesional, dejando otros sectores, como el Folk o el popular para otra investigación¹, aunque a menudo no están claros los límites entre ellos y además necesariamente surgirán aspectos del sector popular o autoatención cuando analicemos cuáles son los modelos de búsqueda de salud de los pueblos.

He recogido la invitación que explícitamente hace Kleinman: *“tenemos necesidad de estudios comparativos de diagnóstico y clasificación en instituciones médicas tanto profesionales como populares. La utilización de técnicas de etnometodología, sociolingüística, etnociencias y psicología social, puede ayudarnos a producir etnografías sobre la comunicación clínica y sobre el comportamiento. Necesitamos descripciones fenomenológicas y comparaciones interculturales de las formas en las que la evidencia clínica se ensambla, se comunica, se interpreta y se evalúa...necesitamos aprender mucho más sobre la estructura y el uso de los modelos explicativos médicos, así como estudiar el efecto de estas estructuras cognitivas sobre las necesidades humanas y sobre el comportamiento en el campo de la salud. ¿De qué forma estas estructuras explicativas participan en la construcción de formas médicamente relevantes de la realidad social, y como consecuencia, cómo han sido creadas a través de contextos sociales y culturales concretos?...también merecen ser estudiadas otras muchas cuestiones mediante la investigación comparativa, incluídos los temas relacionados con las estructuras de valor jerárquico en el cuidado médico, la*

¹ Ver más adelante la estructura de los sistemas de atención de salud

toma de decisión en la elección de formas de curar, la propagación de modelos explicativos médicos, la base conceptual para la evaluación de la eficacia terapéutica y sus determinantes sociales...sin embargo, es claramente improbable que cualquiera de estos problemas pueda ser totalmente contestado hasta que nuestra comprensión de esta área general en etnomedicina se haya expandido y hasta que la investigación de campo se centre directamente sobre estos temas y se pongan en marcha estudios interculturales reales...” (Kleinman 1974: 20)

Evidentemente, desde que Kleinman lanzó esta invitación se ha avanzado bastante, y se han realizado y creado simposium, congresos y sociedades científicas que hablan expresamente de la integración de los modelos médicos oriental y occidental. Sin embargo, Japón, y el Extremo Oriente en general, produce una sensación de desconocimiento y de desconcierto generalizadas en Europa y en España, y son escasos los estudios realizados en nuestro país. Que nosotros conozcamos, no hay ninguno sobre algún tema específico que una Japón y España en el marco de la Antropología de la salud. Sí que hay alguna tesis doctoral sobre las relaciones hispano-japonesas en el período entre 1937-1945 (Prof. Florentino Rodao, Facultad de Geografía e Historia de la Universidad Complutense de Madrid (1993), estudios sobre Terapias alternativas en general y estudios sobre China a nivel histórico, político y económico, pero la dificultad del conocimiento de la lengua y de gran parte de la bibliografía no traducida al inglés (al español casi nada), así como la presencia de estereotipos y clichés sobre la cultura y forma de ser de esos pueblos, hacen que el Extremo Oriente sea todavía –a pesar de la globalización y de las facilidades de Internet- un gran desconocido. Con frecuencia las decisiones no se toman atendiendo a criterios rigurosos, como dice el prf Rodao: *“en el caso de las relaciones con el Extremo Oriente, es difícil preguntarse por qué los Estados se comportan como lo hacen. En relación a esta región, las decisiones normalmente no son producto de una elaboración meditada ni de un juego de intereses enfrentados, sino más bien de la opinión personal del jefe del departamento o de la sección a su cargo. No intervienen los jefes de Estado ni los ministros, sino en casos excepcionales, y por eso nos planteamos si predomina lo individual o lo general..”*(Rodao 1993: 4)

Desde el punto de vista de Japón, Europa y España en particular van creciendo en interés, pero continúan muy mediatizados por la cultura estadounidense, con la que mantienen una relación de “amor-odio” interesante de analizar (ver capítulo 8).

De una forma personal, mi interés en este tema se debe a varias cuestiones: en primer lugar mi condición de antropóloga convencida de la necesidad de abrir líneas de investigación en la Antropología aplicada; en segundo lugar, mi fascinación por la cultura japonesa, que viene dada por el hecho de haber vivido allí dos años con el añadido de una de las experiencias más intensas que puede vivir una mujer en su vida, y es el alumbramiento de un hijo. La inmersión en la “otra cultura” fue plena, con aprendizaje de la lengua y la escritura, con integración en la vida de barrio, gastronomía, costumbres, amistades...y también en el sistema de salud. Por último, mi condición de enfermera me hace estar concienciada sobre la necesidad de un planteamiento más integral del paciente como ser humano, según los conceptos teóricos de la gran mayoría de las teorías y modelos de enfermería, y que según el modelo biomédico imperante resulta difícil de encauzar, ya que considera que los procesos biológicos son los que constituyen el “mundo real” y son el objeto de la investigación y de la manipulación terapéutica. Desde la Antropología de la Medicina, este modelo se ve como uno más, exceptuando a Fábrega, que en los años 70 elaboró una propuesta teórica definiendo a la Antropología de la Medicina en términos de lo que es o debiera ser su contenido y no en relación con criterios metodológicos o de principios, guardando una ambigüedad necesaria para congeniar las investigaciones sociomédicas que provenían de la biomedicina y la perspectiva culturalista conductual.

Desde el campo de las salud se están volviendo los ojos cada vez más a las Ciencias Sociales, volviendo a paradigmas de hace siglos, en los que lo social y lo ambiental eran la clave del entendimiento de la realidad y de su propia identidad (Perdiguero, Comelles 2000: 23)

En esta dimensión de lo social sea tal vez donde más claramente se separan los enfoques antropológicos y biomédicos: el saber médico no es una simple *lectura*, sino una *construcción*. Hablar de salud es hablar de la vida, es decir, del conjunto de prácticas corporales y sociales. La higiene, la alimentación, la sexualidad, el ocio, el deporte, el hábitat, el trabajo, la educación, la salud y la enfermedad, las representaciones en torno al cuerpo, la vida y la muerte, la concepción de la persona y las relaciones con los

demás, etc. constituyen una *totalidad* que resulta difícil deslindar las unas de las otras (Devillard, 1998). Es por ello que hay que darle un nuevo enfoque a paradigmas que intentan desvincular lo biológico de lo social, lo meramente corporal de la mente y el espíritu. En definitiva, recuperar el humanismo en un mundo con unas nuevas coordenadas.

La tesis está estructurada en cuatro grandes apartados: en el primero, “Contextualización y marco teórico”, expondré los objetivos de la investigación y señalaré las referencias teóricas que me han servido de base para el análisis de los modelos de atención de salud y del pluralismo asistencial. Parece pertinente definir en este punto a qué nos referimos cuando hablamos de medicina oriental y terapias alternativas y/o complementarias, puesto que hay una gran confusión conceptual y múltiples términos para referirse a ello. Igualmente definiré en qué consiste la nueva corriente mundial denominada “Tercera Medicina” o “Medicina integradora”, que busca tomar lo mejor de cada sistema en el marco de un mundo globalizado donde resulta difícil –sino imposible– hablar de sistemas “puros” sin ninguna influencia externa. Asimismo me adentraré en los conceptos básicos de medicina oriental y reflexionaré acerca de la diferente mirada sobre el mismo cuerpo humano que han tenido oriente y occidente.

Finaliza esta primera parte con la metodología empleada y los avatares surgidos en la investigación de campo, que se desarrolló en dos partes: en una primera me desplazé por España a los lugares donde se está trabajando la integración, y la segunda se desarrolló durante una estancia en Japón, merced a mi aceptación como profesora investigadora en la Universidad de Tsukuba (Japón), muy conocida por sus investigaciones en este tema.

A continuación expondré los resultados del estudio en los apartados segundo, tercero y cuarto: el segundo y el tercero están referidos a España y a Japón respectivamente, y en ambos analizaré el discurso tanto de los sanadores como de los usuarios de la medicina oriental. El cuarto apartado o de “problemática común”, a su vez está compuesto por el capítulo doce, que lo he denominado “Los intereses creados”. En él dejaré abiertas varias reflexiones sobre las fuerzas e intereses sociales que actúan frente al fenómeno emergente de las terapias alternativas y complementarias. Son aspectos comunes a ambos países que a mi entender resultan de vital importancia para que la medicina

integrada no termine de despegar: por un lado la exigencia de la biomedicina de legitimar las terapias complementarias y alternativas mediante metodología científica, y por otro el poder que ejercen las multinacionales farmacéuticas sobre sectores políticos y económicos. Me he apoyado tanto en bibliografía como en el análisis de los discursos de los entrevistados.

Por último, en la conclusión, compararé los resultados de ambos países. La percepción sobre la evolución de los nuevos modelos de la medicina integradora, así como las propuestas de nuevas líneas de trabajo supondrán el final de esta investigación.

Mi agradecimiento debe ir dirigido a mucha gente que me ha ayudado. En primer lugar a mi familia, especialmente a mi marido y a mis padres, por su apoyo constante. A la UCAM, por las facilidades para el desarrollo de la investigación, a todo el equipo de la titulación de Enfermería. A Loles, la eficaz administrativa del Departamento que ha sido mi tabla de salvación en los momentos de “pánico informático” (este síndrome podría ser objeto de estudio de una tesis doctoral, lanzo la sugerencia).

Y qué decir tiene por la parte de Japón, donde guardo muy buenos amigos. El agradecimiento al Dr. Munakata y a su ayudante Francis Onohua, que me facilitaron la estancia y las entrevistas. A Momoko y la comunidad de “Servii evangeli” y a Laura y Yasuo, que con gran generosidad actuaron de anfitriones y a la vez de intérpretes. Por último, a Mitsuru y Hitomi y a la comunidad de dominicos de Tokyo, amigos entrañables de nuestra época viviendo allí. Gracias a ese fascinante país que es Japón.

Por supuesto, a todos los entrevistados, cuya disposición ha sido excelente y que me han hecho sentir de alguna manera su voz.

Gracias a José Fernández-Rufete, mi director de tesis, no sólo por la dirección, sino por descubrirme la Antropología de la salud, disciplina que me ha hecho replantearme y engrandecer mi punto de vista sobre mi vocación enfermera, y que me ha permitido investigar simultáneamente sobre dos de mis grandes pasiones: Japón y salud.

**PRIMERA PARTE:
CONTEXTUALIZACIÓN Y
MARCO TEÓRICO**

CAPÍTULO 1:
**Los sistemas y sectores de atención de salud y la convivencia
entre ellos**

- 1.1. ¿Qué es un sistema de atención de salud?
- 1.2. Pluralismo asistencial- Modelos de búsqueda de salud-Convivencia de modelos de salud

1.1 ¿Qué es un sistema de atención de salud?

Si pretendemos analizar la convivencia de modelos de salud debemos en primer lugar definir lo que entendemos por modelo o sistema de salud y, por otro lado, si cabe la posibilidad de elegir entre los diferentes sectores del mismo, analizando qué es lo que lleva a un paciente a decantarse por uno u otro.

Un sistema de cuidado de salud (Health Care System) engloba el conjunto de sistemas de atención y gestión de la salud que existen dentro de un marco cultural específico {Kleinman, 1974}. Al igual que se habla de lengua, religión y parentesco como sistemas culturales, la medicina se puede considerar como un sistema de significados simbólicos, con patrones de interacciones interpersonales y mecanismos particulares de instituciones sociales. En toda cultura la respuesta social a la enfermedad, las experiencias individuales y el tratamiento, así como las instituciones sociales ligadas a ellas están íntimamente interconectadas. La totalidad de estas interconexiones es el sistema de Atención a la Salud (SAS). Integra los componentes relacionados con la salud en una sociedad: patrones de creencias sobre las causas de la enfermedad, las normas que gobiernan la elección y la evaluación del tratamiento, los status socialmente legitimados, roles, relaciones de poder, escenarios de interacción e instituciones.

Los pacientes y los sanadores son componentes básicos de tales sistemas y están incrustados en configuraciones específicas de los significados culturales y de las relaciones sociales. No pueden entenderse fuera de este contexto, de igual manera que la enfermedad y el tratamiento también forman parte dentro del sistema, articulados como experiencias y actividades constituídas culturalmente.

El SAS está organizado como una porción especial del mundo social a través de la interacción de las variables que hemos comentado. Es el nexo de las respuestas adaptativas a los problemas humanos creados por la enfermedad, y por tanto, el tema de la eficacia es central al mismo¹

¹ Kleinman acuña también el término de **realidad clínica** para abordar los aspectos relacionados con la salud de la realidad social, especialmente las normas y actitudes concernientes con la enfermedad, relaciones clínicas y actividades de curación, es decir, el mundo de la práctica clínica. La realidad clínica está fuertemente relacionada con el entorno, con el contexto, así como con la *realidad simbólica*. Ni los sistemas de atención, ni su realidad clínica pueden ser apreciadas en su totalidad sin examinar cómo los

La estructura interna de un sistema de atención de salud está compuesta por tres sectores superpuestos: sector popular, sector profesional y Folk .

- a) El sector popular lo define Kleinman como el más grande y el menos estudiado, es el medio de la cultura popular profana, no-profesional, no-especialista, en el cual la enfermedad es definida primero y se inician las actividades de cuidado a la salud, y contiene diferentes niveles: individual, familiar, redes sociales y actividades y creencias comunitarias (concepto de autocuidado-autoatención)
- b) El sector profesional comprende las profesiones organizadas de la curación. En la mayoría de las sociedades es simplemente la medicina moderna científica, aunque por ejemplo en China e India también se encuentran profesionalizados los sistemas médicos indígenas: medicina tradicional china y medicina ayurvédica respectivamente. En países musulmanes se utiliza la medicina galénica-arábiga, y la tradición curadora indígena se ha institucionalizado siguiendo líneas similares a la de la profesión médica moderna.
- c) El sector Folk , por último, es una mezcla de muchos componentes diferentes, algunos relacionados con el sector profesional, pero otros están más relacionados con el sector popular: entran los curanderos, sanadores rituales y sacros, los lectores de fortuna, astrólogos...a veces el sector folk es clasificado en sus partes secular y sacra, pero esta división es en ocasiones borrada en la práctica, y las dos se solapan usualmente. Los herbolarios también se encuentran clásicamente incluidos en este grupo, aunque en la medicina oriental la fitoterapia o curación mediante las hierbas es un componente esencial de la medicina profesional, equivaldría a los productos farmacéuticos del sistema biomédico.

Aunque el sector profesional constituye el núcleo de los sistemas de salud, hay autores como {Menéndez, 1986} o {Haro, 2000} que consideran que el concepto de autocuidado/autoatención es el que resulta central para el funcionamiento de todas las

puentes biosociales se relacionan con la cultura como un modelo de significados simbólicos, normas y poder, a la enfermedad y el tratamiento

formas de atención a la salud, en tanto que requieren de la colaboración y confianza de los usuarios para mantener la eficacia práctica y simbólica que implica todo proceso de curación y representa lo que es estructural en todas las sociedades, pudiendo coexistir o no con otras formas de atención. Haro representa con el siguiente cuadro el sistema de atención a la salud en las sociedades actuales:

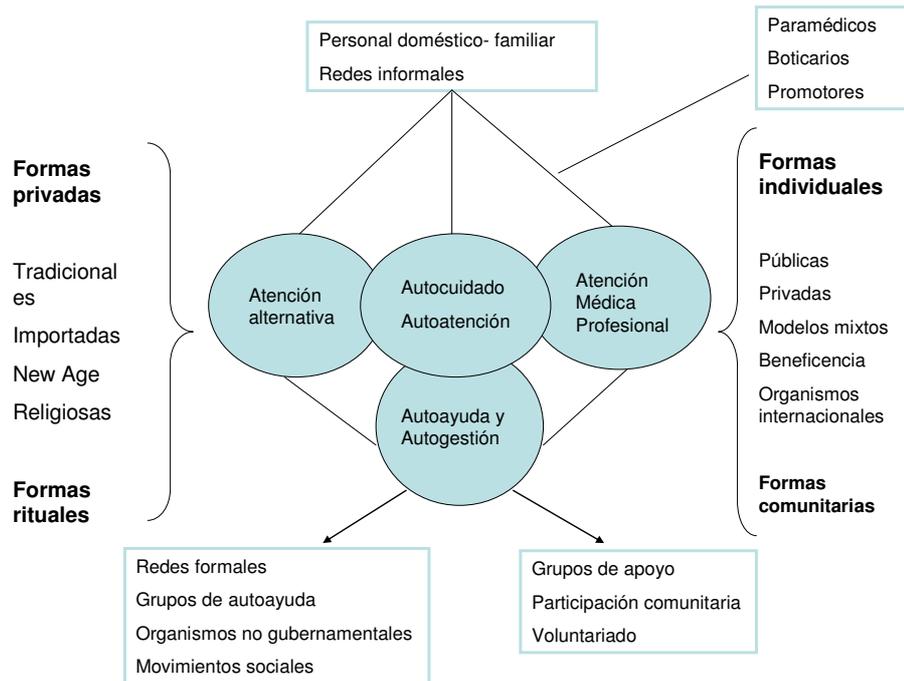


Figura 1. El sistema de atención a la salud en las sociedades occidentales
Fuente: Haro (2000:105)

“Considerar que el autocuidado y la atención ocupan un lugar central en el sistema de atención a la salud es reconocer que cualquiera de los modelos aquí presentados necesita del individuo y del grupo doméstico para poder funcionar, no solamente porque es en el ámbito donde se toman las decisiones pertinentes sobre el resto de opciones asistenciales a seguir, sino porque en éste se concretan las prácticas a seguir, vengan éstas prescritas por las diversas formas que asume la Atención médica Profesional, las de atención alternativas o las que aquí llamamos de autoayuda.” (Haro 2000: 105)

El problema de la autoayuda o autoatención es que no merecen interés por parte de los servicios sanitarios, como apunta {Comelles, 1997} ya que permanecen “invisibles”: la mayor parte de los problemas de salud se resuelven en el seno de la red social inmediata del asistible, y sólo se recurre a los dispositivos sanitarios en aquellas situaciones en las que se desborda la capacidad de los microgrupos. Este concepto es clave para entender

que no existe en realidad esa pasividad que se le presupone al individuo desde el sistema oficial

Dentro del sector profesional se pueden encontrar tanto las formas individuales que ofrecen servicios personales como las formas comunitarias en forma de servicios de salud: incluye la sanidad pública, asistencia social, medicina privada, formas de atención mixtas (resultantes de la concertación de servicios privados que son pagados por fondos públicos); distintas formas de beneficencia (privadas, civiles y religiosas) y ciertos organismos internacionales con servicios personales o comunitarios organizados por profesionales médicos (Cruz Roja, Organizaciones no gubernamentales, etc). Interesa señalar que en su definición intervienen no solamente las prácticas realizadas por los profesionales médicos, sino también la ejercida por otros profesionales de la salud o personal administrativo.

{Dunn, 1976:133} define un sistema médico como *“el patrón de las instituciones sociales y las tradiciones culturales que envuelve las conductas de salud ,independientemente de que el resultado de la conducta sea la salud o la enfermedad”*.

Clasifica los sistemas de salud según su referencia geográfica y cultural. Por tanto, hay

- sistemas médicos *locales*, una categoría en la que se pueden acomodar la mayoría de los sistemas de la medicina “Folk.”o “primitiva”
- sistemas médicos regionales, como el Ayurvédico, Unani y medicina china, y
- sistema médico cosmopolita , a menudo también llamado moderno, científico u occidental, que se encuentra en la mayor parte del mundo.

Los sistemas locales y regionales son casi invariablemente indígenas y tradicionales, y no suelen intercambiarse con otros sistemas, a la vez que tienden a la no escolarización.

Los sistemas regionales, sin embargo, suelen tender a la escolarización.

Los profesionales de atención de salud que existen en España y en todo occidente en general están preparados bajo este último modelo dominante, que se denomina cosmopolita o PARADIGMA DE LA BIOMEDICINA (Menéndez lo denomina Modelo

Médico Hegemónico), el cual hace especial énfasis en el paradigma científico positivista como método unitario de conocimiento y se muestra intolerante con otros saberes de carácter holístico. Algunas de las características de este modelo son (Menéndez 1986)

- Monopolístico: pretende que todo pase por su tamiz. Cualquier otra actividad llevada a cabo por los pacientes o por miembros de los otros sectores son consideradas peligrosas y no deben ser toleradas
- Biologicista: excesiva separación de lo puramente corporal de la mente y el espíritu. Los aspectos biológicos de los problemas médicos son considerados como los “únicos” reales, mientras que los aspectos psicológicos y culturales son fenómenos de segundo orden y son entonces menos “reales” e importantes. Esto quiere decir que no percibe el proceso de la enfermedad, diferenciando los aspectos puramente biológicos (“disease”) de los culturales (“illness”) o sociales (“sickness”) {Fábrega, 1974}
- Medicalizado: problemas hasta ahora sociales o de marginación pasan a ser considerados problemas de salud
- Participacionismo subordinado: figura del “paciente”, que no participa del conocimiento médico y debe hacer lo que se le mande. El encuentro entre médicos y pacientes o familias es considerado entre el experto y aquéllos que son ignorantes, por tanto el rol del médico es decir o dar órdenes a los pacientes y éste debe escuchar y obedecer. El profesional es el principal responsable. Por ello también dice Menéndez que otra de las características del sistema es que es “Poco democrático”
- Universitario: la legitimación de los sanadores pasa necesariamente por la universidad. Los demás sanadores se encuentran fuera del sistema.
- Burocratizado: se ha creado una “macroestructura” que hace que el usuario a menudo “peregrine” por un sinnúmero de pruebas diagnósticas, volantes, analíticas, especialistas, etc.

- Uniforme: al tratarse la enfermedad y no el enfermo, se crean patrones uniformes de tratamiento. El problema radica cuando el paciente “se sale” del patrón.
- Ahistórico: se tiende a solucionar los problemas puntuales, del momento.
- Asocial: según Menéndez, el sistema no estudia problemas generales de salud, factores económicos, etc.
- Pragmático: se practica una medicina reparadora y que solucione rápidamente el problema, aunque muchas veces lo que se soluciona es el síntoma (como el dolor, por ejemplo), y no la causa que lo produce.
- Individual: los procesos colectivos determinantes de la enfermedad son sólo secundariamente tenidos en cuenta

Se centra además en oposiciones de carácter ontológico (normal/patológico, mente/cuerpo, masculino/femenino, fuerza/debilidad, ciencias “duras”/ciencias “blandas”), lo cual se traduce en una visión unicausal y reduccionista de la patogénesis de los fenómenos sanitarios .{Kleinman, 1995}

¿Es posible entonces hablar de pluralismo asistencial en occidente cuando las otras formas de atención médica no se encuentran en libre competencia, pues una de ellas, la atención médica profesional o Medicina a secas, históricamente ha tendido a subordinar al resto mediante la deslegitimación de las prácticas ajenas?

Por otro lado, y refiriéndonos a la situación fuera de occidente, cabría preguntarse: ¿Cuántos sistemas de atención de salud existen? En principio, tantos como pueblos o naciones, ya que aunque tengan similitudes, siempre va a haber características propias. {Janzen, 1998} ha revisado varios modelos de sistemas médicos. Señala que algunos son demasiado complejos para usar en el campo de la investigación o para las comparaciones transculturales, mientras que otros fallan al confrontar las maneras en que el sistema responde al cambio.

Foster²: presenta una tipología de los sistemas médicos no occidentales en la que distingue dos tipos en relación a las diferentes concepciones etiológicas de la enfermedad: *los personalistas* y *los naturalistas* los primeros son aquellos sistemas de concepciones característicos de las sociedades indígenas en donde las causas de la enfermedad son interpretadas en términos de agentes activos, muy relacionados con la religión y la magia. Los *sistemas naturalistas* serían aquéllos en los que la enfermedad se atribuye a una falta de equilibrio y su emergencia no es relacionada con otras desgracias ni los procesos mágicos y religiosos aparecen vinculados a ellos. Asimismo, la responsabilidad tiende a ser centralizada en el paciente y las causas no son difusas sino unitarias.

1.2 Pluralismo asistencial.- Modelos de búsqueda de salud-Convivencia de modelos de salud.

Los modelos explicativos y el proceso de búsqueda de salud

Como hemos comentado, ambos aspectos van íntimamente unidos, ya que el sentido o explicación que se le da a la enfermedad orientará el sentido de la búsqueda del restablecimiento de la salud perdida. Kleinman (1981) define los modelos explicativos como las nociones sobre un episodio de enfermedad y su tratamiento que es empleado por aquéllos que se ocupan del proceso clínico. En este proceso están inmersos distintos actores: el enfermo, la familia y los profesionales de salud. La interacción de los modelos explicativos es componente central de los cuidados de la salud. Estructuralmente se pueden distinguir cinco principales cuestiones que los modelos explicativos colocan para explicar los episodios de enfermedad: etiología, tiempo y modo del conjunto de síntomas, patofisiología, curso de la enfermedad (incluyendo tanto grado de severidad y tipo de rol del enfermo, agudo, crónico, etc.) y por último el tratamiento.

Los modelos explicativos necesitan ser distinguidos de las creencias generales sobre la salud y la enfermedad; tales creencias generales pertenecen a la ideología de la salud de los diferentes sectores y existen independientes y antes de cualquier episodio concreto de enfermedad. Aún influenciados por estas creencias, los modelos explicativos se dan

² Foster, GM y Anderson, B. G (1978) *Medical Anthropology*. Nex York. John Wiley&sons, Inc cit en: Comelles, JM y Martínez Hernández, A. (1993:56)

en respuesta a episodios concretos de enfermedad, y por ello deben ser analizados en situaciones particulares. Un modelo explicativo, por otro lado, es parcialmente consciente y parcialmente fuera de la conciencia. En respuesta a un episodio de enfermedad, los individuos fuerzan a integrar visiones en parte idiosincrásicas y en parte adquiridas de la ideología de la salud y de la cultura popular. De este modo, es característico del Modelo explicativo que cambie frecuentemente.

Podemos conceptualizar la relación médico/paciente como una transacción del modelo explicativo del paciente y del modelo explicativo del médico. Además, las explicaciones del paciente frecuentemente son distinguidas de las explicaciones de los familiares, con las cuales pueden entrar en conflicto o ser divergentes.

En la conceptualización del estudio de la causalidad, {Bibeau, 1992} aporta la afirmación de que de la interacción entre los procesos colectivos y las trayectorias individuales debería surgir una comprensión adecuada de las condiciones en las cuales se desarrollan tanto los principales problemas de un grupo, como las estrategias que se elaboran para hacerles frente. La forma en la que los diferentes elementos del contexto se conjugan conforman los “dispositivos patogénicos estructurales”. También acuña el concepto de “experiencia organizadora colectiva” para referirse a los elementos mayores del universo sociosimbólico de un grupo, así como a su proyecto fundador; es la que mantiene la identidad de un grupo a lo largo de generaciones y la que hace perdurar en el tiempo la arquitectura de su sistema de valores y de su organización social.

Cuando un tipo particular de enfermedades o una categoría de problemas afectan a muchas personas en una sociedad, es absolutamente necesario tratar de identificar los “dispositivos patogénicos estructurales” a partir de los cuales estas enfermedades y problemas se desarrollan.

Comelles (1997) distingue entre diversos conceptos a diferenciar dentro de la causalidad: por un lado habla de *proceso asistencial* para referirse al proceso de movilización social que se desencadena ante una crisis personal y colectiva, y lo diferencia de *complejo asistencial*, el cual hace referencia a la percepción del valor de los recursos en relación con la disponibilidad de los mismos, y que se basa en la experiencia colectiva en relación a ellos. El complejo asistencial tampoco es lo mismo que los *dispositivos asistenciales*: éstos hacen referencia a la yuxtaposición o adición

mecánica de recursos y dispositivos disponibles, mientras que aquél se refiere a un conjunto en el que operan representaciones sociales y culturales, transacciones entre grupos.

Pues bien, una vez que un individuo analiza el por qué de su enfermedad, pasa a intentar solucionar ese problema escogiendo entre el abanico de posibilidades que se le ofrecen dentro de los 3 sectores en los que dividíamos el sistema de salud: el popular, el profesional y el folk.. Es lo que llamamos el proceso de búsqueda de salud. Existen diferentes teorías y modelos que intentan explicar este fenómeno, y que pueden agruparse en³:

I. **MODELOS DE DETERMINANTES**: divide los factores que conducen el proceso de búsqueda de salud en factores predisponentes y factores capacitantes.

II. **MODELOS DE ETAPAS**: establecen las etapas que se recorren desde el reconocimiento de un malestar hasta conseguir restablecer la salud (o bien cronificarse o morir)

I. **MODELOS DE DETERMINANTES**

Factores predisponentes: los que predisponen –valga la redundancia- a elegir un modelo de sistema, básicamente son variables sociodemográficas que ayudan a comprender qué tipo de personas van a según qué sitios:

- Edad y sexo: discriminan la utilización de un sistema tradicional o moderno.
- Tamaño y estatus de la familia: determina la interacción con la red social. Se parte de la hipótesis de que cuanto más grande es la familia, se tienen más apoyos y redes de autoayuda.
- Grupo étnico y religioso: las líneas divisorias entre el autocuidado, la utilización de asistencia no profesional y de asistencia profesional difieren según la pertenencia a estos grupos. En España no se aborda por ahora otro punto de vista respecto a la religión, pero éste es un

³ Fuente: Material inédito del Dr. Perdiguero (Universidad Miguel Hernández, Elche)

determinante importante en la conceptualización de las medicinas orientales.

- Nivel de instrucción, estatus socioeconómico y ocupación. Cuando las medicinas complementarias o alternativas no están incluidas en la sanidad pública, obviamente el que puede acceder a ellas es porque tiene un poder adquisitivo alto
- Características de la afección y su percepción (la causalidad y los modelos explicativos de los que hemos hablado anteriormente)

Factores capacitantes: dependen de las alternativas y hacen posible su utilización:

- Accesibilidad geográfica
- Aceptación: comunicación entre el sanador y el paciente. Las expectativas del consumidor a veces no coinciden con la aceptación posterior.
- Calidad del servicio
- Costo: honorarios, costo del viaje, pérdida de jornada laboral, alteraciones en el desempeño de roles.

Utilidad de los modelos de determinantes: Al planificador le interesa saber cuál de estas variables tiene más importancia puesto que alguna de ellas puede modificarse mediante políticas sanitarias (accesibilidad geográfica, costo, calidad asistencial, etc) o mediante la educación profesional, estableciendo una buena comunicación entre los profesionales y los pacientes

I. MODELOS DE ETAPAS: existen diversos modelos que proponen diferentes autores, entre ellos los siguientes.

- Modelo de IGUN (1979): establece el proceso en las siguientes etapas.

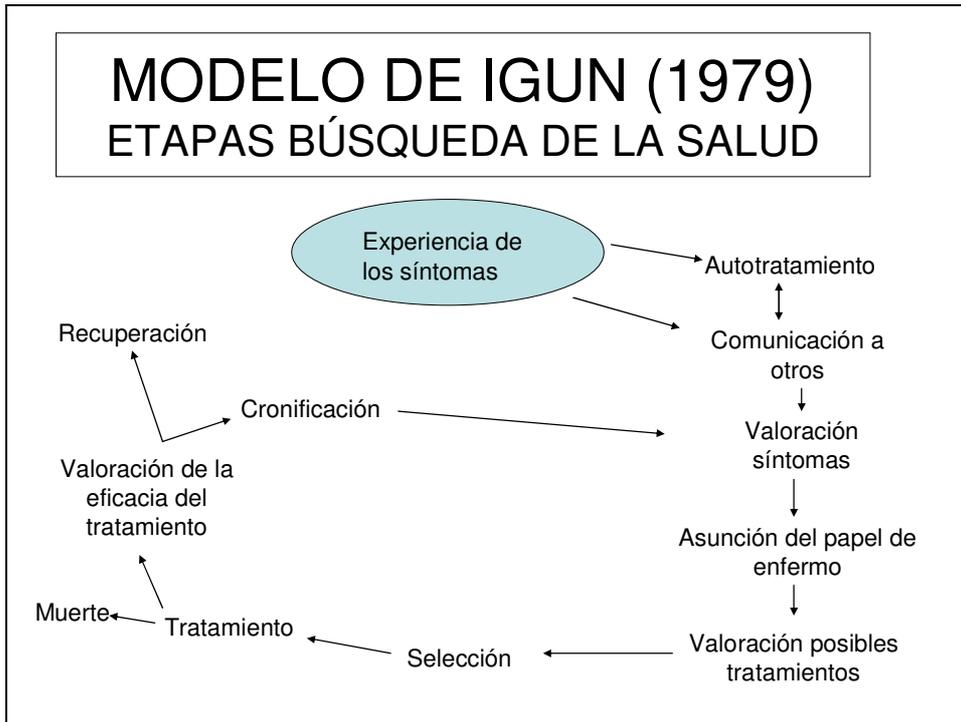


Figura 2. Fuente: Inédito Enrique Perdiguerro. (UMH)

Este modelo ha sido criticado por Good por considerar que es un “modelo-gatillo”, es decir, que presupone que la persona está esperando que le pase algo para actuar, es muy conductual, y no contempla la simultaneidad. Es además, excesivamente individualista, ya que es el enfermo el que *decide* que está enfermo y acude a alguien para que se lo resuelva. También se le ha criticado el que la valoración del síntoma se hace después de poner en marcha dispositivos de autotratamiento y comunicación a otros, ya que establece un comportamiento excesivamente racional frente a la enfermedad, cuando en realidad estamos condicionados por nuestra manera de ver el mundo y por lo que la sociedad explica en relación a los procesos de salud y enfermedad.

- Modelo COMPORTAMENTAL (Andersen, 1968): la percepción de la gravedad de la enfermedad es la que determina la utilización de uno u otro servicio.

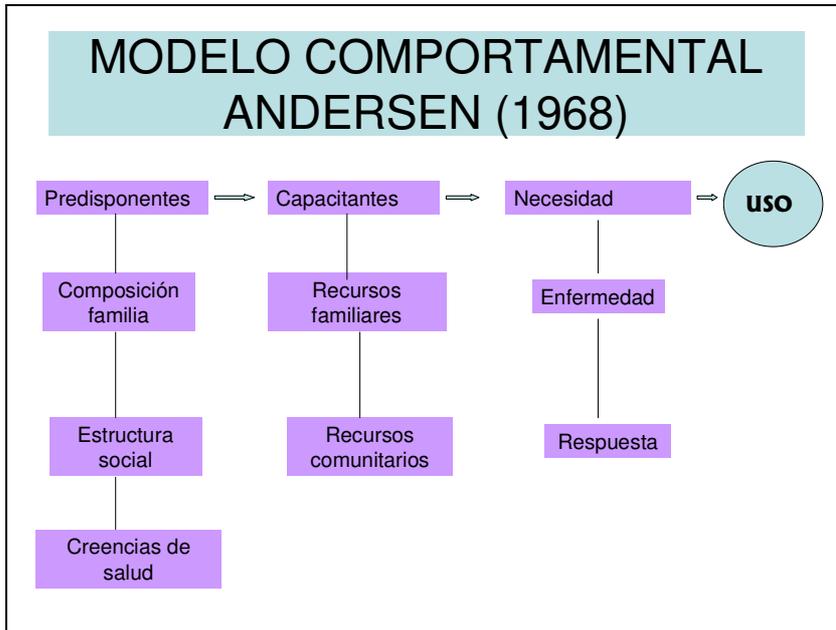


Figura 3. Fuente: Inédito Enrique Perdiguero. (UMH)

- Modelo de CREENCIAS DE SALUD (Becker y Maiman, 1975): las creencias o percepciones sobre la salud son las que impulsan a actuar

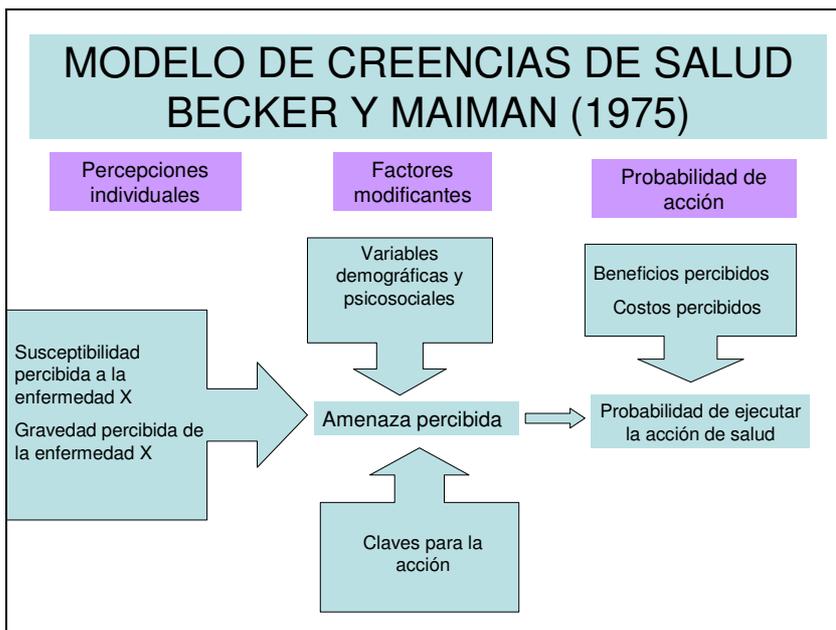


Figura 4. Fuente: Inédito Enrique Perdiguero. (UMH)

CAPÍTULO 2:

Definición y concepto de Terapias Complementarias y Alternativas, medicina oriental y medicina integrada

2.1 ¿En qué consisten las terapias complementarias y alternativas? Problemática terminológica

2.2 ¿Qué es la Medicina oriental?

2.2.1. Historia y antecedentes de la medicina oriental

2.2.2. Conceptos de medicina oriental: El ki y la naturaleza. El yin y el yang. El sistema de canales o meridianos y los puntos. Los cinco procesos elementales y la relación cuerpo-mente. El diagnóstico por el Hara.

2.2.3. El diagnóstico y las formas de tratamiento

- Reestablecimiento
- Los diferentes métodos terapéuticos
 - A. Compenetración con la naturaleza: La fitoterapia. Dietética y macrobiótica
 - B. Energías
 - ✓ La medicina externa. La traumatología.
 - ✓ La acupuntura y la moxibustión:
 - ✓ El shiatsu y la terapia de masaje: Orígenes chinos del shiatsu. El desarrollo del shiatsu en Japón. Características de la terapia shiatsu

C. Espiritualidad.: Meditación. La gimnasia energética y los ejercicios para la salud: Taichi, Qigong. La terapia de chi-kung.

2.3 Un nuevo concepto y una nueva terminología: “la Tercera Medicina” o medicina integrada

- Tipos de sistemas de salud en relación a la “Tercera Medicina”: sistema integrado, sistema inclusivo, sistema tolerante
- Temas y sub-temas para la integración de modelos de salud

2.4 ¿Es posible mantener un único modelo de salud en un mundo globalizado?
Efectos de la globalización en el sector salud

- Posturas de la Antropología frente a la globalización
- Críticas al neoliberalismo como ideología *inexorable*
- Percepción mutua oriente-occidente
- La globalización y la medicina en España y Japón: ¿homogeneización, polarización o hibridación?

2.1 ¿En qué consisten las terapias complementarias y alternativas?

Problemática terminológica

Al hablar de los dispositivos alternativos nos encontramos con un problema terminológico: ¿es lo mismo Medicinas Tradicionales que Alternativas o que Complementarias?¿ y son todas ellas Medicina Oriental?. En según qué foro o con qué intención se diga varía la terminología. Los términos más utilizados son (López Ruiz 2003)

- **Medicinas tradicionales:** la OMS se refiere así a ellas, definiéndola como “*la suma total de conocimientos, técnicas y procedimientos basados en las teorías, las creencias y las experiencias indígenas de diferentes culturas, sean o no explicables, utilizados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas y mentales.*”¹ Parte de la idea de lo tradicional, de la única medicina que han tenido y siguen teniendo muchos pueblos... sin embargo, el concepto de medicina tradicional es utilizado erróneamente por muchas personas para referirse al modelo biomédico u occidental, ya que es el único que han conocido. En el último documento “Estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2002-05” perfila más esta definición, y utiliza “medicina tradicional” cuando se hace referencia a África, Latinoamérica, Sudeste asiático y/o Pacífico occidental, mientras que utiliza “medicina complementaria y alternativa” cuando hace referencia a Europa, Norteamérica y Australia, o, en general, donde quiera que se utilice. Es muy acertada esta distinción porque el enfoque varía: en los primeros países se corresponde con “su medicina”(medicina tradicional china, ayurveda hindú, unani árabe y diversas formas de medicina indígena), y es imprescindible contar con ella entre otras cosas porque en muchos de estos países no hay recursos para implantar la medicina alopática (a veces es la única fuente sanitaria asequible, especialmente entre los países más pobres) y porque está muy arraigada históricamente; en el caso de los países desarrollados o, en general donde el sistema sanitario implantado es el alopático o donde la medicina tradicional no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la

¹ Introducción del documento “*Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional*”. Texto disponible en la página web de la Organización Mundial de la Salud <http://www.who.int/en/>

medicina tradicional se clasifica a menudo como “complementaria”, “alternativa” o “no convencional”. En estos países se están haciendo cada vez más populares.

Cuando la OMS hace referencia en un sentido general a todos los países o regiones utiliza el término MT/MCA (medicina tradicional/medicina complementaria y alternativa)

Terapias y técnicas terapéuticas comúnmente utilizadas en la MT/MCA								
	Medicina China	Ayurveda	Unani	Naturopatía	Osteopatía	Homeopatía	Quiropráctica	Otras
Medicinas con hierbas	●	●	●	●	■	●		● ^a
Acupuntura/acupresión	●				■			■ ^b
Terapias manuales	Tuina ^c	●	●	■	●		●	Shiatsu ^d
Terapias espirituales	●	●	●	●				Hipnosis, sanación, meditación
Ejercicios	Qigong ^e	Yoga		Relajación				

● – terapia/técnica terapéutica comúnmente utilizada
 ■ – terapia/técnica terapéutica utilizada a veces
 ■ – utiliza toques terapéuticos
^a por ejemplo, muchos sistemas de MT informales de África y Latinoamérica utilizan medicinas basadas en hierbas.
^b por ejemplo, en Tailandia, algunas terapias de MT utilizadas incorporan acupuntura y acupresión.
^c Tipo de terapia manual utilizada en la medicina tradicional china.
^d Se refiere a terapia manual de origen japonés en la cual la presión se aplica con los pulgares, las palmas, etc., en determinados puntos del cuerpo.
^e Componente de la medicina tradicional china que combina movimiento, meditación y regulación de la respiración para mejorar el flujo de energía vital (qi) en el cuerpo para mejorar la circulación y la función inmune.

Tabla 1

Fuente: Estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2002-05:8

- **Medicinas no convencionales (MNC):** es más utilizado por los profesionales de la medicina alopática en los países occidentales.

“Lo único que tienen en común estas formas de curar es que no se enseñan en la Facultades de Medicina y que, por tanto, no están incluidas en la medicina científica u oficial. Probablemente todas la denominaciones (alternativas, complementarias, naturales o no convencionales) tengan su justificación, pero únicamente la de “medicinas no convencionales” las englobaría a todas, ya que las distinguiría de la medicina convencional o científica” {Bruguera i Cortada, 2003 :14}

- **Medicinas marginales:** ha sido utilizado cuando era alternativa a las medicinas o terapias convencionales u ortodoxas. Se utilizó sobre todo en los años 70 y señala solamente su situación con respecto al modelo médicos dominante. En la

actualidad está en desuso porque ha ido perdiendo –aunque no del todo- ese carácter oscurantista

- **Tratamientos paramedicinales:** el mismo nombre indica la connotación de “fuera o al margen de”
- **Medicinas alternativas:** es utilizado por los que las consideran sustitutivas o alternativas a las medicinas ortodoxas, pero la definición habla de lo que no son, en lugar de definirse por lo que son, como comenta Pietroni:

“Hablar de medicina alternativa es...como hablar de extranjeros –ambos términos son ligeramente peyorativos y hacen referencia a amplias y heterogéneas categorías definidas por los que NO son, en lugar de definirse por lo que son”{Pietroni, 1992 : 564}

En Japón cuando se habla de medicinas alternativas se refiere a la medicina tradicional japonesa pero también se incluye a los *kitoshi* o curanderos. Estos últimos realizan prácticas sobre todo de grupo²

- **Terapias complementarias:** es el término más utilizado en la actualidad (Treveiland 1994), ya que expresa el deseo de integración como ampliación de sus conocimientos y prácticas. No se trata tanto de elegir una u otra, sino de mejorar los puntos débiles de un sistema con los puntos fuertes del otro. El término “terapias”, además, queda más justificado que “medicinas”, ya que expresa toda intervención o acción que trata de ayudar a las personas en el ámbito de la salud y el bienestar.
- **Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros:** término adoptado en una reunión internacional de Enfermería,³ en la cual se analizó dentro del contexto de cuidados enfermeros. Se consideró que “instrumento” era la palabra más adecuada ya que son un medio –herramientas-en las manos de estos profesionales para proporcionar cuidados.
- **Medicina naturista.** La que utiliza los métodos “naturales”.Es un término amplio y con el que filosóficamente se encuentran más cómodos muchos terapeutas. El único Decreto español sobre el tema –el catalán- se decantó por este término, concretamente “medicinas naturales”

² Takeichi M; Sato, T. Studies on general medicine clinic psychiatric-IV: real conditions of Fol. Medicine. Jpn J Psychiatr Treatment 6:1311-1319 (in japanes) Cit en (Sato et al. 1995)

³ OIIQ. (1987) Les instruments complémentaires des soins. I Presse de position y II document d’Apuy. Québec: Ordre des Infermières et Infermiers du Québec

Se han llegado a utilizar otras acepciones como “prácticas de salud no científicas” o incluso “sistemas médicos indignos”(Van der Geest 1998: 142)

En la conferencia que los Ministros de Sanidad de la Unión Europea celebraron en Saarbrücken en 1997 se elaboró un informe en el cual se diferenciaban las Terapias Complementarias en varios grupos:

- Sistemas médicos complejos: Aquí se cuentan los tratamientos naturistas clásicos: cura Kneipp, hidroterapia, terapia del movimiento, terapia de la alimentación, fitoterapia y terapia del orden u medicina china tradicional
- Tratamientos médicos complejos: homeopatía, terapia Bach de las flores, curación espiritual y los tratamientos de relajación
- Terapias con orientación en los subsistemas del organismo: Se consideran entre otros la terapia neural y las terapias de oxígeno
- Otras terapias: bajo este epígrafe se engloban terapias como la terapia celular y los distintos tratamientos bioeléctricos.

Aunque no está bien definido el término, existen varias cátedras de “Medicina naturista” en algunas universidades, una de las más conocidas es la del catedrático de medicina naturista de la universidad de Berlín, el profesor Malte Burihn, el cual se opone tajantemente a que se denominen tratamientos no-convencionales a tratamientos naturistas clásicos. Según él, *“la medicina moderna orientada en las ciencias naturales reconoce en principio estas terapias naturistas. Por ejemplo, los tratamientos con estímulos térmicos, con calor y frío, con los recursos de los balnearios y los factores del clima, con el entrenamiento físico, la gimnasia terapéutica, la medicina manual y los masajes, con programas dietéticos bien seleccionados y con plantas medicinales no son métodos no convencionales. Lo mismo ocurre –continúa- con los tratamientos de relajación, la psicoterapia orientada en el cuerpo y la terapia artística. Tampoco es no-convencional, cuando entre esta gran oferta se deduzcan reglas, ideas o motivaciones para un estilo de vida sano, individualmente adaptado, y se recomienden al paciente.”*⁴

⁴ Extracto de la entrevista realizada al prof. Malte Burihn por la revista Medicina Naturista, disponible en <http://www.unizar.es/med-naturista/htm>

El National Center for Complementary and Alternative Medicine es un grupo integrado en el National Cancer Institute de Estados Unidos,⁵ y la define como *“el grupo de sistemas diversos de cuidados de salud, de prácticas y productos que no se consideran por ahora que forman parte de la medicina convencional.”*⁶ Pero también habría que definir medicina “convencional”: lo que es convencional en occidente puede no serlo en oriente.

Como se ve hay una gran disparidad en las definiciones. Algunos de estos conocimientos tienen gran antigüedad, otros son de origen oriental y otros tienen sus raíces en la utilización de remedios tradicionales y prácticas curativas populares. Unos utilizan hierbas, partes de animales y/o minerales y otros se realizan sin el uso de medicación, como es el caso de la acupuntura, las terapias manuales, las de uso de elementos como agua, barro, piedras, etc., y las terapias espirituales. Es difícil entrar en una definición que las englobe a todas, porque cada una tiene sus peculiaridades, pero en general tienen en común las siguientes características:

- Se consideran intervenciones poco “agresivas”, actividades terapéuticas que colaboran con y a favor de la naturaleza. La visión oriental, por ejemplo, reconoce el universo como un campo de energía y todo cuanto contiene como manifestaciones de la energía en diferentes formas. La diferencia de enfoque se refleja incluso en el lenguaje que se utiliza en las terapias biomédicas (destruir, hacer desaparecer, anti...) frente al de las terapias complementarias (restablecer, tonificar, potenciar, armonizar...)
- Preferentemente utilizan medios naturales como las plantas, el ejercicio, la nutrición
- El terapeuta actúa como mediador y activador de los recursos del cliente a través de sus manos, su mente y su propia presencia
- El protagonista es el cliente, su propia naturaleza y energía, que pone en marcha sus potencias y sus mecanismos de defensa facilitando que pueda hacer frente a su propia situación de salud y ayudándole a recuperar la

⁵<http://cancer.gov/occam>. La oficina de medicina complementaria y alternativa para el cáncer (OCCAM) del Instituto Nacional del cáncer se creó en los años 80 y coordina las actividades del National Cancer Institute en el área de medicina complementaria y alternativa. La OCCAM apoya la investigación en este campo y proporciona información a proveedores de cuidados para la salud y al público en general sobre medicina complementaria y alternativa relacionada con el cáncer

armonía consigo mismo y con el entorno, ya que se considera que los problemas de salud están determinados por la ruptura de esa armonía y por bloqueos de la propia energía. Curiosamente, la biomedicina no habla de energía interna (el *ki* en japonés o *chi* en chino) aunque sí admite que existe energía en el electrón y que, por ejemplo, si una persona se frota las manos aparece calor.

La Medicina oriental es **una parte** de las Terapias Complementarias, si bien en occidente se entremezclan todas ellas. Un estudio realizado en Corea sobre estas cuestiones divide en tres categorías las prácticas médicas objeto de estudio: medicina occidental, medicina oriental y Medicinas complementarias y alternativas {Sang-II Lee and col, 2002 }. Estas últimas se definieron como “*las intervenciones generalmente no disponibles en los hospitales occidentales ni orientales, que incluyen la medicina Folk, quiropráctica, Qi gong (variante del Taichi), cura espiritual y aromaterapia*”. Como vemos, tampoco está muy claro.

Dentro de la Medicina oriental tampoco hay una total homogeneidad. Si bien es cierto que hay un origen y características comunes, cada país desarrolló su particular sistema. La medicina japonesa tiene su origen en la china, pero tiene algunas variantes. Los japoneses definen la Medicina complementaria como “*las terapias y los productos de salud diferentes de la medicina occidental*” {Tsuruoka, 2001}. Se denomina *Kanpo* a la variante japonesa de la medicina china, que es muy popular en Japón, y así nos referiremos a ella en nuestro estudio.

Tampoco hay unanimidad en cuanto a la denominación de la medicina occidental, ya que se la llama modelo biomédico, alopático, moderno, científico o incluso Leslie (1976, 1990) o Dunn (1976) la denominan “la medicina cosmopolita”, aludiendo a su expansión por todo el mundo.

Por tanto, aunque nuestro estudio se centra en la Medicina oriental japonesa, nos referiremos a Terapias Complementarias en general en muchas ocasiones, especialmente en el apartado de España, ya que aquí la regulación abarca a todas por igual. Se pueden encontrar referencias a técnicas concretas, como la Asociación de profesionales de shiatsu o las Asociaciones de Medicina tradicional china, pero otras, como las de Medicina Naturista, las engloban todas.

No es el mismo caso cuando hablemos de Medicina convencional o tradicional china en Japón. De todos los sistemas médicos utilizados hoy en día, sólo se reconocen

formalmente el biomédico y el *kanpo*, que es la Medicina china practicada en Japón (*kan*=dinastía Han de China, *po*= método). No existe la confusión de aquí. Se compone de: utilización de hierbas, la acupuntura, moxibustión, acupresión (*shiatsu*) y masaje . Sin embargo, lo más importante es la filosofía que está impregnada en todas estas artes curativas, que no es otra que la filosofía oriental, y es lo que vamos a exponer a continuación.

2.2 ¿Qué es la Medicina Oriental?

¿Cómo pueden las percepciones de algo tan básico e íntimo como el cuerpo diferir tanto? (Kuriyama, 2005:14)

Esta pregunta que se plantea Kuriyama en su fabuloso libro *La expresividad del cuerpo y la divergencia de la medicina griega y china*⁶ nos la podemos hacer todos al observar y comparar las dos figuras siguientes: la figura 1 procedente del *Shisingjing fahui* (1341) de Hua Shou, con la figura 2, perteneciente a la *Fabrica* (1543) de Vesalio. Vistas la una al lado de la otra, las dos figuras revelan lagunas. En Hua Shou, echamos de menos el detalle muscular del hombre de Vesalio; y, de hecho, los médicos chinos, a pesar de la riqueza de su lenguaje, carecían incluso de una palabra específica para “músculo”. La muscularidad ha sido una preocupación característicamente occidental. Por otro lado, las vías y los puntos de acupuntura escapan por completo a la visión anatómica occidental de la realidad. Así, cuando los europeos comenzaron a estudiar la enseñanzas médicas chinas en los siglos XVII y XVIII, las descripciones del cuerpo que encontraron les parecieron “fantásticas” y “absurdas”.

⁶ Sobre este libro de reciente edición ,Arthur Kleinman, que es uno de los padres de la Antropología de la medicina opina que "A buen seguro que este libro se convertirá en soporte para futuras comparaciones entre los sistemas médicos de Asia y Occidente. Un gran logro."

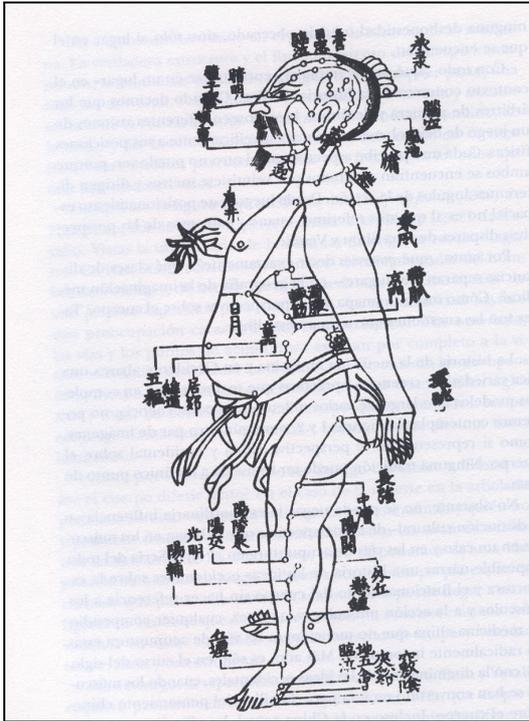


Figura 5: Hua Shou del *Shisingjing fahui* (1341)
 Colección Fujikawa, Biblioteca de la
 Universidad de Kyoto

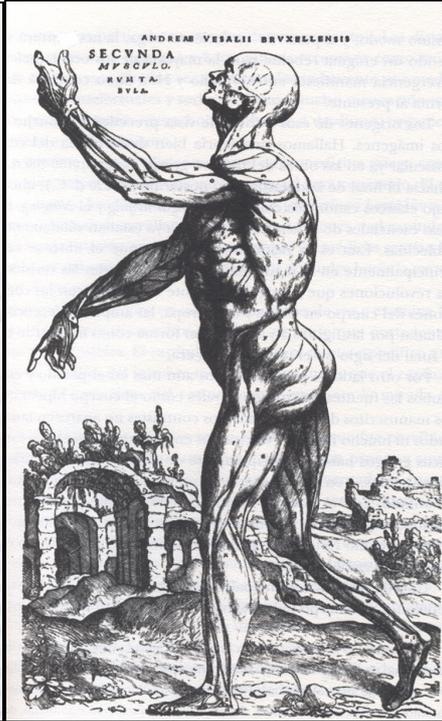


Figura 6: Vesalio, *Fabrica* (1543)
 Instituto Wellcome, Londres

Podemos pensar que los diferentes modos de pensamiento o las perspectivas alternativas abocan a esta separación de realidades, igual que un árbitro tiene una visión del juego distinta según en qué parte del campo se encuentre aunque el juego sea el mismo. Lo que ven nuestros ojos en principio debería ser el mismo objeto, esto es, el cuerpo humano. Entonces, ¿es la diferencia geográfica la que es determinante? ¿o la diferencia cultural?

Otro ejemplo sobre la diferente mirada a la realidad del cuerpo humano la encontramos en la toma del pulso de unos y otros: a pesar de que el procedimiento examina el mismo lugar, para los médicos orientales resulta fundamental y describen hasta treinta y dos pulsos de la muñeca (aunque formalmente son doce), con diferencias de matiz que deja perplejos a los occidentales.

Las diferencias y la falta de entendimiento se deben frecuentemente al “modo” de expresión de las palabras chinas, que resulta muy difícil traducción y entendimiento. ¿Cómo se puede entender que un diagnóstico sea “ataque de viento perverso” o “ataque de fuego”? la escritura y las expresiones también conforman un universo distinto: mientras que los europeos destacan en el razonamiento y en el juicio, y en la claridad de la expresión, los asiáticos poseen una alegre y voluptuosa imaginación. He aquí un ejemplo de descripción poética-clínica de un tipo de pulso, el denominado *mo flotante*:

“es como una sutil brisa que sopla por el pulmón de la espalda de un pájaro. Silencioso y susurrante, como la caída de las hojas de los olmos, como la madera flotando en el agua, como las capas de la cebolla enrolladas ligeramente entre los dedos” {Kuriyama, 2005:39}

La teoría de Kuriyama se basa en que la historia de las concepciones del cuerpo debe ser entendida, por tanto, en conjunción con una historia de las concepciones de la comunicación. Cuando los médicos griegos y chinos palpaban el cuerpo estaban guiados no solo por las creencias específicas sobre las arterias y la organización del cuerpo, sino también por asunciones más amplias sobre la naturaleza de la expresión humana. Un lenguaje no solo compuesto de palabras y accesible a los oídos, sino también accesible al tacto, de tal manera que el cuerpo comunica sus mensajes por medio de movimientos palpables de igual modo que se emite un mensaje a través de la voz.

Estas diferencias todavía se dan en la actualidad, y de hecho son uno de los obstáculos para un entendimiento y para la aceptación, ya que desde la biomedicina esto se considera como poco “científico”, pero en realidad lo que hay es un abismo conceptual, tal y como comentaba uno de los terapeutas entrevistados:

(...)¿Cómo mediante el método científico vas a aceptar un método que no tiene nada que ver con la ciencia? El Tao, el yin, el yang, una terminología que además no tiene nada que ver con la ciencia. Entonces cómo te vas a apoderar de una metodología que tiene como diagnóstico “ataque de frío”, “ataque de viento perverso” cómo! qué atrevimiento!

(S-11)

Como afirmaba Rosenberg (1992)⁷, la enfermedad es una “entidad esquiva”...

Discrepancias en la anatomía que se ve, discrepancias en lo que se toca y palpa, diferencias en lo que se dice, en el sentido de las palabras... con estas premisas intentaremos definir cómo explica la medicina oriental su visión sobre la salud

11 Rosenberg, CE (1992) Introduction. Framing disease: illness, society and history en Rosenberg, CE. Y Golden, J (eds). Framing disease. Studies in cultural history. Rutgers University press. New Brunswick (New Jersey). Ci en: {Arrizabalaga, 2000}

Historia y antecedentes de la medicina oriental

La medicina Oriental se inicia con la llamada Medicina Tradicional China hace 5.000 años, existiendo textos desde el año 250 a.c. Progresivamente se fue enriqueciendo en su concepción y en sus terapias , y alcanzó un gran florecimiento en la época de la dinastía Ming. Desde el siglo VI inició su difusión en Asia por países como Corea y Japón, que hicieron sus propias adaptaciones, y más tarde por toda Asia, Rusia, etc. Llegó a occidente de la mano de los jesuitas, expandiéndose por todo el mundo como consecuencia de la inmigración china a Estados Unidos y a otros países americanos. Actualmente está desarrollada en Universidades de gran prestigio. En China existe una Academia como tal y Universidades de Medicina Tradicional China.

En España esta disciplina se inició hace 20 años, estando actualmente en expansión. Son varias las universidades españolas que imparten máster en acupuntura, y son muchos los cursos que se ofertan, sobre todo on line (por ejemplo el ofertado por la Fundación europea de Medicina Tradicional china⁸ .

El motivo de esta introducción es hacer caer en la cuenta de que no estamos ante una moda pasajera ni ante un curanderismo supersticioso, sino que el sistema chino es uno de los más antiguos de la humanidad y el que más ha durado sin interrupciones, y que durante milenios ha servido a la población más numerosa del mundo, que ha disfrutado de un nivel de civilización muy elevado.

Son múltiples los ejemplos de conocimientos que se tenían mucho antes de que se descubrieran en occidente: los chinos curaron las enfermedades contagiosas mucho antes de que en occidente se descubrieran los antibióticos, trataron las enfermedades psiquiátricas con éxito, entendiendo la enorme importancia de los factores psicológicos y ambientales al tratar de comprender la enfermedad. Adelantándose a la bioquímica moderna, antes del siglo II a.C. ya podían aislar hormonas sexuales y pituitarias de la orina humana y usarlas con fines medicinales. Los chinos también fueron los pioneros en el mundo en cuanto a la medicina forense, con una obra muy detallada titulada *Registros de la justicia en autopsia* , que fue la primera en el mundo, ya que apareció 350 años antes que su equivalente occidental: *De morbis veneficies* . Describe con precisión la anatomía humana, mientras que en occidente la apertura de cadáveres

⁸ Fundación europea de Medicina Tradicional china (www.mtc.es).

estuvo prohibida hasta hace bastante poco tiempo. Por otro lado, en un tiempo en que Europa era saqueada por los bárbaros, los chinos disfrutaban de medidas sanitarias tan envidiables como el tratamiento de aguas residuales y el alcantarillado, condiciones de salubridad adecuadas y barrenderos públicos. Numerosos libros de la época dan fe de un sólido conocimiento de la salud personal, como por ejemplo la necesidad de cepillarse los dientes después de las comidas, de lavarse las manos después de ir al servicio y de mudarse de ropa con frecuencia para no tener piojos ni chinches.

“La historia de la medicina china demuestra que ha habido muchos casos en los que los chinos han precedido a occidente en descubrimientos decisivos. Cabe entonces preguntarse: ¿hay otros grandes descubrimientos chinos en la medicina de los cuales occidente todavía no tenga noticia y que sean cruciales para nuestra salud y nuestro bienestar? Evidentemente, en lugar de avanzar a tientas en experimentos hechos al azar, con la esperanza de tener un golpe de suerte y hacer un descubrimiento que resuelva problemas de salud tan acuciantes como el cáncer, el sida y las enfermedades degenerativas, sería más significativo, además de económico, poner a prueba o investigar las correspondientes manifestaciones tradicionales de los logros médicos orientales para comprobar si son válidas y en ese caso, aplicarlas a occidente”

{Wong Kiew Kit, Gran Maestro del Instituto Shaolin Wahnam Chi Kung,2003}

Conceptos de medicina oriental

- El ki y la naturaleza

La tradicional visión oriental de la salud abarca la totalidad como punto de partida. El universo es un campo de energía y todo cuanto contiene son manifestaciones de la energía en diferentes formas. Aunque infinitamente variado, todo cuanto hay en el universo se relaciona; los seres humanos son parte íntima de ese entorno, y dependen de él tanto como influyen en él. El principio fundamental de la medicina oriental es vivir en armonía con la naturaleza, y no tratar de adaptar la naturaleza a las necesidades de las personas, utilizando como herramienta la observación de las personas y su respuesta al entorno durante miles de años (todos reconocemos factores externos que nos influyen, como por ejemplo, el fenómeno del yet-lag o alteración de los biorritmos por

cambios horarios, dolor de cabeza los días nublados o aumento de la tasa de nacimientos las noches de luna llena...)

La tradición oriental describe el mundo en términos de energía. Considera que todas las cosas son manifestaciones de una fuerza vital universal, que los japoneses llaman *ki*, los chinos *chi*, y los indios *Prana*, y que su armonía dentro del cuerpo es esencial para la salud. Para estar sana, una persona debe adaptarse continuamente a los cambios que se suceden, tanto dentro como fuera del cuerpo. De no hacerse estas adaptaciones, la enfermedad se manifiesta como una desarmonía dentro del cuerpo.

La energía se adivina por sus manifestaciones. No se puede tocar, ni ver, ni cuantificar directamente. Pero se evidencia constantemente. Por ejemplo, al ponerse el sol baja la temperatura. Al frotarnos las manos sentimos calor. El calor y el frío son manifestaciones básicas de la energía. Dentro del cuerpo forma una matriz que liga los órganos vitales en todas las demás partes. En el tratamiento, el énfasis se pone en restaurar la armonía dentro del cuerpo. La tarea del médico tiene dos caras: interpretar la causa y luego aconsejar sobre el apropiado reajuste del estilo de vida, y encontrar los medios para restaurar las funciones del organismo.

El concepto tradicional de energía no es incompatible con la ciencia moderna. Nuevos descubrimientos en el mundo de la física han hecho posible unir la comprensión científica con esta visión antigua: los átomos subdivididos están compuestos por un espacio vacío en el que unidades más pequeñas conocidas como electrones, protones y neutrones se hallan en constante movimiento. Por tanto, la materia está compuesta esencialmente de energía, o no materia. Dicha conclusión fue alcanzada hace miles de años y articulada en el concepto de *ki*, o energía vital

- El yin y el yang:

Como decíamos, el calor y el frío son manifestaciones básicas de la energía. Se denominan yin y yang. Ying expresa la cualidad fría y yang la caliente. Representan los opuestos pero, a diferencia de la idea de los opuestos que la cultura occidental ha heredado de la antigua filosofía griega, las cualidades opuestas del yin y el yang se ven como complementarias. Dentro del cuerpo, las influencias del yin y el yang siempre están actuando. Las diferentes partes del organismo se enmarcan dentro de un grupo u otro, pero no explican solamente la relación entre esas partes, sino que describe la relación *energética* entre sus aspectos internos y externos, entre los órganos vitales y la superficie. Al describir los órganos internos, el yin se refiere a los cinco órganos que

“almacenan”: corazón, hígado, bazo, pulmones y riñones, mientras que el yang se refiere a los seis órganos que “transforman”: intestino delgado, vesícula, estómago, intestino grueso, vejiga y triple calentador (órgano propio de la medicina tradicional china). Pero no se refiere sólo a los órganos, sino a su funcionamiento. Por ejemplo, nuestra resistencia natural se considera yin. Por algunos motivos, como el exceso de preocupación o el cansancio, esta resistencia se debilita y se puede producir una deficiencia de yin, como consecuencia de la cual no podemos hacer frente a los microorganismos patógenos que nos rodean. Hay que tener en cuenta que en este caso la cantidad o potencia de los microorganismos patógenos sigue siendo la misma. En circunstancias normales, estos microorganismos, que se representan como yang, no nos perjudican. Sin embargo, en esta situación en concreto enfermamos, pero no porque se haya producido un cambio en la cantidad ni en la potencia de los microorganismos, sino porque ha disminuido nuestra propia resistencia yin. Es lo que en la medicina occidental se apunta como “factores endógenos” al hablar de la etiología de las enfermedades. El logro de la Medicina Tradicional China fue, quizá, que percibiera los órganos internos como centros de transformación y distribución que “organizaban” literalmente todo el cuerpo (Ludberg 1992:22)

Figura 7 El yin y el yang en la naturaleza
Fuente: Ludberg (1992:19)



▪ El sistema de canales o meridianos y los puntos:

Esta organización se hace mediante el sistema de canales que transportan el ki a todas partes, con puntos de conexión y regulación (los puntos de acupuntura y shiatsu), llevando a la superficie la información del interior y a la inversa, y equilibrando la temperatura, la regeneración de los tejidos, la distribución de las defensas frente a los cambios climáticos y dando movimiento a los músculos y a la sangre.

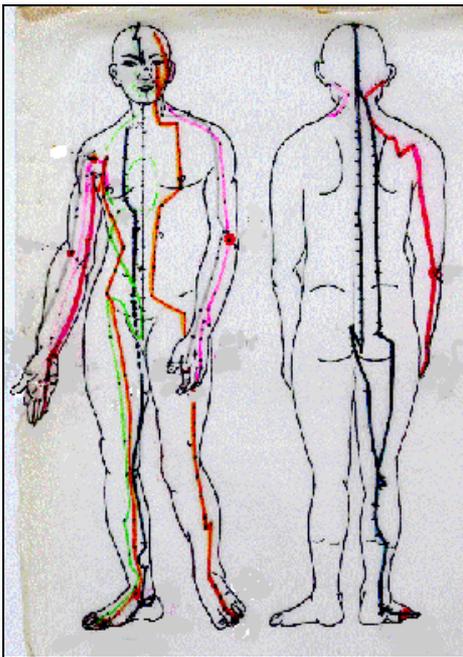


Figura 8: Meridianos del cuerpo

Existen 12 meridianos principales, canales por donde circula la energía en el cuerpo humano, y otros canales secundarios y puntos fuera de los meridianos. Los puntos “desbloquean” de algún modo la energía que no puede circular, no refiriéndose únicamente a la zona física del punto. Por ejemplo, cuando un paciente se queja de que suele tener el cuello rígido, es posible que la causa del problema no esté en el cuello, sino en la vesícula, sobre todo si también oye ruidos raros. De modo que cuando el terapeuta le trata los puntos del cuello, la finalidad no es tan sólo aflojar las articulaciones, sino buscar un método más completo par limpiar el meridiano de la vesícula, donde se origina este problema que se transmite después a los oídos y cuello. Por el mismo motivo, también se pueden tratar puntos de la cabeza que mejoran el estreñimiento o para tratar una tos debida a un trastorno del meridiano del pulmón, se

elige un punto situado en la muñeca. La idea es que, para conectar o desconectar una bombilla, no se necesita acceder a ella directamente, sino que se puede hacer a través de un interruptor situado en la pared. Este principio explica por qué las agujas que se insertan en las rodillas y en los codos proporcionan anestesia para una operación abdominal, hecho que dejó perplejos a los médicos occidentales en los años 60.

- Los cinco procesos elementales y la relación cuerpo-mente:

La teoría del yin y el yang no fue la única que sirvió para que los antiguos chinos interpretaran el mundo. Hay otro sistema por el cual se considera que todos los fenómenos son una de las cinco manifestaciones resultantes de la transformación del ki. No tienen nada que ver con los 4 elementos –aire, agua, fuego y tierra- de los griegos y los indios. Los términos chinos madera, fuego, tierra, metal y agua, no pretenden describir los componentes fundamentales que constituyen el universo, sino procesos o cambios. Por ejemplo, “el proceso del agua” hace referencia al arquetipo de los procesos que poseen fluidez y suelen ser beneficiosos para otros procesos, y el “proceso de la madera” es el arquetipo de aquellos procesos que tienen la cualidad de crecer, son alargados por naturaleza y poseen el potencial de seguir desarrollándose. Por tanto, no es la sustancia de los 5 elementos, sino la naturaleza de su comportamiento característico lo que resulta vital para la conceptualización de estos procesos. Una suave brisa primaveral nos brinda un ejemplo del proceso del agua, que alegra nuestro espíritu y contribuye a nuestro desarrollo mental o espiritual, que pertenece al proceso de la madera. Éste es el principio del agua que crea la madera. Por lo tanto, cuando le recomendamos a una persona que está deprimida que busque un ambiente montañoso, con paisajes bonitos y, después de tonificarse con aire fresco y puro, poco a poco se vuelve más alegre, podemos describir simbólicamente este proceso curativo como el agua que nutre la madera.

El lenguaje de los cinco procesos elementales es uno de los ejemplos más claros de la utilización del lenguaje que comentábamos antes, y por eso son conceptos que nos cuesta entender.

Partiendo de la observación, los antiguos filósofos descubrieron que los procesos se crean y se destruyen mutuamente sin parar, así como que la interrelación entre los órganos internos guarda una estrecha relación con las de los cinco procesos elementales. Por ejemplo, la ira y la preocupación pueden perjudicar el hígado (en occidente también se afirma diciendo que una persona “destila bilis” cuando tiene mal humor). Los

orientales reconocen, desde muy antiguo, el papel de los factores emocionales en medicina. Sin embargo, la psiquiatría nunca fue una especialidad de la medicina china, porque siempre han creído que la mente y el cuerpo forman una unidad inseparable.

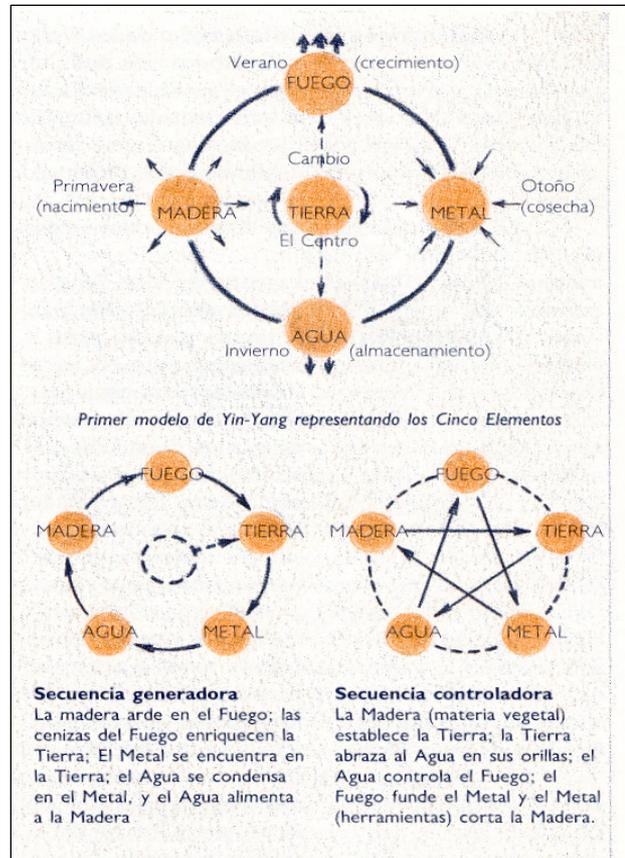


Figura 9: Los cinco procesos elementales
Fuente: Lundberg, P. (1992:24)

Los estudios han demostrado que personas con ira u hostilidad reprimidas a menudo tienen una tensión sanguínea superior a la media, y una incidencia aumentada de enfermedades coronarias. Estas características corresponden a las personas con personalidad denominada “tipo A”, más yang, que tienden a ser altamente competitivas, impacientes y constantemente apremiadas por el tiempo; son fáciles de encolerizar y tienen problemas para relajarse. El patrón de personalidad opuesto, denominado “tipo B”, se caracteriza por una actitud yin, relajada, paciente y de humos uniforme, con poca sensación de apremio por el tiempo. Estas personas son menos propensas a padecer enfermedades coronarias.



Figura 10: La relación entre las emociones según la medicina oriental
Fuente: : Wong Kiew Kit (2003:94)

- El diagnóstico por el Hara

Para los japoneses la parte más importante del cuerpo es el vientre (o sea, el estómago y los intestinos), que se llama *Hara*. El *hara* está considerado como el lugar del espíritu, del intelecto y del afecto, como el corazón para los occidentales. Esta concepción es, por ejemplo, el fundamento del suicidio ritual, el *Harakiri* ó *seppuku*, por el cual el samurai salvaba su honor. Todavía hay muchísimas expresiones en japonés que utilizan la palabra *Hara*, por ejemplo, *Hara ga tatsu* literalmente significa “Tengo la barriga que se levanta”; que en japonés quiere decir “enfadarse”; si los occidentales leemos en los pensamientos del prójimo, ¡los japoneses leen en su barriga! (*Hara o yomu*). La palabra *Hara* tiene una connotación viril y sólo los hombres la usan. Las mujeres y los niños usan la palabra *Onaka*, “el interior”. El *Hara* es también el lugar del Ki.. *Genki* es otra palabra para designar el soplo original (del cielo). Tiene ahora el sentido de “Buena salud” y se oye todos los días en la fórmula de salutación *Ogenki desu ka* (¿Cómo está usted?).

El trabajo sobre él revela una información útil sobre el estado del receptor. La diagnosis por el Hara depende de que la respiración llegue al Tanden. Si la tensión bloquea la respiración, el ki de los pulmones no alcanzará al Hara y por tanto no funcionará como un centro vital

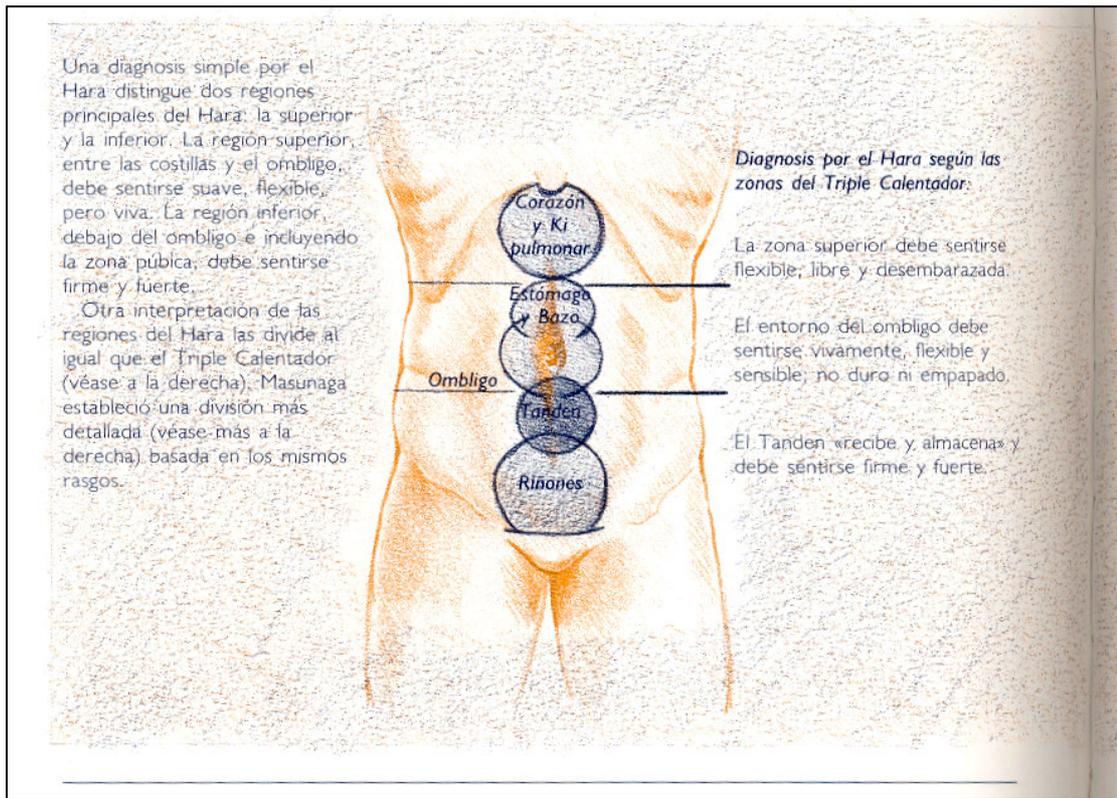


Figura 11: Diagnóstico por el hara

Fuente: Lundberg P. (1992:164)

El diagnóstico y las formas de tratamiento

1. Reestablecimiento

“Cuando logres el flujo de la energía del microuniverso, eliminarás cientos de enfermedades; cuando logres el flujo de la energía del macrouniverso, vivirás cien años” (Proverbio chino)

El hecho de ser una medicina holística quiere decir que el terapeuta no trata de averiguar cuáles fueron exactamente los agentes que provocaron la enfermedad, sino lo que no funcionaba bien en el paciente, que permitió que se desarrollara la enfermedad. En otras palabras, la misión del médico no es definir la enfermedad y sus agentes (por ejemplo, si un problema de riñón es una necrosis tubular o si el agente patógeno fue un *Clostridium*), sino definir las condiciones que provocan la enfermedad, como qué

aspectos del yin y el yang del paciente no están en equilibrio o si su flujo de energía no es armonioso. No diagnostica “la enfermedad”, sino al enfermo.

En sentido figurado, los médicos orientales se refieren a la salud en relación con la enfermedad como una batalla entre el bien y el mal. En este caso, “bien” y “mal” no tienen ninguna connotación religiosa ni metafísica, sino que se refieren a dos situaciones relativas en salud y enfermedad, tal y como explica el Dr Wong Kiev Kit, Gran Maestro del Instituto Shaolín Wahnam Chi Kug (Wong 2003:199). Al hablar del bien se refiere al “chi bueno”, la fuerza o energía vital que se encarga de mantener la vida; incluye el funcionamiento sano de los órganos, aparatos y sistemas del cuerpo, la resistencia natural a los agentes patógenos internos y la capacidad o tendencia naturales a recuperar y construir. Al hablar del mal se refiere al “chi malo”, es decir, la enfermedad, lo cual incluye a todos los agentes que provocan enfermedades, así como los síntomas y manifestaciones producidos por estos agentes. Cuando triunfa el bien, por ejemplo, y por tanto alguien está lleno de chi bueno, no pueden producirse las enfermedades.

Por lo tanto, todos los métodos terapéuticos pueden resumirse en dos principios fundamentales: “recuperar el bien” y “eliminar el mal”. Recuperar el bien quiere decir utilizar medicamentos, la nutrición, el ejercicio y otros medios para recuperar la energía vital del cuerpo, fortalecerlo y aumentar sus sistemas de defensa y su capacidad curativa y autogenerativa, a fin de vencer a los agentes patógenos y recuperar la salud. Eliminar el mal quiere decir utilizar diversos métodos terapéuticos, como la fitoterapia, acupuntura, masaje, terapia de chi-kung, etc para suprimir el chi malo, eliminando los agentes patógenos o sus efectos, restringiendo o acabando con su evolución, para hacer desaparecer la enfermedad.

En definitiva, *“de lo que se trata es de recuperar el bien, lo cual contrasta, sin duda, con el énfasis que se pone en occidente con eliminar el mal. Según la filosofía oriental, el chi bueno (la energía vital) del paciente es el factor básico para superar el mal (la enfermedad). Además, todos los métodos terapéuticos (la fitoterapia, la acupuntura, etc) dependen del chi del paciente para funcionar. La filosofía que impulsa la investigación médica sobre las enfermedades degenerativas, el problema médico más acuciante del siglo XX, consiste en encontrar maneras de “eliminar el mal”, más que en recuperar las funciones fisiológicas del paciente, es decir, “recuperar el bien...el médico chino no considera que ha cumplido su misión cuando se han eliminado los agentes patógenos, sino cuando el paciente recupera la salud. Por lo tanto, después de*

que los antibióticos o la cirugía hayan conseguido su propósito, un médico competente siempre prosigue con un programa de fortalecimiento y nutrición, que se considera una parte integral del tratamiento” (Wong Kiew Kit; 2003: 201)

Qué estímulos desequilibran, cuánto, cuándo, cómo y dónde es el objeto del estudio del diagnóstico en medicina oriental. Ayudar al organismo a recuperar su equilibrio, es la base de la terapéutica. Los síntomas que presenta el paciente son las huellas de la energía, la evidencia del trastorno: si tiene dolor en la zona lumbar, con sensación de frío, se interpreta que existe una disminución de energía calor en una zona que corresponde al riñón y la vejiga. Es un primer dato, para posteriormente reunir todos los datos que presenta el paciente, clasificándolos en enfermedades por frío o calor, por disminución o aumento de energía, especificando qué sistemas están afectados. A través de los cuatro métodos de “ver, oír, escuchar y palpar” el terapeuta realiza la observación del paciente; se apercibe de los sonidos y olores que emite, escucha la explicación de su historia clínica y las repuestas a las preguntas sobre cada uno de los órganos y sistemas y, además de realizar una palpación de las zonas dañadas, localiza y presiona ligeramente los puntos de energía que pueden orientar el diagnóstico.

El diagnóstico en Medicina Tradicional china se basa también en unas observaciones particulares sobre el estudio de los doce pulsos radiales, de la lengua y de la detección de los puntos. Las cualidades del pulso, en el que se distinguen doce posiciones correspondientes a los doce meridianos, y las características de la lengua, en la que se describen cuatro partes principales, diferenciando el color y la capa lingual, acaban de confirmar el diagnóstico energético.

El terapeuta define en qué situación se encuentra la energía en cada uno de los cinco sistemas. Por ejemplo, exceso de calor en el corazón; exceso de actividad en hígado; exceso de humedad en bazo; deficiencia de agua en riñón, normalidad en riñón (Domingo, C; 2001)

2. Los diferentes métodos terapéuticos

Aunque las bases conceptuales y filosóficas son las mismas, existen variaciones según hablemos de China, Japón o la India, pero básicamente los métodos terapéuticos que utiliza la Medicina oriental se basan en los siguientes principios:

- A. **Compenetración con la naturaleza:** fitoterapia o utilización de hierbas para la sanación; macrobiótica o utilización del alimento como parte de nuestra inserción en el mundo biológico: somos lo que comemos.
- B. **Energías:** aquí se incluyen los masajes, el shiatsu o digitopuntura, la acupuntura. El shiatsu es una adecuación de la acupuntura al estilo japonés, por lo que nos referiremos a él como una técnica básica de medicina oriental japonesa.. La comprensión moderna limita la energía al mundo de la materia, mientras que en oriente se une al espíritu. La moxibustión consiste en preparar con hojas de moxa u otros ingredientes medicinales conos o bastoncillos que se hacen arder sobre puntos energéticos seleccionados. Los puntos de energía y los principios son los mismos que se utilizan en acupuntura con la aguja larga y fina
- C. **Espiritualidad.** Esta fuente de sanación es la más asociada a la forma de pensar oriental. “*El origen de la enfermedad es nuestra visión de la vida*” {Kushi, 1996 :13). Por consiguiente, la curación holística se inicia con los asuntos centrales (el despertar espiritual y la autorrealización, junto con la dieta y la actividad diarias) y emplea técnicas sintomáticas periféricas sólo cuando es necesario. Para ellos, el enfoque holístico es opuesto al de la medicina occidental, que comienza con las técnicas sintomáticas sin tratar para nada estos asuntos centrales. Por esta razón la medicina occidental ha sido incapaz de hacer frente al aumento de enfermedades degenerativas.
- El adiestramiento de la espiritualidad se realiza mediante técnicas de meditación y el chi-kung entendido como el arte del desarrollo mental, energía y vitalidad.

Las siguientes son las técnicas que existen dentro de cada uno de estos principios:

A. Compenetración con la naturaleza

▪ La fitoterapia:

Consiste en tomar decocciones medicinales preparadas con recetas de plantas, minerales y otras sustancias realizándose de forma individual para cada paciente. Las recetas médicas se pueden presentar de otras formas como píldoras, comprimidos, polvos y tinturas. Los chinos tienen una materia médica increíblemente extensa. Por ejemplo, la *Gran farmacopea de las plantas medicinales*, de Li Shih Chen, enumera 1892 tipos

diferentes de materia médica y más de 10.000 prescripciones médicas. Tanto los conceptos del yin y el yang como el de los cinco procesos elementales se aplican a la naturaleza y comportamiento de las plantas. Por ejemplo, las plantas que son frías y frescas se consideran yin, mientras que las que son calientes y tibias son yang.



Foto 1: Fitoterapia

- Dietética y macrobiótica

Quizá la dietética es una de las ramas del saber oriental que más se acerca al mundo occidental en el sentido de que en occidente se sabe y se destaca la importancia del alimento dentro del concepto de salud y dentro del concepto de medicina preventiva. Sin embargo, hay que destacar el hecho de que, aún sabiéndolo, los países desarrollados tienen unas tasas muy elevadas de obesidad y de enfermedades relacionadas con unos malos hábitos dietéticos (alteraciones cardiovasculares, diabetes, etc).

¿En qué se diferencia la macrobiótica o dietética oriental con las dietas sanas en general? La diferencia fundamental es la incorporación de la filosofía oriental que estamos exponiendo: la macrobiótica es la forma natural para la humanidad. Está basada en las leyes inmutables de la naturaleza. De acuerdo con la definición macrobiótica, el alimento incluye no sólo las sustancias que consumimos a través de nuestra práctica dietética, sino el arco completo de factores del entorno que consumimos de diferentes formas. Esta definición incluye minerales, como parte del mundo inorgánico; líquidos, como parte del entorno acuático que cubre la Tierra; aire, como parte de la atmósfera

que rodea la Tierra, y vibraciones, ondas, rayos y diversas formas de radiación, como parte de nuestro universo.

El bienestar humano no puede lograrse si no mantenemos el equilibrio adecuado entre estos factores medioambientales, simplemente porque la vida humana es una parte del entorno planetario. Nuestra necesidad diaria de estos componentes fluctúa dependiendo de las necesidades personales, condiciones climáticas, actividades sociales y diferencias en edad y sexo.

El alimento diario, al igual que todo lo demás en la naturaleza, puede ser entendido en términos de yin y yang: Huevos, carne, queso, pollo, pescado y otros productos animales producen calor y constricción, y se considera que tienen más energía yang o contractiva, mientras que los vegetales, incluidos cereales, legumbres y frutos tienen un efecto refrescante o relajante, son más yin o expansivos.

Como vemos, se aplican los mismos principios holísticos y de armonía.

Es interesante la siguiente cita del maestro de macrobiótica Kushi:

“Cuando comemos mal alimento, se produce una serie de vibraciones convulsas, y nuestro receptor no funciona adecuadamente. La meditación y el control respiratorio nos ayudan a obtener sensibilidad hacia vibraciones más refinadas, como cuando se ajusta el dial de un aparato de televisión. Pero entre los métodos espirituales, el modo de alimentarse es el más elevado. Sin comer adecuadamente, nuestras células no estarán altamente cargadas, y no podremos ser una persona realmente. La forma macrobiótica de alimentarse puede ayudar a todo el mundo a volverse altamente espiritual” (Kushi 1996: 286)

B. Energías

▪ La medicina externa:

Se refiere a otros tipos de terapia, aparte de la medicina oral: uso de ungüentos, escayolas, terapia del raspado, terapia del calor, terapia de ventosas y cirugía. No reciben este nombre porque se refieran a lesiones producidas desde fuera, sino porque se aplican externamente. Por ejemplo, en el caso de la terapia de ventosas, se refiere a calentar una taza o cuenco, haciendo arder dentro un trocito de algodón empapado en alcohol. A continuación se apoya el recipiente invertido sobre las partes enfermas del cuerpo del paciente; el vacío parcial que realiza el recipiente hace que se extraiga del cuerpo del paciente el ki o energía malos, en estado gaseoso. La terapia de raspado es un método sencillo que consiste en rascar con fuerza la espalda del paciente con una

moneda de cobre o una cuchara sopera de porcelana, siempre en la misma dirección, desde debajo del cuello a la cintura. El raspado mejora el flujo de energía y el sistema nervioso del organismo. Según la medicina china, va muy bien en dolencias como los mareos, los nervios, la pérdida de conciencia, la fiebre alta, las convulsiones infantiles, los vómitos y la insolación.

- La traumatología:

Incluye diversos tipos de terapéuticas para heridas tanto externas como internas, provocadas por incisión, fractura, contusión, dislocación y medios violentos. Está estrechamente relacionado con la práctica del kung-fú.

- La acupuntura y la moxibustión:

El principio básico es, como ya hemos comentado, que cada parte del cuerpo está conectada por una red completa de canales y colaterales y que, si se manipula por estos canales o meridianos, se puede desbloquear la situación y recuperar la salud.

Se colocan agujas muy finas, del grosor de un cabello, en los puntos seleccionados (más finas en la acupuntura japonesa que en la china). La sesión dura normalmente 20-30 minutos, mientras el paciente está acostado y relajado. Las sesiones se repiten una o dos veces por semana, en tandas de 10 a 15 sesiones. La evolución de los síntomas, en particular las variaciones del pulso y la lengua, diversifican los puntos a tratar y la frecuencia de las sesiones. Cuando el paciente va mejorando se trata cada 15 o 20 días, hasta darle de alta. En enfermedades crónicas es frecuente practicar sesiones de mantenimiento en los cambios estacionales.

Son instrumentos sencillos, pero con eficacia demostrada a lo largo de tres milenios. Como dice el Gran Maestro Wong Kiew Kit: *“...evidentemente, los instrumentos complejos, al margen de su coste y complicación, son muy útiles. Nadie podría sugerir en serio que los dejemos de lado. Pero el problema surge cuando dependemos demasiado de ellos, cuando parece que invertimos el papel de que ellos son los instrumentos y nosotros los amos. A veces se producen situaciones no sólo ridículas, sino limitadoras. Por ejemplo, hay personas que llevan una vida normal durante años, sin problemas médicos, y sin embargo, hay médicos que insisten en que están enfermos, por el mero hecho de que las lecturas que hacen unos instrumentos sofisticados indican*

que algunas de sus condiciones físicas (como la presión arterial y el colesterol) se encuentran por encima de ciertos niveles...”(Wong; 2001:77)

Como un órgano determinado también es un microcosmos de todo el cuerpo, algunos acupuntores actúan sobre un órgano externo concreto, como la oreja (auriculopuntura), la palma de la mano, la planta del pie (reflexoterapia) o toda la cabeza. A veces se utiliza la moxibustión en lugar de acupuntura.

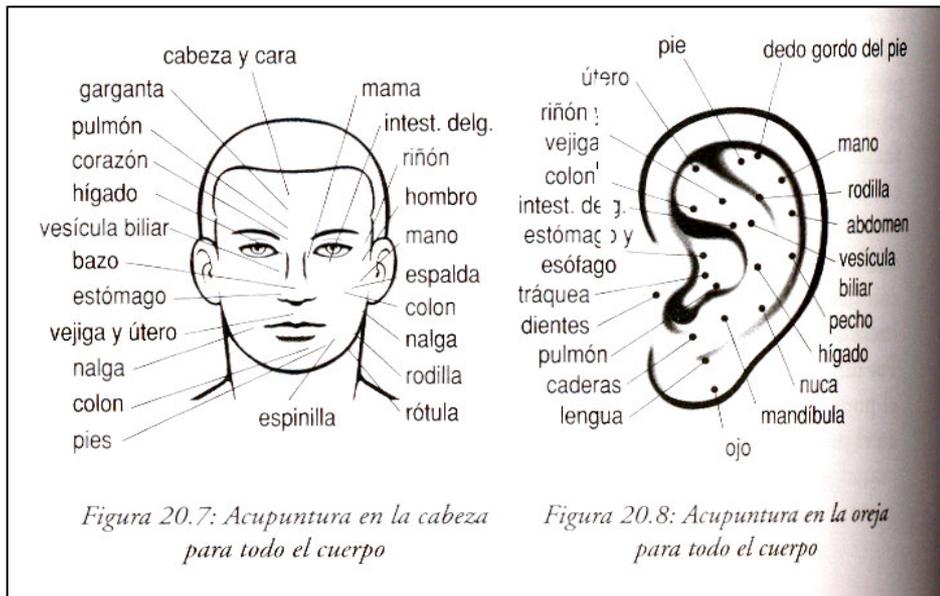


Figura 12: Acupuntura en cabeza y oreja.
Fuente: : Wong Kiew Kit (2003:330)

- El shiatsu y la terapia de masaje:

Tuina, Anmo, Do-in o shiatsu constituyen variantes y denominaciones diferentes a lo largo de la historia de una técnica terapéutica básica, pero todos parten de los mismos principios que la acupuntura, aunque utilizando las manos del terapeuta en lugar de agujas para equilibrar el flujo de energía del paciente . La terapia de masaje, junto con la acupuntura y la fitoterapia, fueron las primeras terapias chinas que dispusieron de cátedras en la universidad Imperial de Medicina (la primera facultad de medicina del mundo) durante la dinastía Tang (siglos VI al IX d. de C.).

En Japón la variante trabajada es el shiatsu, en el cual vamos a profundizar.

Orígenes chinos del shiatsu

El libro chino de medicina más antiguo que se conoce se llama *Huang Ti Nei Ching* (“El Clásico Amarillo de Medicina Interna del emperador”). En él, el legendario Emperador pregunta a su médico Ch’i Po, sobre los problemas de medicina y salud del pueblo. En un famoso pasaje, Ch’i Po explica cómo se habían desarrollado diferentes formas de medicina en diferentes regiones, de acuerdo con el clima y las enfermedades más frecuentes padecidas por las respectivas poblaciones. El tratamiento con plantas, agujas y calor se atribuía a todas las regiones, pero el desarrollo de la terapia física con masajes y ejercicios de respiración era el propio de las gentes de la región central de China. Así empezó una larga asociación del masaje y la terapia manipuladora, con ejercicios físicos especiales, técnicas respiratorias y meditaciones curativas. El conjunto de estas prácticas curativas se conoció bajo el nombre de *Tao Yin*, métodos para ayudar a que las sutiles energías internas del cuerpo fluyan. El shiatsu es el moderno heredero de esta tradición. Fue un monje budista el que introdujo la medicina china en Japón en el siglo VI. Los japoneses practicaron y mejoraron muchos de sus métodos para adaptarlos a su propia fisiología, temperamento y clima. Sobre todo practicaron la curación manual y las artes del diagnóstico. (Lundberg; 1992: 67)

El desarrollo del shiatsu en Japón

El shiatsu como tal ramificación independiente se inició a principios del siglo XX (ya que mucho tiempo antes ya existía la terapia de masaje), desarrollándose diferentes escuelas que contribuyeron a establecer el shiatsu como terapia. Hoy son muchos los estilos. Algunos se concentran en los puntos de acupresión (acupuntura), otros dan más importancia al trabajo en el cuerpo a lo largo de los canales de energía para influir en el ki que fluye por ellos, mientras que otros destacan los sistemas de diagnosis, como el sistema de los “Cinco elementos” o el tratamiento macrobiótico.

Las dos escuelas más influyentes son las fundadas por Tokojiro Namikoshi y Shizuto Masunaga.

➤ **Escuela Namikoshi:**

De una manera en un principio intuitiva, Tokujiro Namikoshi empezó a tratar a su madre, aquejada de fuertes dolores reumáticos. Primero utilizó una proporción de 80% masaje y 20% presión con los dedos, pero se dio cuenta de que invirtiendo los porcentajes la efectividad era mayor. Después de profundizar en su estudio, fundó en

Tokio la primera escuela especializada de Japón -The Japan Shiatsu Institute- en 1940. En 1957 el shiatsu obtuvo la licencia oficial del Ministerio de Salud y Bienestar, aunque no fue hasta el año 1964 en el que fue reconocida como una terapia diferente del *anma* y de otras formas de masaje. La escuela la continuaron los descendientes del fundador. Su hijo, Toru Namikoshi vivió durante 7 años en Estados Unidos introduciendo el shiatsu, y contribuyó a su expansión en todo el mundo. Su terapia está más aceptada por la clase médica porque tiene un conocimiento llamémosle más “científico”, con un profundo conocimiento de la anatomía y fisiología del organismo, menos “espiritual” que otras corrientes; sin embargo, no opina que cada sistema funcione de una manera tan independiente como se estudia en occidente.

➤ **El shiatsu Zen:**

En 1970 Masunaga, un profesor del Japan Shiatsu College, al no estar de acuerdo con la rigidez de las enseñanzas de la escuela Namikoshi, fundó la suya propia, el Io-kai Center de Tokyo. Unió a su experiencia en shiatsu sus estudios de psicología occidental y medicina china, y mejoró también los métodos de diagnóstico. Su sistema ampliado incluyó ejercicios especiales, conocidos como *Makko Ho*, para estimular el flujo del ki y formuló una serie de principios orientadores para hacer más eficaces las técnicas. Llamó a su sistema shiatsu-zen, inspirándose en el acercamiento simple y directo a la espiritualidad de los monjes budistas zen del Japón. Esta corriente ha desarrollado varias a su vez y está muy extendida entre los extranjeros.

Características de la terapia shiatsu

El shiatsu (shi-dedo-y atsu –presión-) aplica presión manual y digital a la piel, con el ánimo de prevenir y curar afecciones estimulando el poder de recuperación natural del cuerpo, eliminando los elementos productores de fatiga y promoviendo el buen estado de salud general. Las siguientes son sus características definitorias (Namikoshi; 1991:22)

1. Diagnóstico y terapia combinadas. Cada aplicación de presión es un diagnóstico que permite al terapeuta tratar el cuerpo según sus condiciones. Las manos y dedos del terapeuta entrenado son sensibles para detectar alteraciones de la piel, músculos o calor corporal y determinar el mejor tratamiento a emplear. Los problemas en los órganos internos se transmiten a la superficie de la piel y los músculos, produciendo hiperestesia o dolor en la zona, llamado

“dolor de referencia”. Este hecho es muy importante para detectar lesiones internas. El shiatsu aplicado a esas zonas hipersensibles o tensiones musculares en la superficie del cuerpo puede hacer reversible el proceso. Por ello, el tratamiento del shiatsu no se limita a los puntos de la acupuntura: busca los puntos de penetración más profunda, que dan mayor satisfacción, óptimos para trabajar con el ki

2. Utilización exclusiva de manos y dedos; el shiatsu no requiere de la ayuda de otros mecanismos o medicinas.

3. Ausencia de efectos secundarios. Puesto que los puntos son tratados y presionados con una fuerza acorde con el objetivo, el tratamiento no se acompaña de disconfort, dolores musculares, etc.

4. No hay limitación de edad. El shiatsu se puede aplicar a personas de todas las edades, desde niños a ancianos. En los jóvenes, ayuda a fortalecer el cuerpo y en los adultos y personas de edad media previene enfermedades y el desgaste del envejecimiento

5. El shiatsu es un barómetro de salud. La práctica habitual del shiatsu ayuda a detectar irregularidades y prevenir la acumulación de fatiga y por tanto la posibilidad de enfermar.

6. Fomenta la confianza y dependencia entre el paciente y el terapeuta. La determinación del terapeuta de curar al paciente y la confianza de éste incrementan la efectividad del tratamiento

7. El shiatsu es efectivo porque trata todo el cuerpo. Los tratamientos localizados pueden tener efectos temporales pero no curan las enfermedades de base. Esto sólo se consigue si primero se trata todo el cuerpo y solo después se ocupa de localizaciones que muestren una sintomatología.

Los puntos o *tsubos*

Un tsubo se define como un punto de presión, donde se puede contactar el ki. Su estructura es más tridimensional de lo que sugiere la palabra “punto”.

A los chinos les gustaba emplear el agua como metáfora del ki. Los canales son como ríos y los puntos como remolinos, vértices o torbellinos en la corriente. Tanto los canales como los puntos se encuentran en los espacios entre los músculos y otros tejidos

del cuerpo. Estos tejidos son como las orillas de un río: es el agua la que crea el canal, pero las orillas influyen en la corriente.

Los caracteres o ideogramas (*kanjis*) chinos y japoneses son representaciones visuales de objetos o ideas. El kanji de “tsubo”, como se ve en el dibujo, quiere decir “recipiente”, y representa el punto donde hay que presionar en la piel. Los tsubos son como aberturas que conducen a los canales y el ki responde. Incluso el dolor es un dolor placentero. Algunos tsubos son más laxos, más abiertos que otros. La tensión física bloquea el ki y ocasiona tsubos deformados o cerrados, difíciles de penetrar. La presión sobre estos puntos puede ser incómoda o dolorosa, y se recomienda no insistir en ellos mucho rato, ya que el que lo aplica se cansa excesivamente y el que lo recibe no sale beneficiado.

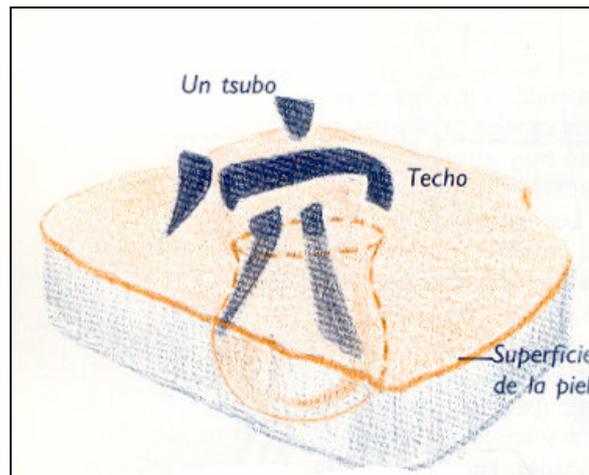


Figura 13: Representación del kanji “Tsubo” como recipiente

Fuente: Lundberg P. (1992:78)

Diferentes técnicas de masaje:

Además de los dedos, se puede usar casi todas las partes del cuerpo en la práctica del shiatsu. Todas las técnicas implican aplicar el peso del cuerpo a través de los dedos, pulgares, palmas de las manos, codos, rodillas o pies. La efectividad depende de la manera en que se aplique la presión

- Pulgares: puede ser con uno, con los dos en paralelo o uno encima de otro. Es el dedo que se usa más corrientemente, ya que es penetrante y preciso
- Palmeo: la presión ha de ser suave pero firme. Sustenta, reconforta y tonifica. Elimina rigideces y reacciones defensivas antes de continuar con la técnica de los pulgares
- Empleo de codos, rodillas y pies: hay tres razones para usarlos. Primera, los pulgares y los dedos pueden cansarse por las exigencias físicas del shiatsu; segunda, los codos, rodillas y pies son apropiados para trabajar en las partes más robustas. La tercera razón es que son excelentes para trabajar sobre músculos rígidos o doloridos por efecto de la tensión. Con los pies, la técnica que más se utiliza y menos riesgos tiene es para trabajar en los pies del receptor. Estiramientos y rotaciones: las rotaciones liberan las articulaciones y colocan correctamente las extremidades para trabajar en cada canal. Los estiramientos abren los canales energéticos y activan el ki

Tras la primera o segunda sesión de shiatsu o acupuntura es normal que aparezcan ciertos síntomas de malestar físico o cansancio debido a la reacción de nuestro organismo, al que hemos puesto a trabajar: se le saca del sopor o falta de reacción en que estaba.

C. Espiritualidad

▪ Meditación:

“La reflexión sobre uno mismo y el despertar espiritual no pueden ser proporcionados por otra persona. Son un producto de nuestra propia autorrealización y práctica”(Kushi; 1996:12)

La aspiración de una vida espiritual elevada y la búsqueda de la perfección son dos constantes en las culturas orientales. Están convencidos de que aquietar la mente a través de la meditación ayuda a disolver pensamientos negativos que interfieren en el proceso de curación. Pensamientos y emociones negativas perturban el discurrir de la energía por meridianos y células. La meditación, incluyendo la simple regulación de la respiración puede ser una poderosa herramienta de la curación. Las personas diestras en

la meditación han demostrado la capacidad de controlar conscientemente sus funciones digestiva, respiratoria y circulatoria (práctica del yoga). Hoy en día en occidente se denomina “relajación” y está siendo muy utilizada para enseñar a los pacientes a relajar el tono de los nervios autónomos, reducir la tensión sanguínea y aliviar el estrés sobre el corazón y otros órganos internos.

- La gimnasia energética y los ejercicios para la salud: Taichi, Qigong; La terapia de chi-kung.

Los ejercicios para la salud incluyen la fisioterapia, los ejercicios de chi-kung y las artes marciales, siendo su función preventiva tan importante como la curativa. Una diferencia decisiva entre los ejercicios para la salud chinos y los occidentales es que aquéllos no sólo van dirigidos a los huesos y los músculos, sino también a los órganos y los sistemas internos.(Wong Kiev Kit; 2003:208)

El chi-kung es un término amplio que abarca todos los métodos terapéuticos que recurren a equilibrar el flujo de energía como principio básico para recuperar la salud, y tiene como base el movimiento a partir de un estado relajado de la mente. Cuando permanece serena, centrada e independiente, la mente dirige al ki, que influye en el cuerpo. La tradición del chi-kung enseña que *“la mente controla el ki, el ki se mueve”*. El método más simple para conseguirlo es el control de la respiración: a medida que se aprende a coordinar la respiración con el movimiento del cuerpo, éste se puede trabajar lenta y suavemente con el mínimo esfuerzo. Un principio importante es que el paciente de ninguna manera tiene que quedar agotado después de hacer el ejercicio. Todos los ejercicios se tienen que practicar sin hacer nada de fuerza. Como dice el Gran Maestro Wong *“es holista porque afecta a todo el cuerpo; es natural porque no utiliza ni materia médica ni ningún instrumento, y es activo porque el paciente debe tomar la iniciativa en el tratamiento”*

El Taichi kun , o taichi, es la disciplina china basada en una particular danza de movimientos suaves y lentos que además sirve como base para otras artes marciales de defensa –aunque su objetivo esencial no es la defensa-, y aumenta el bienestar de las personas sanas. Además, es capaz de mejorar los síntomas de pacientes cardiovasculares, de aumentar la funcionalidad de los mayores y de paliar la ansiedad, la depresión y el estrés.

El propio nombre de la disciplina encierra su aproximación integral al ser humano porque tai significa equilibrio, armonía, y chi –como ya sabemos-es la palabra china para designar la energía vital.

Además de mantenerse saludable, porta la esencia de una filosofía milenaria, el taoísmo, que afirma: “*las experiencias externas sirven para sentir el mundo, y las internas, para comprenderlo*”, y es que este arte marcial está concebido como una forma de conocimiento personal, un modo de profundizar en la propia personalidad y descubrir todo su potencial.

En el esquema siguiente se aprecia a modo de resumen las diferencias en cuanto al diagnóstico y tratamiento entre la biomedicina y las medicinas orientales que Ohnuki-Tierney (1984) percibe y nos propone:

Diagnóstico y tratamiento: biomedicina y medicina oriental

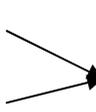
	I Presentación de los síntomas del paciente	II Diagnosis	III Tratamiento
		A	B
		a,c,e + x,y,z  síndrome	
Biomedicina	a,b,c,d,e	(Síntomas detectados por el médico)	Identificación de la enfermedad=identificación de un agente patógeno
		a,b,c,d,e + f,g,h,i (síntomas detectados por el médico)	Tratamiento de la enfermedad= destrucción del agente patógeno
Medicina oriental	a,b,c,d,e	+ Edad Sexo Constitución innata Medioambiente	Determinación de la naturaleza del desequilibrio en el cuerpo del paciente
			Restauración del equilibrio

Tabla 2. Fuente: modificado de Ohnuki-Tierney (1984:94)

En la biomedicina la identificación de la enfermedad (disease) consiste en primer lugar en la identificación de la causalidad. Más específicamente consiste en determinar el patógeno que está causando directamente la enfermedad más que analizar otras posibles causas o circunstancias que han permitido actuar a ese patógeno. El tratamiento en biomedicina consiste, entonces, en atacar el microorganismo patógeno.

Este abordaje contrasta con el de la medicina oriental, cuyo énfasis se da fundamentalmente en el tratamiento de los síntomas. Las diferencias se aprecian en la tabla de Ohnuki-Tierney: los pacientes consultan al médico alopático y le describen sus síntomas (a,b,c,d,e). Sin embargo, estos síntomas autopercebidos no son considerados por el médico a no ser que sean biomédicamente relevantes, es decir, si las evaluaciones “objetivas” tales como análisis de sangre o radiografías así lo determinen (x,y,z). Desechará como no relevantes los que no se puedan objetivar (b, d).

El diagnóstico en la medicina oriental *kanpo* le da gran importancia a *todos* los síntomas descritos por el paciente (a,b,c,d,e), más la exploración del médico (f,g,h,i), el cual hace especial énfasis en el pulso, la lengua, la observación.. A esto hay que añadir una serie de características inherentes al paciente que deben ser entendidas y tenidas en cuenta para prescribir el tratamiento correcto: edad, sexo, características psicológicas, constitución innata (*jissho* o fuerte y *kyosho* o débil, conceptos en los que profundizaremos más adelante), o las características medioambientales en las que se desenvuelve.

En contraste con el énfasis en la patogénesis que hace la biomedicina, el desequilibrio en el organismo es la causa fundamental de la enfermedad en la medicina oriental

2.3 Un nuevo concepto y una nueva terminología: La “Tercera Medicina” o medicina integrada

“La medicina convencional no tiene todas las respuestas a los problemas de las enfermedades, por eso es tan importante averiguar qué contribuciones positivas puede hacer la medicina complementaria. De modo que es necesario reunir lo mejor de ambos sistemas para trabajar conjuntamente para que la raza humana obtenga el máximo de beneficios” (Thompson 1989)⁹

⁹ Cit en Wong Kiew 2003

Efectivamente, desde hace tiempo se están levantando voces que están clamando por lo que el Dr. Astumi, profesor emérito de la Universidad de Tokyo, denominó la “TERCERA MEDICINA” en la 4ª Conferencia Internacional de Ciencias de la Conducta en Salud celebrada en Japón en el año 2001. Son numerosos los foros y revistas a nivel mundial que se están celebrando siguiendo esta línea de colaboración mutua. El Dr. Astumi pone un ejemplo: *“Cuando hay un paciente con un hueso roto, la aromaterapia o la acupuntura no le benefician. En ese caso es necesario practicarle la cirugía y basarnos en la medicina occidental. Después de la cirugía, se deberían administrar antibióticos y analgésicos, pero algunos antibióticos son peligrosos para el paciente. En ese caso podríamos utilizar plantas, hipnosis o aromaterapia.”*

La “Tercera Medicina” también se ha denominado desde Estados Unidos “Medicina integradora” añadiendo otro matiz, y de hecho se ha creado un “Centro de Medicina Integradora” en la Universidad de California. Su Directora, Ellen Hughes (Hughes, 2001), explica que es un nuevo concepto, diferente de Medicina “no convencional”, “holística”, “alternativa” u “oriental”. La Medicina integradora no es necesariamente una práctica no occidental, sino un talante y una forma de tratar al paciente: se puede ir a un acupuntor para el que el paciente sea tan sólo un dolor de espalda y también se puede ir a un médico occidental que tenga interés holístico y comprensión, pero en general el sistema no ayuda al tener escasos 5 minutos para ver a un paciente. La nueva medicina debe estar basada en la mejor ciencia, lo cual quiere decir que constantemente debe estar preguntándose: “¿funciona? ¿ésta es la mejor medicina?”, y por tanto estar abierta a nuevos paradigmas. Hughes ve el problema de la existencia de dos sistemas paralelos sin comunicación entre sí. Por tanto el dilema no es que el paciente acuda a uno u otro, sino que, existiendo un profundo conocimiento del paciente por parte del médico, éste le ofrezca lo mejor de cada uno de esos sistemas. Aunque ésta es la esencia del concepto, sin embargo hay diferentes fórmulas de articulación entre ambas medicinas, siendo la búsqueda de estas nuevas formas uno de los objetivos básicos de este estudio.

El “Centro de Medicina Integradora” de California es diferente del “Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa que se creó en el año 1999 dependiente del NIH (National Institute of Health) y cuya finalidad es investigadora. El Centro de Medicina Integradora tiene como objetivos, además de la investigación, la docencia a

estudiantes y la clínica, mediante el intercambio entre estudiantes de ambos modelos dentro de la misma ciudad.

En Estados Unidos hay varios Hospitales y centros que tienen específicamente una Unidad de Medicina integrada. Dignos de mención son la “King County Natural Medicine Clinic” en Kent, establecida en 1996 específicamente para atender a comunidades racial y étnicamente mixtas y de bajo nivel de ingresos, el “Center for Integrative Medicine” en la Universidad de Arizona fundado en 1994, y el “Integrative Medicine Center” ubicado en el Griffin Hospital en Connecticut que ofrece cuidados para los pacientes ambulatorios plenamente basados en el consenso. Este Instituto tiene un enfoque propio de la integración, ya que está codirigido por un médico alopático y uno naturópata. Los pacientes, tanto los que llegan por su cuenta como los que son remitidos por un médico son evaluados secuencialmente por un médico convencional y por un naturópata. Después se reúnen, hacen una revisión de todas las opciones terapéuticas, y consensúan un tratamiento con el paciente. Pueden remitir a estos pacientes a un panel de practicantes de TC avalado por el Instituto en todo el estado para recibir tratamientos especializados. Precisamente entre los servicios que el Instituto proporciona se encuentra el de evaluar las acreditaciones y el currículo de práctica de estos terapeutas (tienen potestad para ello). Otros modelos de medicina integrada en USA operan de manera similar {Katz, 2003}

El Centro integrado de la Universidad de Arizona opta por otra forma de integración: llevan a cabo un programa en el que los médicos convencionales reciben una formación suplementaria en las disciplinas de TC y en medicina natural, es decir, la introducción dentro del currículum de medicina de estas disciplinas. Este es también el modelo por el que ha apostado Japón como veremos más adelante.

En Inglaterra se han puesto en marcha varios proyectos a cargo de la “Fundación para la Medicina Integrada”. Entre las diferentes experiencias se encuentran: un programa para dejar de fumar utilizando hipnosis y acupuntura en Manchester, utilización de aromaterapia y homeopatía en la menopausia en Sheffield, un proyecto piloto en Newcastle-Uppon-Tyne para derivar servicios de medicina complementaria desde el Sistema Nacional para problemas generales, o la utilización de acupuntura en partos en la maternidad de Derriford {Newman-Turner, 2003 }

Conceptualmente existen diferencias en la integración con la medicina oficial si las terapias se toman como complementarias o como alternativas. Esas diferencias se podrían resumir en el siguiente cuadro:

Relaciones complementarias y alternativas entre el modelo médico naturista y el Modelo Médico Hegemónico

COMPLEMENTARIAS	ALTERNATIVAS
1. Utiliza elementos propios del MMH como diagnóstico y tecnología	1. Es un sistema en sí mismo, con un corpus teórico, tradición y redes asistenciales
1. La formación de los médicos es académica y eso se traduce en una tendencia a la similitud del acto médico, no de la terapia	2. Es una medicina no agresiva
2. Utilización casos de urgencia de los complejos hospitalarios	3. Utiliza terapias ajenas a los circuitos asistenciales oficiales
3. Reconocimiento y utilización de la cirugía, aunque con menos asiduidad que la medicina oficial	4. No medicalización, por lo tanto no consume del complejo farmacológico dominante
4. La práctica balneoterápica empieza a reconocerse oficialmente, aunque únicamente en tratamientos para la tercera edad	5. Carece de reconocimiento oficial y por lo tanto de apoyo del Estado
5. Tratamientos de enfermedades crónicas en las que el MMH no tiene soluciones definitivas	6. Nacimiento sin dolor al margen de la red pública de asistencia
	7. Disminución de la yatrogenia medicalizante

Tabla3. Fuente: {Pardo Jávega, 1996:239}

Pero independientemente de las formas de integración (aunque es evidente que la utilización complementaria está más en sintonía con la integración que la alternativa), son numerosos los foros internacionales en los que se habla de estos temas, como el

“Congreso Internacional de Medicinas Complementarias” (Zaragoza Marzo 2005), la “V Conferencia Internacional de Ciencias de la Conducta en Salud : Abordajes integrales” en el 2005 en Taiwan, así como son también multitud de Asociaciones y revistas relacionadas con el temas (ver anexo), que con el boom de Internet están cada vez más comunicadas entre sí.

Tipos de sistemas de salud en relación a la “Tercera Medicina”

La Organización Mundial de la Salud ya ha acuñado este término y lo aconseja vivamente como objetivo hacia las Políticas de Salud de los países en su “Estrategia sobre medicina tradicional 2002-05: *“Integrar las MT/MCA (Medicinas tradicionales, complementarias y alternativas) según sea apropiado, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales sobre MT/MCA)”*. Define **tres tipos de sistemas de salud** para describir el punto hasta el que la MT/MCA es un elemento sanitario oficialmente reconocido:

1. **Sistema integrado:** la MT/MCA está oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria. Esto significa que está incluida en la política de fármacos nacional relevante del país; los proveedores y los productos están registrados y regulados; las terapias están disponibles en todos los centros, tanto públicos como privados; el tratamiento se reembolsa bajo el seguro sanitario; se realizan estudios relevantes y se dispone de educación sobre MT/MCA. Mundialmente solo China, la República Democrática Popular de Corea, la República de Corea y Vietnam puede considerarse que tienen un sistema integrador.(ver tabla. Documento estrategia OMS)
2. **Sistema inclusivo:** Reconoce las MT/MCA pero todavía no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad, ya sea aporte de cuidados sanitarios, educación y formación o regulación. Es posible que la MT/MCA no esté disponible a todos los niveles sanitarios, puede ser que el seguro sanitario no cubra los tratamientos, puede que la educación oficial de MT/MCA no esté disponible en el ámbito universitario, y puede que no exista una regulación de los proveedores y productos de MT/MCA o que en caso de existir solamente sea parcial. Dicho esto, se estará trabajando en la política, normativa, práctica, cobertura sanitaria, la investigación y la educación. Los países que tienen en

funcionamiento un sistema inclusivo incluyen países en vías de desarrollo tales como Guinea ecuatorial, Nigeria y Mali, que tienen una política de MT/MCA nacional, pero poco o nada sobre regulación de los productos, y países desarrollados tales como Canadá o Reino Unido que no ofrecen un nivel educativo universitario importante en MT/MCA, pero que se están esforzando en mejorar la calidad y la seguridad de la MT/MCA. Por último están los países que operan un sistema completo y que esperan obtener un sistema integrador .(ver tabla. Documento estrategia OMS)

3. **Sistema tolerante:** el sistema sanitario nacional está basado enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT/MCA.

Tabla 2 Ejemplos de países con un enfoque integrador para la MT/MCA

Política nacional sobre MT/MCA	Unidad o departamento de MT/MCA en el ministerio de sanidad	Regulación de productos de hierbas y de la industria de productos de hierbas	Recursos humanos de MT	Prácticas a todos los niveles, incluyendo hospitales públicos (p.e. si se practica en hospitales públicos la MT/MCA está integrada en el sistema sanitario nacional)	Cobertura en el seguro sanitario para tratamientos y productos	Institutos nacionales de investigación de MT/MCA	Educación oficial universitaria que comprende tanto la MT como la MA para médicos, farmacéuticos y enfermeras
China	Administración estatal de medicina tradicional y complementaria (MTC)	Regulación - Si La farmacopea incluye listas de hierbas de medicamentos esenciales que incluye medicinas de hierbas Fabricantes 600 Cultivadores de hierbas 340 000	Doctores MTC 525 000 Doctores MTC/MA 10 000 Farmacéuticos MTC 83 000 Doctores asociados 72 000 Farmacéuticos MA 55 000	Hospitales MTC 2 500 Hospitales MTC/MA 39 Camas totales 35 000 Hospitales de MT para grupos minoritarios 127	Total	170 institutos de investigación nacionales y estatales	30 universidades MTC 3 Colegios de MT para grupos minoritarios 51 escuelas de tecnología médica de MTC
República de Corea	Bureau de Medicina Oriental	Regulación - Si La farmacopea incluye hierbas	Doctores orientales 9 914 Practicantes de Acupuntura 4 500	107 hospitales de medicina oriental y 6 590 clínicas locales de medicina oriental	Total	1 instituto de investigación nacional	11 universidades de medicina oriental
Vietnam	Departamento de MT sobre MT 1955	Regulación - Si Lista de medicinas esenciales incluye medicinas de hierbas Fabricantes estatales 2	Doctores de MT 25 500 Practicantes de Acupuntura 20 000 Practicantes de MT 5 000	48 hospitales con departamentos de MT	Total	3 institutos de investigación nacionales	Facultad de MT en 3 colegios médicos, 2 escuelas de tecnología médica de MT

Fuentes: compilado a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

Tabla 3 Ejemplos de países con un enfoque inclusivo para la MT/MCA

Política nacional sobre MT/MCA	Unidad o departamento de MT/MCA en el ministerio de sanidad	Regulación de productos de hierbas y de la industria de productos de hierbas	Prácticas a todos los niveles, incluyendo hospitales públicos (p.e. si se practica en hospitales públicos la MT/MCA está integrada en el sistema sanitario nacional)	Cobertura en el seguro sanitario para tratamientos y productos	Institutos nacionales de investigación de MT/MCA	Educación oficial universitaria que comprende tanto la MT como la MA para médicos, farmacéuticos y enfermeras
India	Si	Si	Si, en algunos hospitales estatales	No	Si	Si
Sri Lanka	Si	Si	No	No	No	No
Indonesia	Si	Si	Si, en algunos hospitales estatales	No	Si	No
Japón	No	No	Si, en algunos hospitales estatales	Si	Si, en algunas prefecturas	No
Australia	No	Si, en algunos estados	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	No	Si
Emiratos Árabes Unidos	No	No	Si, en algunos hospitales estatales	No	Si	No
Alemania	No	No	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	Si	No
Noruega	Si	Personal a cargo	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	Si, en una universidad estatal	No
Reino Unido	Si	No	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	No	No, en vías de preparación
Canadá	Si	Si	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	Si, en algunas universidades estatales	No
EE UU	No	No	Si, en algunos hospitales estatales	Parcial	Si, NCCAM y en algunas universidades estatales	No
Ghana	Si	Si	No	No	Si	No
Nigeria	Si	Si	Si	No	Si	No

Fuentes: compilado a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

Pero hay actitudes contradictorias por parte de los gobiernos, por un lado potenciando y por otro retrayendo las iniciativas, probablemente por intereses económicos, pero si hay que hablar de economía, también hay que saber que en general los costes de la Medicina alternativa son una quinta o una décima parte de la medicina convencional y éste es el motivo por el que se creó el Centro de investigación de Medicina Complementaria y Alternativa en Estados Unidos que comentamos antes . Se van realizando acciones en ambos sentidos, pero lo que es claro es que existe una demanda por parte de la sociedad para que se viva la enfermedad desde un punto de vista más humanístico, “*la enfermedad como un modo de vivir que médico y enfermo convierten en co-creación en la aventura diagnóstica y terapéutica de la curación*”{Oringer, 1997:56}.

Hay que tener en cuenta que la integración debe hacerse en distintos niveles: a nivel clínico y a nivel académico. A su vez en el nivel clínico los niveles de integración son varios: por un lado la integración administrativa, por otro lado la integración entre los terapeutas no convencionales y el sistema y por último la integración clínica propiamente dicha¹⁰

Los niveles o temas de integración que hay que trabajar cuando se coordina un sistema integrado son los siguientes{Halpin, 2006} :

Temas y sub-temas para la integración de modelos de salud

<i>Temas</i>	<i>Definición</i>	<i>Subtemas</i>
Barreras en la organización	Barreras de comunicación e inhibición de la integración	Escepticismo, problemas de inicio, costes, espacios
Asuntos propios de la integración	Asuntos relativos a la provisión de servicios de calidad, protocolos y roles	Dsiponibilidad de servicios de TC. Cualificaciones profesionales. Status y credibilidad de los terapeutas.
Investigación sobre la evidencia	Evidenciar para determinar la efectividad de las terapias	Métodos apropiados
Educación	Favorecer la formación para el desarrollo de líderes	Formación individual Redes Formación de coordinadores

Tabla 5. Fuente: modificada de {Halpin, 2006 }

¹⁰ Shortell SR et al.(1996)Remaking health care in America. San Francisco (CA): Jossey Bass. Cit en {Coulter, 2005}

¿Y cuál es la situación de la Medicina Integrada en los países objeto de este estudio?

Según la OMS, Japón se encuentra entre los países con sistema inclusivo porque tradicionalmente la oriental ha sido su propia medicina. No se encuentra, sin embargo, entre los países con sistema integrado como otros asiáticos de su entorno debido a que ha estado fuera del sistema oficial durante 100 años.

Respecto a España, aunque la OMS no la nombra explícitamente, en mi opinión se encuentra entre los países con un sistema tolerante. Aunque está dando tímidos pasos hacia un sistema inclusivo, todavía le queda mucho tiempo para alcanzarlo.

Como se intuye por todo lo que estamos comentando, la medicina integrada es un resultado directo de uno de los fenómenos más importantes que se están dando en la actualidad, como es el fenómeno de la globalización. Por ello creo que es necesario también enmarcarlo para poder entender los procesos de cambio que se están sucediendo

2.4 ¿Es posible mantener un único modelo de salud en un mundo globalizado? Efectos de la globalización en el sector salud:

“Hace cien años lo natural era que los occidentales enseñasen y los orientales aprendieran. Hoy los papeles se han invertido. Oriente vuelve a tener el papel que siempre tuvo en la Historia.” {Wilkinson, 1991}

Cuando se habla de la globalización, se habla de un fenómeno que aparentemente afecta a áreas en las cuales el mundo se está interconectando gradualmente. Se habla a menudo de política, economía, crimen, drogas, comercio, moda, comida...pero apenas aparece la medicina, lo cual resulta extraño si nos atenemos a la larga historia de difusión del conocimiento médico. Si en la antigüedad se expandieron los modelos médicos indio, árabe o mediterráneo, desde el siglo XVIII el conocimiento médico europeo se expande más y más por todo el mundo, aunque ahora ya no son los administradores coloniales o los misioneros los que lo transmiten, sino los Gobiernos, el Banco Mundial, las Compañías farmacéuticas y las Organizaciones no gubernamentales.

Posturas de la Antropología frente a la globalización

Aunque el fenómeno de la globalización no es nuevo, sí es cierto que se está abordando en los últimos tiempos por el impacto que ha tenido en las Ciencias Sociales. Los

primeros estudios sobre el tema se realizan a principios de los 80, basándose en el libro de Wolf “*Europa y los pueblos sin Historia*”, que tuvo una gran repercusión. Parte de la idea de que no hay pueblos sin historia, y además de que la historia del mundo es una, ya que los pueblos de la Tierra están interrelacionados sobre todo a partir de las grandes conquistas, pero también desde el inicio de la ruta de la seda. Wolf opina que todos los pueblos tienen historia, o más bien que la historia del mundo es una pero cada uno la vive de distinta manera.

Las teorías sobre la modernización suponen el primer intento de las Ciencias Sociales de enfrentarse a la globalización. El supuesto de la globalización es evolucionista: hay un proceso evolucionista hasta llegar a la modernidad; el término países subdesarrollados o en vías de desarrollo tiene como punto de referencia a los países que actúan como locomotora y marcan el camino que los otros deben seguir. Wolf critica esta idea, para él no hay modernidad. Antes de Wolf, Wallerstein habla de una economía global o “sistema mundo”, pero también habla de una locomotora y vagones, del centro y la periferia. Tal y como le ocurrió a Lévi-Strauss, los autores se decantan entre el evolucionismo y el determinismo. La Antropología ha desarrollado dos posturas básicas ante la globalización y la diversidad (García Canclini 1999):

1. Los que, influenciados por Wolf, consideran que todo es mera interacción y que no existen ya culturas locales, planteando un proceso evolutivo. Los medios de comunicación han dado lugar a signos de interacción que han dado como resultado una homogeneidad... Supone un replanteamiento de las ideas difusionistas de F.Boas
2. La interacción y la globalización son un fenómeno más cíclico que lineal, no es un fenómeno inexorable. Produce un rechazo desde lo local. Lo importante no es encontrar un rasgo aislado de un pueblo en otro, sino el significado que se le da en el nuevo contexto. Por ejemplo, la globalización parecida a la de finales del siglo XX ya se produce a finales del XIX con la aparición de inventos como el telégrafo, el teléfono, etc, que producen el mismo efecto de revolución que ahora estamos teniendo con las nuevas tecnologías.

Todo ello supone, en definitiva, un análisis de la relación entre lo global y lo local. Ulrich Beck acuña un nuevo término para definir esta situación, y es el *glocalismo*, que supone la identificación local dentro de un mundo globalizado; él habla de “diferencia

inclusiva”{Beck, 1998:127). Asimismo distingue entre los conceptos de *globalidad*, *globalización* y *globalismo*: la globalización subraya el elemento de proceso que tiene lo transnacional como intensificación de los espacios, sucesos, problemas y conflictos transnacionales; el concepto de globalidad representa la afirmación de una realidad: existe una *sociedad mundial*, cuya presencia es irreversible, multidimensional, policéntrica, contingente y política; por último, de la globalización y la globalidad se desprende el globalismo, la ideología neoliberal del dominio del mercado mundial, que Beck critica.

Críticas al neoliberalismo como ideología inexorable

Al margen de las posturas un tanto asépticas y distanciadas que hemos presentado como corrientes de pensamiento antropológicas, existe un debate apasionado en los últimos años entre los pensadores que están a favor y los que están en contra, entre los globalistas y los escépticos.

Entre los que están a favor podemos citar a Mario Vargas Llosa, que afirma que *“estamos asistiendo a un fenómeno extraordinariamente positivo, quizá lo mejor que le ha ocurrido a la humanidad en toda su historia, que es la internacionalización total del planeta, la disolución progresiva de fronteras en todos los campos, en lo cultural, lo tecnológico. Pero eso crea una inseguridad, un temor a lo desconocido”*¹¹

Para estos autores, la globalización está teniendo efectos positivos macroeconómicos para amplias zonas del planeta en las que, de seguir aisladas, no hubiera fluido nunca la riqueza; sin esta internacionalización de la economía no hubieran circulado los capitales necesarios para el crecimiento, ya que la debilidad de su ahorro lo hubiera imposibilitado. España es un ejemplo de ello. Pero además, la integración mundial no es un juego de suma cero en el que lo que gana uno lo pierde el competidor; el comercio internacional lleva unas décadas expandiéndose a un ritmo anual medio del 6%. Según estos autores, hay tres amplísimas zonas del mundo en las que, en los últimos años, ha comenzado a funcionar la globalización con todas sus consecuencias: la mayor parte de Asia, un gran trozo de América Latina y bastantes de los países de Europa del Este. Estas regiones suponen el 50% de la población mundial y cerca del 20% del PIB de las naciones industrializadas; poco a poco, si se estabilizan los niveles de desarrollo que pronostican para ellas los grandes organismos multilaterales, contribuirán al crecimiento

¹¹ Cit. en: Estefanía, J. “Escenarios de la globalización. Foro de los 90”. Fund.CajaMurcia, 1997. pg45

mundial casi como los países del primer mundo. Al ser mucho mayores las tasas de crecimiento de los países emergentes que las de los países desarrollados, es muy probable que asistamos en unos años a una convergencia. Ello significa que la globalización de la economía tiene efectos beneficiosos para muchos ciudadanos. En algunas zonas se gastarán, en el futuro inmediato, miles de millones de dólares en infraestructuras...durante los últimos tres lustros, la proporción de hogares con agua potable ha crecido un 50% y la producción de energía y el número de líneas telefónicas se ha duplicado. {Estefanía, 1997}.

Sin embargo, un número importante de pensadores en los últimos años y de forma clara y directa arremeten contra la ideología neoliberal que se esconde detrás de la globalización o, utilizando los conceptos beckianos, del globalismo.

El propio Beck, apoyándose en las teorías de A. Smith, se pregunta si es posible que exista una “cultura global” cuando, a diferencia de las culturas nacionales, no dispone de ningún pensamiento, de ninguna “memoria mundial” que pueda ser útil para una supuesta unión de la humanidad. Para él el concepto de uniformización cultural queda demasiado corto, pasa por alto el influjo de las culturas no occidentales. Ramonet habla del “pensamiento único”; P.Bordieu habla claramente de una “destrucción de una civilización” {Bordieu, 1999}, y critica el dominio del mercado de los países más ricos. Para él *“la globalización no es una homogeneización, sino, por el contrario, la extensión de un pequeño número de naciones dominantes sobre el conjunto de los mercados financieros nacionales”*. La economía domina de tal manera que ahoga las necesidades sociales, y el Estado (en este caso el francés) ha olvidado sus obligaciones sociales: establece la metáfora de la mano derecha del Estado refiriéndose a los poderes económicos, y la mano izquierda refiriéndose a los agentes o trabajadores sociales: los asistentes sociales, los educadores, magistrados, maestros...Pues bien, según él, la mano derecha, obsesionada por el problema de los equilibrios financieros, ignora y desatiende sus obligaciones para con la mano izquierda, desatiende, en definitiva, a los sectores de la vida social de los cuales se responsabilizaba: la vivienda, la televisión y radio públicas, la escuela pública, la sanidad pública, etc. *“Este “retorno al individualismo” es el que tiende a destruir los fundamentos filosóficos del llamado “Estado del bienestar” y, en especial, el concepto de responsabilidad colectiva (en el accidente laboral, la enfermedad o la miseria). El retorno al individuo es también lo que permite censurar a la víctima, única responsable de su desgracia, y predicarle que se ayude a sí*

misma, todo ello so pretexto de la necesidad, incansablemente repetida, de disminuir las carga empresariales (Bourdieu, 1999: 19)

Percepción mutua oriente-occidente

En el caso de Japón y España, o Japón y Europa, la visión que se han tenido mutuamente ha sido y es, muy lejana, a pesar del acercamiento que supone el proceso de globalización. La imagen de España en Japón no se diferencia de la que tienen de otros países de Europa, si bien no es ni mucho menos el primer país que conocen. Para ellos, Europa implica Alemania, Francia, Inglaterra y Holanda. El resto va muy por detrás, y de hecho en toda la documentación que he revisado así se detecta (de España conocen fundamentalmente Barcelona y Gaudí, cuya obra adoran) {Conte-Helm, 1996}. Con todo, la imagen que los japoneses tienen de Europa es más exacta y positiva que la imagen que los occidentales en general tienen de Japón: hay un desconocimiento general que hace que Asia sea un único “concepto”, sin diferenciar unos países de otros: no importa que sean chinos, japoneses o coreanos: todos son orientales, y además no se les diferencia de forma individual, probablemente por la dificultad de la pronunciación de los idiomas. Un ejemplo: en el periódico salió una importante noticia (La Verdad 13-Febrero-2004) sobre un hallazgo científico realizado por “científicos surcoreanos”, sin nombre, sobre la primera clonación de embriones humanos. ¿podemos imaginar que un logro de semejantes características realizado por un occidental no tuviese nombre y apellidos? Probablemente ya conoceríamos su cara, su vida, su equipo, y habría conseguido varios premios internacionales. Sin embargo, el anonimato se ceba en los asiáticos, e incluso cuesta trabajo diferenciar de qué país son.

Japón emergió, sin embargo, como potencia mundial en los años 80, y ese aumento de poder económico supuso un punto de fricción entre Japón, Europa y USA. Empezaron a ver un tercer jugador en las reglas de juego mundiales (Wilkinson 1996), y cambios en el equilibrio mundial de poder. En 1989, cinco de los diez bancos más grandes del mundo eran japoneses. Si bien con la crisis de los 90 este poder descendió, existe un “respeto” por parte de occidente.

Dentro de Asia, y refiriéndonos a modelos de salud, Japón y China están cerca geográficamente, pero muy distantes en aspectos de política o economía de la salud, ya que Japón ha estado más influenciado por occidente como hemos comentado anteriormente.

En cuestión de conocimientos científicos, parece que hasta que la biomedicina no lo descubre, no existe. Por ejemplo, cuando en 1960 los científicos rusos descubrieron la existencia de los meridianos y los puntos de energía exactamente donde los chinos los situaban hace siglos, y cuando el Dr. Kim Bong Lan, de Corea del Norte, descubrió en 1963 que las células cutáneas situadas a lo largo de un meridiano tienen una estructura distinta de la de otras células cutáneas, los científicos de todo el mundo se dieron cuenta de su importancia y rindieron un importante reconocimiento a estos científicos.

La globalización y la medicina en España y Japón: ¿homogeneización, polarización o hibridación?

Analizando las consecuencias de la globalización cultural, Frank, R and Stollberg, G. (2004:71-88), siguiendo a Holton (2000)¹² distinguen tres hipótesis: la homogeneización, la polarización y la hibridación. La primera describe un proceso de occidentalización y americanización de los países. En el caso que nos ocupa, supondría una anulación de cualquier concepción médica local, y en mi opinión esto no parece que ocurra ni en España ni en Japón. La polarización supondría la radicalización de ambos sistemas al ponerse en contacto, lo cual tampoco parece ser que es lo que está ocurriendo, ya que no hay hostilidad manifiesta por ninguna de las partes. Lo que sí parece que está ocurriendo es la *hibridación* que significa “*la manera en la que formas que estaban separadas se recombinan en nuevas formas y en nuevas prácticas. Incluye la combinación de la medicina asiática y la biomedicina, y puede que incluso más heterodoxos modos de curación*” {Frank, 2004:74}. Precisamente estos autores han realizado recientemente un estudio exhaustivo de la situación en Alemania, llegando a la conclusión de que son nuevas formas híbridas de entender la medicina las que están surgiendo entre la medicina oriental y la occidental, diferenciando distintos niveles de coexistencia.

El término “hibridación” ha sido ampliamente utilizado en las Ciencias Sociales con una connotación positiva, sobre todo en los estudios postcoloniales: aquí la hibridación se refiere a la combinación de varios elementos culturales en el arte y la literatura, y particularmente a las formas de identidad en el contexto de las migraciones. {Hall, 1992} o {Bhabha, 1994} atribuyen el potencial de emancipación y subversión a esta forma de creatividad cultural, porque los discursos esencialistas son minados por el

¹² Holton, R.(2000) *Globalization's cultural consequences*. Annals of the American Academy of Political and Social Science 570: 140-152 cit en Frank, R and Stollberg, G. (2004:71-88)

cruce de límites que suponen las formas híbridas. Sin embargo, según Frank y Stoolberg el término es problemático en cuanto que implica la existencia de una cultura “no-híbrida”, ya que las sociedades sin ningún proceso de transferencia, intercambio o transformación son muy raras. Describen entonces cómo Nederveen Pieterse habla de la “hibridación de las culturas híbridas”¹³. Si todas las culturas son híbridas, entonces el término pierde su significación.

Frank y Stoolberg describen, como apuntábamos, diferentes niveles o grados de hibridación

Grados de Hibridación Médica

GRADOS DE HIBRIDACIÓN	BIOMEDICINA	MEDICINA COMPLEMENTARIA
Débil	<ul style="list-style-type: none"> • Complemento de la práctica biomédica con medicina oriental • Criterio: categoría de enfermedad biomédica; demanda del paciente • No meta-teoría nueva 	<ul style="list-style-type: none"> • Complemento de medicinas herodoxas con procedimientos biomédicos (por lo menos diagnósticos) • No meta-teoría nueva • Combinación esporádica
Fuerte	<ul style="list-style-type: none"> • Inclusión de la medicina oriental en los paradigmas biomédicos • Uso de la medicina oriental en la práctica biomédica predominante 	<ul style="list-style-type: none"> • Fusión de todos los ingredientes conceptuales en un modelo universal de teoría y práctica médica

Tabla 6. Fuente: Traducido de Frank, R and Stollberg,G. (2004:77)

Basándose en esta diferenciación de grados, percibieron 4 tipos distintos de hibridación del conocimiento médico en Alemania mediante entrevistas a diferentes médicos que utilizaban métodos complementarios o alternativos:¹⁴

- **Tipo I: Coexistencia biomédica dominante:** el grado de hibridación es débil y la biomedicina representa el centro gravitacional. La mayoría de los pacientes son tratados bajo conceptos biomédicos. Los médicos no suavizan las tensiones conceptuales entre las diversas opciones de tratamiento, pero las permiten coexistir. Las elecciones entre estos modelos de tratamiento están

¹³ Nederveen Pieterse,J (1994) *Globalisation as Hybridisation*. *Internacional Sociology* 9: 161-84 cit en: Frank, R and Stollberg,G. (2004)

¹⁴ Aunque bajo mi punto de vista las entrevistas tiene un sesgo importante al ser todos médicos. En Alemania existen otros terapeutas no médicos que actúan en el sistema de salud.

determinadas por las categorías de enfermedades biomédicas y por las demandas de los pacientes.

- **Tipo II: Coexistencia bajo la dominancia heterodoxa.** La biomedicina tiene una significancia menor, y la mayoría de los sanadores practican con más de dos métodos complementarios de tratamiento: por ejemplo, la acupuntura se combina a menudo con fitoterapia, homeopatía, terapias naturales u otras. Aunque no les proporciona información sobre la terapéutica oriental, sin embargo utilizan métodos diagnósticos biomédicos para descartar enfermedades.
- **Tipo III: Incorporación biomédica de la Medicina oriental.** Mientras que en el tipo I y II los médicos practican aisladamente prácticas complementarias o biomédicas según el caso, en el III hay formas más integradas. La eficacia es la que determina la dominancia de una u otra.”*El que cura es el que tiene razón*”
- **Tipo IV: El Gran Crisol médico.** Los autores denominan así a aquellos médicos que practican una intensa hibridación, de tal manera que las tensiones o diferencias conceptuales entre ambos modelos se resuelven también por respuestas heterodoxas, y suelen utilizar diferentes métodos de sanar, no sólo dos.

Partiendo de estas premisas teóricas, plantearemos los objetivos e hipótesis de la investigación

CAPÍTULO 3:

Objetivos, hipótesis y metodología

- 3.1 Objetivos e hipótesis de la investigación
- 3.2 Justificación metodológica
- 3.3 Las dificultades en la delimitación del objeto de estudio
- 3.4 Técnicas de investigación
- 3.5 El trabajo de campo
- 3.6 El problema de la lengua
- 3.7 Metodología comparativa
- 3.8 Herramientas informáticas

3.1 Objetivos e Hipótesis de investigación

Me interesaría analizar la integración de los modelos de atención a la salud oriental y occidental tanto en Japón como en Europa (en España más concretamente). ¿Hasta qué punto se han occidentalizado los modelos de salud en Oriente,? y a la inversa, ¿cómo están penetrando en occidente?

Hemos diferenciado los objetivos, para su comparación, en tres unidades o bloques temáticos: 1) sobre España 2) sobre Japón, y 3) desde un punto de vista global, ya que consideramos que será necesario metodológicamente estudiarlo por separado para posteriormente analizar los puntos de convergencia y divergencia.

En base a todo ello, se plantean los siguientes **objetivos** :

Objetivos sobre España

1. Analizar la situación del modelo de Salud Oriental/Terapias Complementarias¹ en España en la actualidad, así como su legitimación y normativa legal.
 - Analizar el perfil personal y formativo de los sanadores que se dedican a las Terapias complementarias orientales.
 - Investigar la estructura y papel de las asociaciones de terapeutas

2. Determinar el grado de hibridación entre el sistema biomédico u occidental y el Sistema Oriental/Terapias Complementarias:
 - Averiguar las formas integradas de ambos sistemas dentro de la oferta asistencial oficial.
 - Investigar los conflictos y las estrategias en la penetración, desarrollo y articulación de la Medicina Oriental /Terapias complementarias

¹ Como ya se ha comentado, debido a la confusión terminológica y conceptual que existe y a que las terapias, normativas y centros de actuación están entremezclados en muchas ocasiones, nos referiremos a nuestro objeto de estudio con esta denominación

3. Estudiar el perfil del usuario y patrones de uso de la Medicina Oriental/ Terapias Complementarias

Objetivos sobre Japón

1. Investigar la situación de la Medicina oriental japonesa (*kanpo*)² dentro del sistema sanitario
 - Analizar el perfil personal y formativo de los sanadores que se dedican a las Terapias complementarias orientales.
 - Investigar la estructura y papel de las asociaciones de terapeutas
2. Determinar el grado de hibridación entre ambos sistemas:
 - Averiguar las formas integradas de oferta asistencial oficial
 - Investigar los conflictos y las estrategias de convivencia en la penetración, desarrollo y articulación del modelo médico oriental
 - Analizar el efecto de la nueva normativa del Ministerio japonés de Salud y Bienestar que obliga a introducir estudios de Medicina Tradicional japonesa en el currículum de las Facultades de Medicina
3. Estudiar el perfil del usuario y patrones de uso de la Medicina Oriental/ Terapias Complementarias

Desde un punto de vista global

Objetivos:

1. Realizar un análisis comparativo entre las propuestas integradoras de España y Japón

² Resulta más pertinente referirnos con este término en el apartado de Japón por las razones que más adelante justificaré

2. Analizar el conflicto de legitimación de estas terapias mediante investigación biomédica
3. Analizar algunos rasgos caracterizadores de los diferentes movimientos a favor de la medicina integradora, así como determinar cuáles son algunas de las fuerzas e intereses sociales y económicos que actúan en contra de ella

Hipótesis

Si bien en una investigación etnográfica el planteamiento de hipótesis es, en cierto modo, “atrevido”, según numerosos autores debido a que el antropólogo no debe preconfigurar la realidad, en esta ocasión la tesis va precedida de un estudio previo sobre el estado de la cuestión desde un punto de vista bibliométrico³, por lo que el punto de partida no es cero.

Por otro lado, el enfoque del presente estudio no está en la línea de algunos autores que consideran que el objetivo de la investigación social cualitativa solamente es explorar para poder formular después hipótesis e investigar cuantitativamente {Bracker, 2002}. Está más bien en la línea del paradigma fenomenológico, que construye las hipótesis para desarrollar teorías basadas o fundadas en los datos y conocimientos empíricos. Cuando se trabaja de esta manera, las hipótesis de partida o “preconcepciones” que dirigen la atención del investigador hacia ciertos fenómenos se van a ir modificando a medida que se recolectan y se analizan los datos, pasando a formularse teorías. En otras palabras, el objetivo va a ser **la formulación de teorías formales** basadas en datos comprobados de la realidad social a partir de una hipótesis previa. Las hipótesis que forman parte de estas teorías formales son sólo el punto de partida para dar pie a éstas en las conclusiones o informe final.⁴

En base a ello nos permitimos apuntar las siguientes **hipótesis** :

³ Covivencia de modelos de salud oriente-occidente. Estado de la cuestión. Proyecto de Suficiencia investigadora presentado en el mes de Noviembre del 2004

⁴ Glaser, B y Strauss, A. (1967). The discovery of grounded theory : strategies for qualitative research. New York. Aldine Publishing Company. Cit en : {Bracker, 2002}

▪ **Hipótesis 1:**

“El grado de convivencia entre el modelo de salud occidental y oriental tanto en Japón y como en España es débil desde el punto de vista de la formación y de los dispositivos asistenciales, aunque las características de ambos países son diferentes”

▪ **Hipótesis 2:**

“La demanda de los usuarios de las Terapias complementarias excede ampliamente la oferta oficial

▪ **Hipótesis 3:**

“ Existe un interés creciente en Japón y en España por la integración de modelos desde los dispositivos formales de atención”

▪ **Hipótesis 4:**

“La legitimación de la medicina oriental y las Terapias complementarias requiere de nuevos instrumentos metodológicos más allá de la evidencia científica”

3.2 Justificación metodológica

Cuando uno se enfrenta a un estudio como el actual en el que están envueltos dos países situados cada uno en una parte del mundo, los problemas metodológicos o de “cómo” realizarlo se multiplican, si bien creo que ha resultado básica la utilización de Internet para reducir las distancias.

Intentaré, en primer lugar, justificar el tipo de metodología utilizada y las dificultades epistemológicas en la delimitación del objeto de estudio, para pasar posteriormente a describir cómo se realizaron las diferentes técnicas de investigación y sus problemas derivados. A continuación analizaré cómo he realizado la metodología comparativa en base a diferentes autores que han trabajado en este ámbito y, por último, explicaré las herramientas informáticas utilizadas.

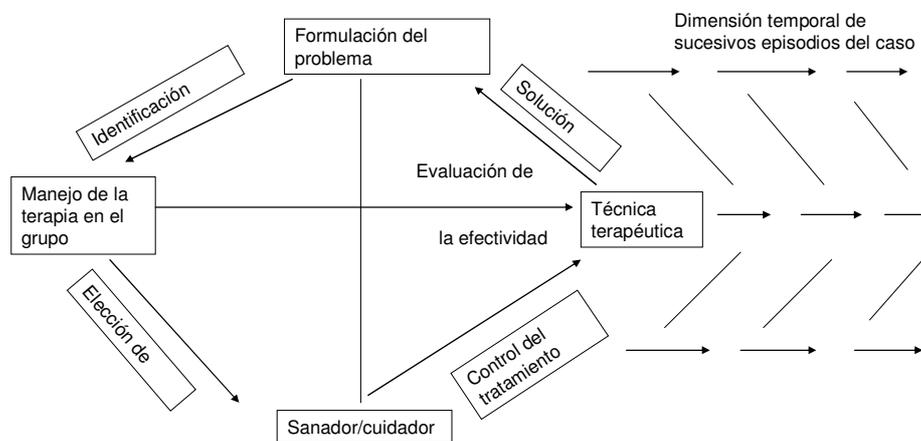
El tipo de estudio realizado ha sido observacional transcultural, mediante un análisis tanto macro como microsociológico. En todos los sistemas médicos es normal la coexistencia de varias tradiciones médicas, aunque no al mismo nivel{Lee, 1998}. Los esfuerzos de la Antropología por definir los sistemas médicos deben pasar –como comenta Janzen (1998)- por abarcar dos aspectos: el microanálisis, que sería el aspecto más empírico, que incluiría la percepción de la enfermedad “illness”, la prevalencia de la enfermedad “disease”, el diagnóstico, la prevención o los esfuerzos terapéuticos dentro de una comunidad específica. En este nivel el sistema médico es descrito en términos de roles, estatus, patrones de relaciones entre aquéllos que forman parte de la actuación médica, conceptos y decisiones individuales.

El macroanálisis considera las entidades sociales a gran escala, como grupos profesionales médicos, el “establishment” académico médico, las políticas de gobierno, la economía, los movimientos populares, o los esfuerzos ecologistas como influencia en las creencias de salud. A este nivel las cuestiones de poder, recursos de investigación y organización resultan significativas, ofreciendo la explicación del cambio producido en el microanálisis (Janzen realiza sus estudios comparativos partiendo de la base de que los sistemas sociales son cambiantes)

Algunos autores (Lee,1998) se han decantado por la realización de estudios exclusivamente macroanalíticos alegando que la macroestructura es la que condiciona a

la microestructura, pero nos parece más acertada la argumentación de Janzen, que defiende ambos aspectos señalando que se deben examinar episodios específicos de enfermedad y tratamiento a pequeña escala dentro de los sistemas de curación, relacionándolos con las estructuras sociales y los procesos de cambio a gran escala.

El modelo que Janzen propone es el siguiente:



Fuente: Jansen 1998: 158

Figura 14. Modelo de Janzen

Si la finalidad del estudio es, por un lado, comprender cómo las personas experimentan y reconstruyen los significados intersubjetivos de su cultura y, por otro, construir una Teoría Fundamentada sobre un momento social⁵, todos los autores sostienen que la metodología más adecuada es la constructivista o interpretativa {Del Rincón, 1995 ;Sierra Bravo, 1998}; {Alvarez Roldán, 1994}. La conferencia “Alternative Paradigms”

⁵ La Teoría Fundamentada se utiliza en un proceso social en transformación continua, que no se puede comprender de forma descontextualizada y está basada en el interaccionismo simbólico. Teorizar es más un proceso que un resultado. Se trata de obtener un esquema explicativo de cómo se producen los intercambios. La Teoría Fundamentada se está imponiendo con fuerza en los últimos años coincidiendo con el auge de las metodologías cualitativas. Trata de focalizar la atención hacia los procesos de transformación de los datos cualitativos, más allá de una mera recopilación {Trinidad, 2006}

de San Francisco adoptó el término constructivista para designar esta metodología, siendo otras acepciones frecuentes: investigación etnográfica, metodología cualitativa, metodología humanístico-interpretativa o histórico-hermenéutica (del Rincón y otros, 1995: 29).

El proceso metodológico cualitativo bien estructurado se organiza a través de tres momentos: los discursos de la gente y sus puntos de vista sobre la realidad, que nos sirven de punto de partida; en segundo lugar, el estudio de la causalidad y por último reducción de la dimensión de las investigaciones etnográficas delimitando claramente, desde el inicio, las fronteras de la investigación. {Bibeau, 1992}

3.3 Las dificultades en la delimitación del objeto de estudio

Mientras que en Oriente está más clara la diferenciación entre medicina oriental y occidental, en occidente un intento de clasificación y diferenciación resulta muy complicado, ya que todo se incluye dentro de las “Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC)”, que la OMS estableció como ya hemos visto⁶. Nos encontramos inmersos en lo que se ha denominado el *boom* de las Terapias alternativas o complementarias, en las que se incluyen no sólo las que cuentan con un reconocimiento más “profesional” o inmerso en un modelo determinado, sino también terapias manipulativas como los masajes o la quiropraxis; terapias psicológicas como la psicología biodinámica, la terapia Gestalt, el psicodrama, el análisis transaccional; terapias energéticas como el *rei-ki*, la radiestesia médica, la medicina psiónica; terapias tecnológicas como las microondas, los ultrasonidos, las altas frecuencias, las corrientes sinusoidales; las Terapias clásicas “naturistas” abarcan las dietas, la hidroterapia, la fitoterapia o curación por las hierbas(aquí se cruza con la utilización de hierbas de la Medicina Tradicional china), la helioterapia, la geoterapia...

Como premisa metodológica, y dada la gran cantidad de Terapias Complementarias existentes, así como la confusión de unas respecto a otras, es necesario categorizarlas. En nuestro estudio me voy a centrar en lo que se ha denominado “medicina oriental” como objeto principal de estudio. A su vez, ésta se puede subdividir en:

⁶ Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-05. Disponible en www.who.org

1. Medicina oriental de terapéutica activa: Acupuntura, Shiatsu, Fitoterapia. No hemos incluido la Fitoterapia porque aunque en oriente es una terapia fundamental, en occidente quizá las connotaciones son algo diferentes. Es difícil establecer correlaciones entre la Fitoterapia occidental y el *kanpo-yaku* (terapia de hierbas en la medicina oriental japonesa) porque varía el concepto y, sobre todo, el tipo de plantas a las que se tiene acceso. La Unión europea estableció en el año 2003, por otro lado, la restricción de su importación.
2. Medicina oriental espiritual: Terapias de relajación como Taichi o Qi- gong, yoga.
3. Otras Terapias complementarias: aquí se incluyen todas aquellas derivadas de la Medicina Naturista, como la Dietoterapia, Hidroterapia, la Aromaterapia, o de origen occidental, como la Homeopatía o la Quiropráxis...La Dietoterapia, aunque forma parte también del paradigma oriental como Macrobiótica, resulta difícil diferenciarlo de otras corrientes de corte ideológicamente más occidental como el vegetarianismo, que a su vez puede unirse a otras prácticas como el nudismo, el movimiento *hippie*, etc.

Por tanto, delimitaremos nuestro objeto de estudio al grupo 1: acupuntura y shiatsu. Ésta como técnica afín a la primera y derivada de ella, propia de la cultura japonesa. Correspondería a los que en medicina china se conoce como *Tuina*. En la tabla de la OMS correspondería a dos grupos: Acupuntura y Terapias Manuales. Ya advierte, sin embargo, de las continuas ramificaciones y cambios en las disciplinas. Ha quedado también estructurado de esta manera en el Decreto de Regulación de Terapias Naturales de la Generalitat de Cataluña.

En otros estudios existen distintas delimitaciones. Por ejemplo, Pardo Jávega (1996) en su tesis sobre las Medicinas alternativas en Cataluña las categorizó en cuatro grupos: 1) naturismo médico, 2) homeopatía, 3) acupuntura y 4) un último grupo denominado “varios”.

3.4. Técnicas de investigación

Se han utilizado las siguientes técnicas:

Análisis documental y audiovisual. Documentos oficiales y personales. Recursos de Fuentes Secundarias

La literatura escrita sobre nuestro objeto de estudio es muy abundante (ver Anexo). Para la búsqueda y revisión de la bibliografía existente se han utilizado todos los tipos de documentación que se han estimado oportunos, tanto fuentes primarias como secundarias, de tipo científico como divulgativo:

- Libros: monografías, manuales...
- Artículos de revistas especializadas en Antropología y Sociología de la salud, como *Social Science and Medicine, Culture, Medicine and Psychiatry, Anthropology and Medicine, International journal of japanese sociology, Journal of Traditional Medicine..*, así como revistas de Asociaciones de terapeutas o revistas médicas que se han incorporado a las TC. Desde los años 80 en que empezaron a incorporarse revistas prestigiosas como *British medical Journal o the Lancet*, son ya muy numerosas (ver anexo, donde se desglosan todas)
- Tesis doctorales: surgen especialmente a través de los trabajos realizados por departamentos de Antropología de la Medicina, historiadores de la medicina o cátedras de medicina preventiva. También en los últimos años van surgiendo estudios y revistas a través de enfermeras que se han licenciado en Antropología y han tomado la Antropología de la Salud como campo propio bajo la denominación “Cultura de los cuidados” (como es mi caso). También hay algunas tesis referidas a la cultura japonesa desde otros puntos de vista (F. Rodao sobre *Relaciones Hispano-japonesas 1937-1945 y otras referidas a Relaciones internacionales*) y sobre Medicina alternativa (E. Pardo Jávea: *Medicinas Alternativas en Cataluña: desarrollo y articulación de los modelos médicos subalternos*)
- Actas de simposium. Se están realizando múltiples encuentros a nivel internacional para encontrar puntos de acuerdo sobre el tema. Al no ser trabajos publicados, es difícil acceder a muchos de ellos, pero el poder de Internet en estos momentos hace que todo sea factible, como la posibilidad de que el Secretario de un importante Symposium celebrado hace varios años en Japón sobre el tema (The

Fourth International Conference of Health Behavioral Science “Integrated Approaches to Health” 2001) me envíe las actas desde Osaka con un simple correo electrónico (mi agradecimiento al Dr. Fumiaki)

- Recortes de prensa: las terapias alternativas y orientales hoy en día se han popularizado y están de moda, por lo que son múltiples los recortes de prensa en los que se habla del tema. La ventaja de los periódicos on-line me ha permitido analizar el periódico japonés en versión traducida al inglés más importante de Japón, *The Japan Times*, así como hacer el seguimiento de las noticias que van surgiendo en los periódicos regionales, especialmente de Cataluña.
- Páginas web: por el mismo motivo, se han creado multitud de ellas, sobre todo de Asociaciones de todo tipo
- Plataformas electrónicas y Bases de datos:

SOCIAL SCIENCES: plataforma de revistas de ciencias sociales

SCIENCE DIRECT: colección electrónica de textos de tecnología, medicina y de información bibliográfica

ACUDOC: Centro de Documentación Internacional del GERA (Grupo de Estudios e investigación en Acupuntura), que sostiene la mayor base de datos mundial sobre Acupuntura y Medicina tradicional china

AMCDOC: Centro de documentación de la Asociación de Medicinas complementarias. Abarca todos los campos: Acupuntura, Medicina Tradicional china, Dietética, Fitoterapia, Homeopatía, Medicina biológica, Etnomedicina, Osteopatía, Psicología, Qi Gong, Masaje, etc.

CUIDEN: la base de datos más importante sobre Enfermería

CINAHL: base de datos de enfermería

PUBMED: la base de datos científica más importante

MEDLINE: base de datos biomédica

COCHRANE: Base de datos más importante de Terapias Complementarias

Para la búsqueda se han utilizado además Centros de documentación, catálogos virtuales de Bibliotecas tanto españolas (Nacional, Universidad Miguel Hernández de Elche o la Biblioteca de la Facultad de Sociología y CC Políticas de la Univ Complutense de Madrid) como japonesas (Biblioteca de la Universidad de Tokio o de la Universidad de Sofía). En Inglaterra también hay Bibliotecas especializadas, como la de la London

School of Oriental and African studies. Gracias a la red de Bibliotecas REBIUN a la cual mi Universidad está adscrita, me son proporcionados muchos de los artículos a texto completo, por difíciles que resulten de obtener. Evidentemente este punto ha supuesto una gran ventaja. En la Universidad de Tsukuba el acceso a texto completo de las principales revistas científicas facilitó la investigación.

- Se ha recogido documentación de cada uno de los sitios visitados: libros escritos por los entrevistados, material publicitario sobre el centro o consulta, páginas web propias, información secundaria derivada de Internet.
- Para los datos básicos demográficos o de otro tipo se ha recurrido a los que emanan de los organismos oficiales, tales como el Ministerio de Salud y Bienestar japonés, el Ministerio de Sanidad español, Organización Mundial de la Salud, la Consejería de Sanidad de la Generalitat de Cataluña

Entrevistas semiestructuradas .

Para trabajarlas, se ha seleccionado a diferentes entrevistados dividiéndolos en cuatro grupos

1. Sanadores de España de Terapias complementarias nº1 (acupuntura y shiatsu) en España
2. Sanadores de Japón de Terapias complementarias nº1 (acupuntura y shiatsu) en España
3. Usuarios de Terapias complementarias nº1 (acupuntura y shiatsu) en España
4. Usuarios de Terapias complementarias nº1 (acupuntura y shiatsu) en Japón

Respecto a los sanadores, no nos interesa tanto centrarnos en los licenciados en Medicina con otros conocimientos⁷, sino abrir el abanico de profesionales a la realidad

⁷ Pardo Jávega argumenta en su tesis (1996:15): *La elección del objeto de estudio en torno a los profesionales de la medicina que practican alguna terapia alternativa, se ha hecho considerando cuatro criterios básicos: 1) la necesidad de dotar a la investigación de unos límites reales y asumibles. 2) por la posición de los colectivos médicos dentro del conjunto del fenómeno de las medicinas alternativas, puesto que éstas son practicadas por un volumen importante de profesionales no-médicos. 3) porque como médicos presentan una duplicidad cultural, biomédica y alternativa, que tiende a resolverse de diferentes formas en función del marco teórico-ideológico que predomine y de las utilidades con que se designe a uno u otro sistema.*

múltiple que impera en estas prácticas, por lo que respecto a su formación categorizaremos a los sanadores en:

- A. Médicos licenciados con titulación oficial complementaria
- B. Médicos licenciados sin titulación oficial complementaria
- C. Otros profesionales no médicos (enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas..) con alguna titulación oficial complementaria. Aquí hemos incluido también los terapeutas con los estudios requeridos oficiales en Japón.
- D. Otros profesionales no médicos sin titulación oficial
- E. Sin ninguna titulación oficial .

Como ya analizaremos posteriormente, es precisamente este punto uno de los más conflictivos dentro de la regulación: ¿quién está capacitado para ejercer las terapias? ¿es imprescindible tener previamente una titulación sanitaria universitaria?. Los discursos varían en función de la formación, por lo que se ha atendido a criterios de heterogeneidad, tanto en éste como en otros aspectos.

Como se aprecia en las tablas de datos generales de la muestra sanadores , hay tanto precursores de distintas corrientes o Presidentes de Asociaciones como terapeutas denominémoslos “de base”. Se han buscado también de diferentes nacionalidades para complementar una perspectiva más global

La heterogeneidad es fundamental metodológicamente. Como argumenta del Rincón, en la metodología constructivista el investigador sostiene que la realidad es múltiple, dinámica y construída por los propios individuos, por lo que *“el criterio de credibilidad dentro del criterio regulativo de veracidad -paralelo al de validez interna-, se consigue al contrastar distintas fuentes de información, a través del diálogo y de la argumentación racional, de procesos de “corroboración estructural” y “adecuación referencial”, contextualizando la situación”*. (Del Rincón, 1995: 33)

Igualmente aluden a esta cuestión otros autores, como Sanmartín (2003: 98): *“...en cualquier ritual, institución o tema, serán varios y distintos los tipos de participantes. Deberíamos entrevistar a todos esos tipos con el fin de recoger las distintas perspectivas desde las cuales se construye colectivamente lo que estamos estudiando”*.

En cuanto a los usuarios, se ha buscado también la heterogeneidad en aspectos como la formación , estableciendo 4 categorías:

- a) Nivel universitario
- b) Formación Profesional
- c) Estudios básicos
- d) Sin estudios

También es importante establecer heterogeneidad por comunidades autónomas en el caso de los usuarios de España, así como que sean tratados por diferentes sanadores y si el centro al que acuden es o no uno de los denominados “integrados”, esto es, dentro del Sistema Nacional de Salud

Se han realizado también tres entrevistas a gestores de centros integrados en España. Por gestores me refiero a responsables de las unidades en hospitales donde se están llevando a cabo experiencias de integración. En los tres casos son enfermeros supervisores . No las he clasificado en un nuevo grupo al no ser una muestra representativa y al no estar incluidos como tal en el objeto de estudio de la investigación, sin embargo me referiré a ellos en el análisis de resultados porque me proporcionaron valiosa información de carácter organizativo y práctico.

El tamaño de la muestra total ha sido de 57 entrevistas (contando estas tres últimas de los gestores) , distribuyéndose de la siguiente manera dentro de los 4 grupos:

- 1. Sanadores España: 20
- 2. Sanadores Japón: 7
- 3. Usuarios España: 23
- 4. Usuarios Japón: 4

El número de entrevistas se ha visto condicionado por las circunstancias temporales y geográficas, fundamentalmente el tiempo de estancia en Japón (un mes). Sin embargo, las entrevistas realizadas allí han sido de gran calidad y profundidad, a personas estratégicas dentro del tema objeto de estudio.

En la muestra de España, tanto de sanadores como de usuarios, el número ha sido mayor, atendándose al criterio de heterogeneidad hasta saturación. En algunos casos se repiten los discursos, pero también es buena la saturación, como comenta Sanmartín:

“...El estudio de cualquier tema, por tanto, requiere no una, sino tantas entrevistas como fuere necesario para cubrir la pluralidad de roles y posiciones significativas....es

más, repitiendo las entrevistas con nuevos informantes iremos descubriendo aspectos antes desconocidos hasta llegar a un punto en la información o en la comprensión tal que lo aportado por nuevas entrevistas resulte ya sabido y redundante. Esa saturación de la información puede servir como criterio para estimar la suficiencia de la muestra etnográfica recogida. Este proceso de repetición de las entrevistas, aun cuando consume tiempo, va progresivamente acelerando y mejorando la investigación ya que con cada entrevista no solo ganamos experiencia sobre la técnica en cuestión, sino también sobre el tema, los informantes y el contexto. Lo aprendido sobre el tema en una primera entrevista nos sirve para plantear mejor el tema en una segunda, y así sucesivamente..” (Sanmartin, 2003: 98)

Primera Parte: Contextualización Y Marco Teórico

Tabla 7. Datos generales de la muestra sanadores

Clave y nº entrevista	RESIDENCIA	NACIONALIDAD	EDAD	SEXO	FORMACIÓN (*)	Observaciones
S-01	Murcia	Español	47	Varón	C	Trabaja como enfermero para el servicio público y tiene una consulta de acupuntura en su casa
S-02	Murcia	Alemana	47	Mujer	D.Terapeuta shiatsu-Maestra-Lic en Bellas Artes.	Responsable de APSE (Asociación de profesionales de shiatsu de España) en Murcia. Dirige un centro y escuela de shiatsu
S-03	Murcia	China	43	Mujer	B. Médico de medicina oriental, universidad china	Consulta privada Cierta recelo, no transmite cercanía -Hay preguntas que no entiende a pesar de vivir 16 años en España, se detecta barrera cultural-idiomática. No se la nota muy integrada -consulta con buen aspecto, nueva, en una zona en expansión y con edificaciones recientes.
S-04	Murcia	Holandés	47	Varón	C.Fisioterapeuta- Acupuntor	Consulta privada -Me proporciona mucha información del tema en Europa, porque ha vivido y trabajado en Holanda, Inglaterra, Alemania...y conoce el tema bien
S-05	Murcia	Español	47	Varón	A.Médico de familia-curso shiatsu	Trabaja en Centro de Salud Investigador Proyecto aprobado por la gerencia de AP de Murcia “ <i>Aplicación de shiatsu en patologías osteoarticulares y musculotendinosas en Atención Primaria</i> ”, actualmente en curso.
S-06	Madrid	Inglesa	39	Mujer	D.Lingüista alemán y ruso	Presidenta de APSE (Asociación de profesionales de shiatsu de España) -Línea europea-espiritual -Tiene mucha información acerca del proceso de regularización al ser la presidenta de APSE. <u>Observación participante: clase de shiatsu</u>
S-07	Murcia	Español	47	Varón	C.Diplomado en Fisioterapia	Profesor de Escuela de fisioterapia en una universidad. Imparte además clases de anatomía en un centro de shiatsu Quiere hacer un posgrado de shiatsu en la UMU pero no ha tenido demanda de un curso largo de 200 horas, se están planteando uno más corto primero. Hace un curso de masaje tailandés corto.

Primera Parte: Contextualización Y Marco Teórico

S-08	Murcia	Español en la actualidad. Jordano de origen	57	Varón	B.Ginecólogo y acupuntor	Por la mañana ginecólogo en un centro de salud. Por la tarde consulta privada de ginecología y acupuntura
S-09	Madrid	Japonés	52	Varón	C.Ingeniero agrícola. Terapeuta shiatsu por la Escuela Namikoshi de Japón	Representante de la Escuela Namikoshi de shiatsu japonesa en España Muy japonés, con las ideas muy de allí a pesar de vivir 22 años en España.
S-10	Madrid	Español	43	Varón	E.Terapeuta shiatsu y sotai sin titulación oficial (autodidacta)	Ex-socio del Representante de la Escuela Namikoshi de shiatsu japonesa en España, se separaron Es el que ha occidentalizado más el shiatsu. No cree en lo espiritual, que él denomina "esotérico", sino que cree que tiene una base fisiológica explicable. <u>Observación participante:</u> Integración: niños de hemodiálisis y uci de La Paz (Madrid) a los que les hacen shiatsu
S-11	Pozoamargo (Cuenca)	Español	62	Varón	A.Lic en medicina por la U. complutense de Madrid. Diplomado en MTC por el Instituto Nacional de Acupuntura de Taipei, (Taiwan) Y por la universidad de Kyoto (Japón) Director de la Escuela beijing	Uno de las personas que llevan más tiempo en este mundo y con más peso en España <u>Observación participante: centro y Escuela</u>
S-12	Valencia	Española	56	Mujer	E	Directora del centro de Valencia de la Fundación europea de Medicina Tradicional china (no exigen titulación sanitaria previa) Esta Fundación es muy prestigiosa y sería
S-13	Valencia	Español	57	Varón	A.Lic en Medicina. Especialista en acupuntura en China y acupuntura coreana en Corea. Director Centro médico privado	Está bastante aislado en el tema legislativo, no está asociado y no tiene contacto con otros compañeros, va por libre.
S-14	Murcia	Española	35	Mujer	C Diplomada en turismo Diplomada en shiatsu y en acupuntura	Ex -Alumna de S-11 (acupuntura) y S-03 (shiatsu) Ejerce de forma privada Proporciona información sobre estas dos escuelas
S-15	Córdoba	Español	50	Varón	A.Lic Medicina y cirugía Diplomado en acupuntura por Pekín	Ex Presidente de SAME (Asociación de médicos acupuntores de España) <u>Observación participante</u> Trabaja en hospital con integración (Hospital Los morales-dependiente del Reina Sofía de Córdoba)

Primera Parte: Contextualización Y Marco Teórico

S-16	Sevilla	Español	49	Varón	A.Lic medicina. Anestesiista Posgrado en Acupuntura y Moxibustión por la Facultad de MTC de la Universidad de Nanjing	Médico de la unidad del dolor del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla, donde utiliza acupuntura. Centro integrado. <u>Observación participante</u> Actual Presidente de SAME (Asociación de médicos acupuntores de España) Figura clave en la integración de la acupuntura en Andalucía y Una de las piezas clave en España Presidente de la Asociación científica de médicos acupuntores de Sevilla “Huangdi” Director del curso de especialización de MTC de la Fundación Universidad Sociedad Pablo de Olavide (Sevilla)
S-17	Sevilla	Español	41	Varón	A.Médico anestesiista. Posgrado en Acupuntura y Moxibustión por la Facultad de MTC de la Universidad de Nanjing	Jefe unidad del dolor Clinica privada(Sevilla) Centro integrado Alumno y colaborador de S-16 hasta hace 1 año que pasó a la clínica
S-18	Barcelona	Español	43	Varón	C Terapeuta Escuela MTC	Especialista en acupuntura en el Centro integrado-proyecto piloto del Hospital de Mataró Miembro del comité de experto de la Generalitat para las terapias complementarias
S-19	Barcelona	Española	49	Mujer	A. Lic medicina Máster por la universidad de Barcelona de MTC	Presidenta de la sección de médicos acupuntores del colegio de médicos de Barcelona
S-20	Barcelona	Española	39	Mujer	C. Terapeuta shiatsu	Vicepresidenta de APSE (Asociación de profesionales de shiatsu de España) en Barcelona y miembro del comité de expertos que asesora a la Generalitat para la regulación de las TC. Informante clave en el Decreto de Regulación

- A. Médicos licenciados con titulación oficial complementaria
- B. Médicos licenciados sin titulación oficial complementaria
- C. Otros profesionales no médicos (enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas..)con alguna titulación oficial complementaria

- D. Otros profesionales no médicos sin titulación oficial
- E. Sin ninguna titulación oficial .

Primera Parte: Contextualización Y Marco Teórico

Tabla 8. Datos generales de la muestra usuarios

Clave y nº entrevista	RESIDENCIA	NACIONALIDAD	EDAD	SEXO	FORMACIÓN (*)	Sanador	Centro integrado (SI/NO)	Observaciones
U-01	Sta Cruz (Murcia)	Española	37	Mujer	b.FP	S-04	(acupuntura) NO	
U-02	Murcia	Colombiana	37	Mujer	a. Lic. Psicología. Máster Psicología comunitaria. DEA en Sociología Trabajo: CEPAIM- Consorcio inmigración	S-02	(shiatsu) NO	Usuaría y alumna a la vez de la Escuela de shiatsu Está realizando un proyecto de investigación con el Departamento de sociología de una Universidad sobre inmigración
U-03	Murcia	Española	25	Mujer	a. Lic en historia. Estudiante Educadora social (3º)	S-04	(acupuntura) NO	
U-04	Alguazas (Murcia)	Española	65	Mujer	c. Estudios básicos. Ama de casa	S-05	(shiatsu) SI	
U-05	Murcia	Española	43	Varón	a. Médico de familia	S-05	(shiatsu) SI	Médico de familia que utiliza otras terapias (homeopatía) en la consulta, y fue usuario a la vez. Compañeros del Centro de Salud
U-0	Alguazas (Murcia)	Española	35	Mujer	a. Lic. En Empresariales	S-05	(shiatsu) SI	
U-07	Alguazas (Murcia)	Española	55	Mujer	c. Estudios básicos. Ama de casa	S-05	(shiatsu) SI	
U-08	Alguazas (Murcia)	Española	33	Mujer	c. Estudios básicos. Dependienta	S-05	(shiatsu) SI	
U-09	Córdoba	Española	59	Mujer	c. Estudios básicos Ama de casa	S-15	(acupuntura) SI	
U-10	Córdoba	Española	60	Mujer	c. Estudios básicos Ama de casa Antes comercio	S-15	(acupuntura) SI	

Primera Parte: Contextualización Y Marco Teórico

U-11	Córdoba	Española	36	Mujer	b. Esteticista.	S-15	(acupuntura) SI	
U-12	Córdoba	Española	51	Mujer	b. Formación Profesional Auxiliar enfermería	S-15	(acupuntura) SI	
U-13	Córdoba	Española	51	Mujer	c. Comercio. Estudios básicos	S-15	(acupuntura) SI	
U-14	Córdoba	Española	60	Mujer	c. Comercio. Estudios básicos	S-15	(acupuntura) SI	
U-15	Córdoba	Española	57	Mujer	c. Estudios básicos Ama de casa	S-15	(acupuntura) SI	Paciente hemipléjica. Tiene problemas con el lenguaje, y casi siempre suele hablar el marido
U-16	Córdoba	Española	50	Mujer	a. Lic en medicina. Psiquiatra	S-15	(acupuntura) SI	
U-17	El Viso de Arco (Sevilla)	Española	73	Mujer	d. Sin estudios Jubilada	S-16	(auriculopuntur a) SI	
U-18	Sevilla	Española	42	Mujer	b. FP Aux administrativa	S-16	(auriculopuntur a) SI	
U-19	Sevilla	Española	48	Varón	c. Mecánico. Incapacidad absoluta por accidente de trabajo Estudios básicos	S-16	(auriculopuntur a) SI	
U-20	Madrid	Española	42	Mujer	b. Aux administrativo. Actualmente Ama de casa	S-10	(shiatsu) SI	Madre de Niño de 9 años Ingresado en unidad hemodiálisis infantil. La Paz Al ser el niño menor de edad, la entrevista ha de hacerse con su madre.
U-21	Madrid	Española	36	Mujer	b. Auxiliar en una empresa de gasolineras	S-10	(shiatsu) SI	Madre de Niño de 7 años Ingresado en unidad hemodiálisis infantil. La Paz Al ser el niño menor de edad, la entrevista ha de hacerse con su madre.

Primera Parte: Contextualización Y Marco Teórico

U-22	Madrid	Marroquí	18	Varón	d. Sin estudios	S-10	(shiatsu) SI	Ingresado en unidad hemodiálisis infantil. La Paz
U-23	Madrid	Española	29	Mujer	a. Enfermera	S-10	(shiatsu) SI	Madre de niña de 7 meses ingresada en la uci , y a la vez tanto ella como su marido reciben shiatsu en el centro de los mismos terapeutas.

(*) Formación:

- a) nivel universitario
- b) Formación Profesional
- c) Estudios básicos
- d) Sin estudios

Primera Parte: Contextualización Y Marco Teórico

Tabla 9. Datos generales de la muestra sanadores-Japón

Clave y n° entrevista	RESIDENCIA	NACIONALIDAD	EDAD	SEXO	FORMACIÓN (*)	CENTRO INTEGRADO	Observaciones
SJ-1	Tokyo	Japonesa/americana	56	Varón	A- Médico y acupuntor	NO	Consulta propia
SJ-2	Tokyo	Japonesa	47	Mujer	C- Terapeuta Acupuntura, Shiatsu y masaje ANME	SI	Terapeuta del Centro de medicina integrada de Tsukuba Profesora de la Escuela técnica de Tsukuba De acupuntura y masaje Deficiente visual
SJ-3	Tokyo	Japonesa	53	Varón	B	SI	Fundador y presidente del Hospital Integrado Obitsu Sankei Presidente de la sociedad japonesa de medicina holística
SJ-4	Tokyo	Japonesa	47	Varón	B	SI	Médico de clínica integrada
SJ-5	Tokyo	Japonesa	54	Varón	C Terapeuta shiatsu	NO	Profesor escuela de shiatsu Namikoshi Y de la Escuela técnica de Tsukuba De acupuntura y masaje
SJ-6	Tokyo	Japonesa	70	Varón	B	SI	Director de la división clínica del centro De investigación de medicina oriental Del Instituto Kitasato Presidente de la sociedad japonesa de medicina oriental
SJ-7	Tokyo	Japonesa	33	Mujer	C- Terapeuta de acupuntura y shiatsu	NO	Trabaja por ahora en otra cosa y sigue aprendiendo porque No se encuentra segura

- A. Médicos licenciados con titulación oficial complementaria
- B. Médicos licenciados sin titulación oficial complementaria
- C. Otros profesionales no médicos (enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas..)con alguna titulación oficial complementaria
- D. Otros profesionales no médicos sin titulación oficial
- E. Sin ninguna titulación oficial .

Primera Parte: Contextualización Y Marco Teórico

Tabla 10. Datos generales de la muestra Usuarios-Japón

Clave y n° entrevista	RESIDENCIA	NACIONALIDAD	EDAD	SEXO	FORMACIÓN (*)	Sanador	Centro integrado (SI/NO)	Observaciones
UJ-01	Tokio	Americana	56	Mujer	a. Psicóloga clínica	SJ-01	(Acupuntura) NO	Lleva 7 años en Japón trabajando de psicóloga clínica. Me aporta datos sobre la situación en USA
UJ-02	Tokio	Japonesa	39	Varón	a. Economista	Desconocido	(Shiatsu) NO	Prototipo de ejecutivo estresado
UJ-03	Tokio	Japonesa	34	Mujer	b. Administrativa	SJ-03	(Acupuntura) SI	Enferma de cáncer. Impactante por su actitud y discurso
UJ-04	Tokio	Japonesa	66	Varón	a. Profesor de inglés	Desconocido	(Shiatsu) NO	Jubilado pero muy activo. Ha vivido varios años en USA

(*) Formación:

- a. Nivel universitario
- b. Formación Profesional
- c. Estudios básicos
- d. Sin estudios

Gráficos de los datos generales de los entrevistados

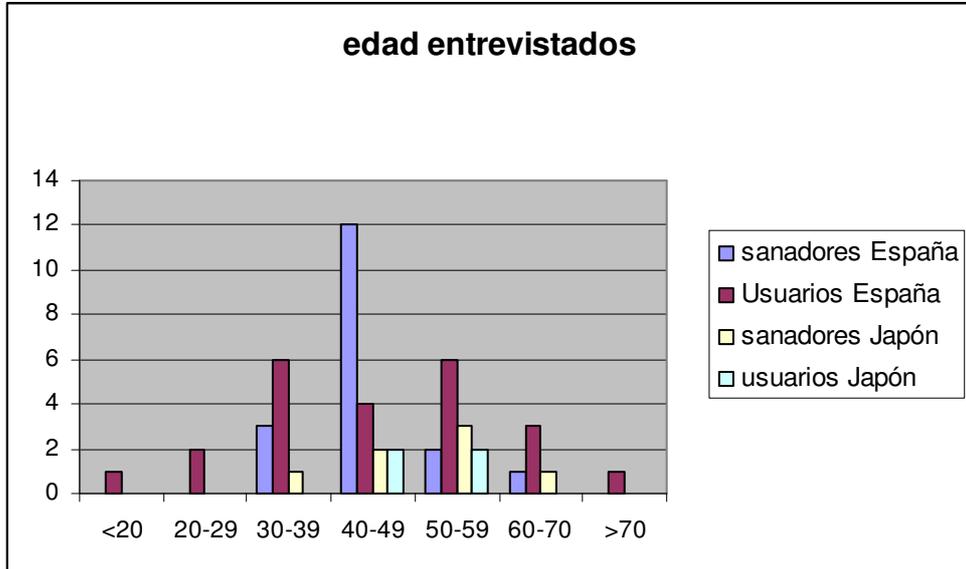


Gráfico 1

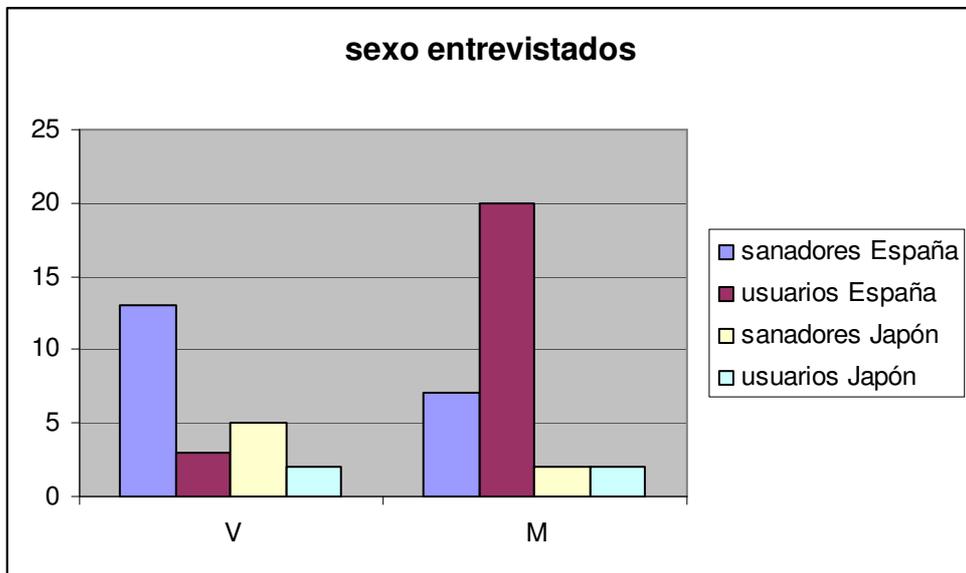


Gráfico 2

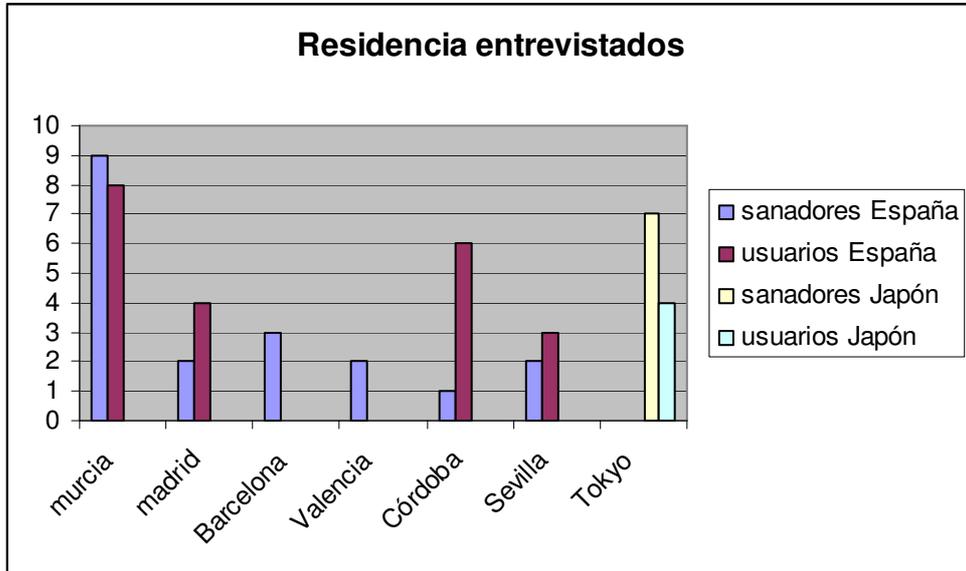


Gráfico 3

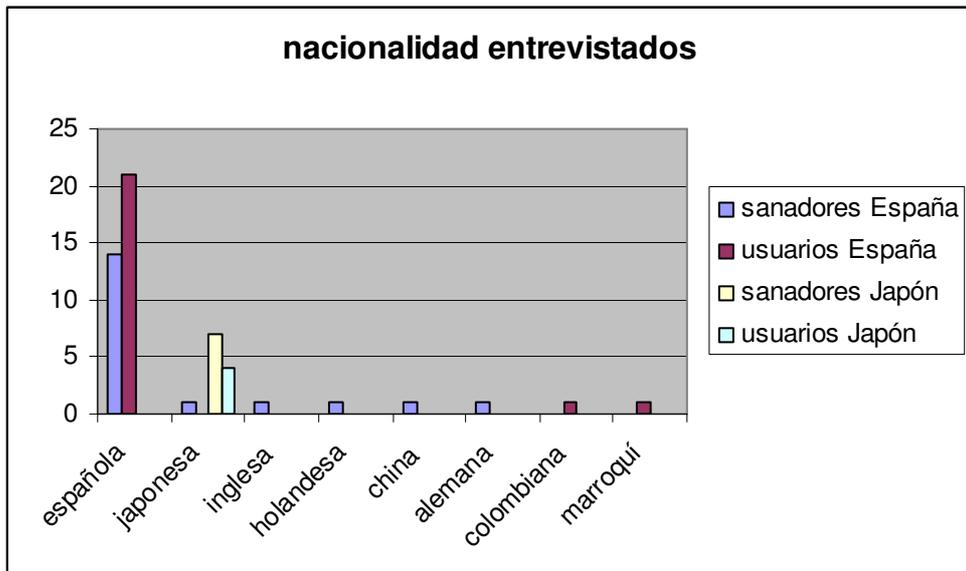


Gráfico 4

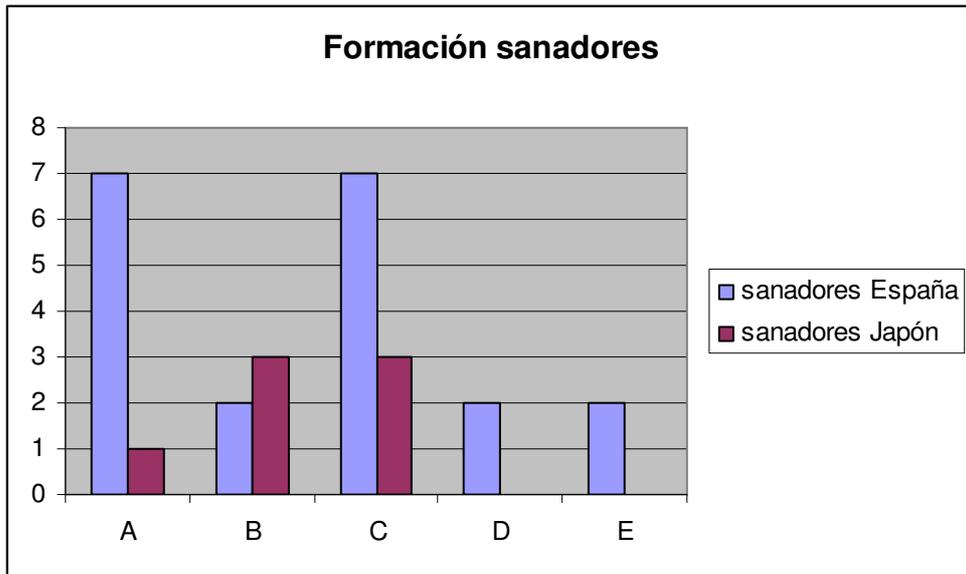


Gráfico 5

- A. Médicos licenciados con titulación oficial complementaria
- B. Médicos licenciados sin titulación oficial complementaria
- C. Otros profesionales no médicos (enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas..)con alguna titulación oficial complementaria
- D. Otros profesionales no médicos sin titulación oficial
- E. Sin ninguna titulación oficial .

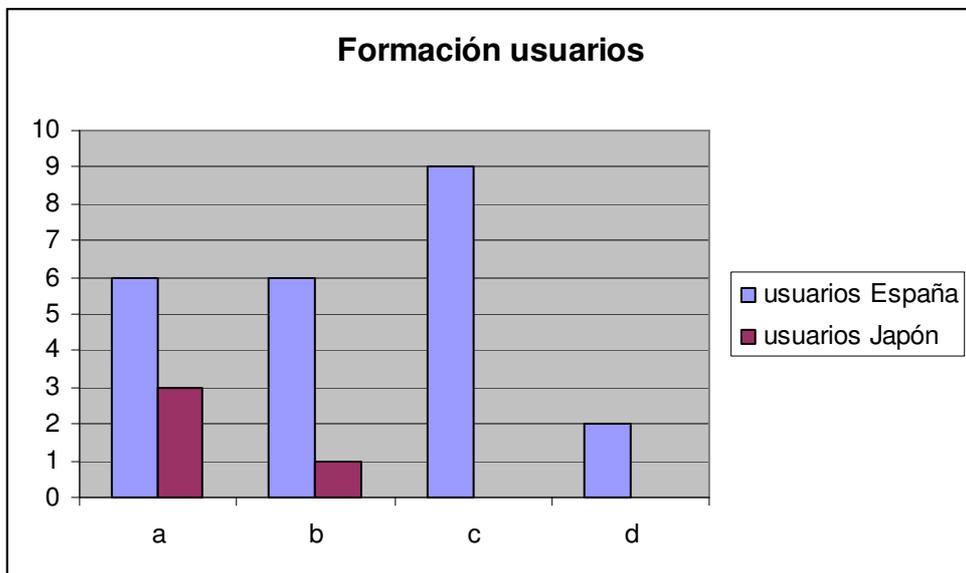


Gráfico 6

- a. Nivel universitario
- b. Formación Profesional
- c. Estudios básicos
- d. Sin estudios

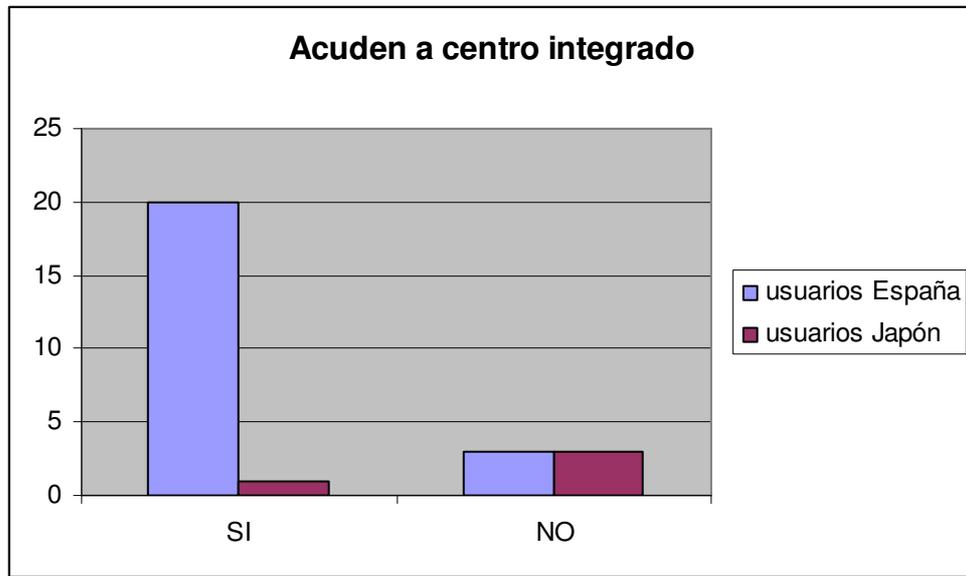


Gráfico 7

Categorías de análisis

Para el análisis del contenido de los datos recogidos en las entrevistas, se estructuraron por grupos Sanadores y Usuarios, atendiendo al siguiente Sistema de Códigos:

1. SANADORES: Dimensiones personales/profesionales

1.1. Formación previa

1.2. Interés por la terapia

1.2.1. Creencias

1.2.2. Razones prácticas (efectividad)

1.2.3. Acontecimiento de vida

1.3. Grado hibridación en el uso

1.4. Percepción eficacia

1.5. Perfil usuario

1.6. Enfoque/corriente

1.6.1. Medicina.holística

- 1.6.2. Espiritual/energético
- 1.6.3. Oriental "contemporáneo"
- 1.7. Condiciones laborales
- 1.8. Investigación
- 2. SANADORES: Dimensiones jurídicas/sociales
 - 2.1. Regulación
 - 2.1.1. Formación
 - 2.1.2. Ámbito asistencial
 - 2.1.3. Otros países
 - 2.2. Asociacionismo
 - 2.2.1. Estructura
 - 2.2.2. papel de las asociaciones
- 3. SANADORES: Factores de integración
 - 3.1. Formas integración
 - 3.2. Medicina popular
 - 3.3. Conflictos
 - 3.3.1. Sanitarios/no sanitarios
 - 3.3.2. Escepticismo
 - 3.3.3. Intrusismo
 - 3.3.4. Recelos entre iguales
 - 3.4. Prestigio social
 - 3.5. Recursos/costo
 - 3.6. Percepción evolución
- 4. USUARIOS. Patrones de uso
 - 4.1. Tipo de problema de salud
 - 4.2. Itinerario terapéutico
 - 4.3. Simultaneidad tratamientos
 - 4.4. Alternancia por conveniencia
 - 4.5. Medicina popular

- 4.6. Proceso búsqueda salud. (Aspectos expresivos. Modelos explicativos)
- 4.7. Percepción eficacia/Resultado tratamiento
- 4.8. Estereotipos/imágenes sociales

- 5. USUARIOS: Relaciones sociales
 - 5.1. Familia/red social
 - 5.2. Relación con sanador
 - 5.3. Respuesta sanador oficial/Interacción medicina oficial

- 6. USUARIOS: opinión integración
 - 6.1. Política sanitaria/costo
 - 6.2. Institucionalización de la práctica

Las categorías no se han estructurado en aspectos instrumentales y aspectos expresivos de una manera explícita, sino implícita, es decir, tal como comenta {Beatti, 1972 267 /id}, todos los discursos representan dos formas de expresión social: tienen por un lado un contenido práctico, empírico o instrumental:

(...)mayormente fue por la ansiedad y porque al quedarme embarazada no me podía tomar nada. Entré a un herbolario a pedir algo, les expliqué lo que me pasaba y me dieron su tarjeta (U-01)

y por otro lado un contenido expresivo o explicativo de la representación de la enfermedad en función de sus ideas, valores y creencias

(...) mi ansiedad era porque yo empecé con mucho dolor de espalda, también tuve náuseas en los primeros meses del embarazo y el acupuntor me las aliviaba mucho. Eso con el embarazo, porque antes también tenía angustia pero era por la ansiedad misma. Se me ponía aquí una cosa...se me agarraba al estómago. Siempre tenía algún problema, sobre todo en la espalda, y fue por la espalda por lo que yo empecé a tener ansiedad (U-01)

Solo se ha diferenciado como categoría explícita en “Usuarios patrones de uso”, diferenciando “Itinerario terapéutico” como aspecto práctico de “Proceso búsqueda salud. (Aspectos expresivos. Modelos explicativos)”. En el resto de grupos y categorías se han analizado ambos aspectos en su conjunto, por una cuestión pragmática de no duplicar el número de categorías

Observación participante:

“No se puede ser antropólogo si no se han vivido, al menos, dos culturas, si no se ha sufrido el “choque” de todo análisis transcultural: saber que existen otras culturas y que todos los elementos culturales son relativos y comparables”

{ Aguirre Batzán, 1993:45 }

La observación participante como método etnográfico básico es indiscutible desde el concepto malinowskiano, que es con el que Aguirre se identifica. Aunque yo no pretenda ser tan estricta en la utilización de una metodología etnográfica meramente descriptiva como ya he comentado anteriormente, sí que me identifico con la necesidad de la investigación de trabajo de campo de lo que Sanmartín, siguiendo a Geertz denomina “estar allí” {Sanmartín, 2003}. Es difícil tomar la medida exacta de una situación si no se enfrenta uno a la realidad más directa. La equidistancia y a la vez complementariedad entre la Academia y el campo, entre “estar aquí” y “estar allí” la describió magistralmente (Geertz, 1989) en el ya clásico “el Antropólogo como autor”

...El descubrimiento de Malinowski del método etnográfico mediante observación participante fue principalmente el resultado de su praxis en el campo, y no una consecuencia natural de su vida anterior o de los conocimientos teóricos que había adquirido{Alvarez Roldán, 1994}

Puesto que se realiza siempre en todas las entrevistas a través de las notas de campo, he explicitado “observación participante” en la tabla de entrevistas refiriéndome a los centros y cuando era la primera vez que me desplazaba a ellos. Hay que tener en cuenta que la mayoría de las entrevistas, tanto de sanadores como de usuarios, se han desarrollado en los centros o consultas profesionales, por lo que me refiero a las impresiones que produce en el investigador el ambiente que se respira en ellos: si es “oriental” o “alopático”, si es cálido o no...por oriental me refiero a música, decoración, varillas aromáticas, ofrecimiento de té verde..., y un ambiente alopático suele ser el de un hospital típicamente occidental: más frío e impersonal, batas blancas...en esos espacios he entrevistado tanto a sanadores como usuarios, a uno o a varios. Han sido los siguientes:

Observación participante España

1. Centro de Salud de Alguazas (Murcia) (centro con proyecto de investigación de integración)
2. Clase de shiatsu de S-06 en el Centro privado
3. Unidad del dolor del Hospital Los Morales (dependiente del Reina Sofía de Córdoba)
4. Unidad del dolor del Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. Centro integrado
5. Unidad de hemodiálisis infantil del hospital La Paz (Madrid)
6. Hospital de Mataró (Barcelona). Proyecto piloto de la Generalitat de Cataluña de integración de un servicio de Terapias Naturales
7. Unidad de cuidados intensivos pediátricos. Hospital La Paz (Madrid)
8. Centro-Escuela TIAN- Pozoamargo (Cuenca)

Observacion participante Japón

1. Consulta privada SJ-01
2. Clinica y escuela medicina integradora universidad de Tsukuba
3. Obitsu Sankei Hospital (medicina holística)
4. Consulta privada maestro de shiatsu SJ-07
5. Centro de Investigación de medicina oriental (Instituto Kitasato, centro colaborador de la OMS)



Foto 2: Recibiendo shiatsu del maestro Kinoshita (SJ-07) en Tokyo

3.5 El trabajo de campo

Después de la revisión bibliográfica, se desarrolló en dos fases bien definidas: un primer periodo de recogida de datos en España (Octubre 2005-Febrero 2006) , que supuso contacto y desplazamiento a los lugares donde se están produciendo experiencias y desarrollando más los modelos de integración: Cataluña (Barcelona y Mataró) , Andalucía (Sevilla y Córdoba), Madrid y Valencia. En el caso de los sanadores los contactos se realizaron por correo electrónico o vía telefónica. En algunos casos fue una presentación espontánea, en otros iba con la referencia de alguien que me puso en contacto. Como se ve en la tabla, la muestra fue bastante heterogénea: hay terapeutas sanitarios y no sanitarios, y dentro de los sanitarios sobre todo hay médicos, pero también un enfermero y un fisioterapeuta, así como diplomados en Medicina tradicional china por una universidad china. Hay responsables de Asociaciones y cabezas visibles de distintas corrientes. Igualmente no son todos de nacionalidad española aunque residan en España, lo cual da una idea de la realidad de intercambios globalizadores.

He de decir que prácticamente en todos los casos la acogida fue muy buena. Es una de las ventajas de tener como objeto de estudio un sector semi-oculto con gran interés por darse a conocer y salir a la luz. En el caso de los usuarios/pacientes fue no sólo buena sino, incluso, entusiasta (“...hablaré con quien haga falta para que esto se desarrolle...” U-01)

El acceso a los usuarios fue algo más complicado debido a que a los terapeutas privados les cuesta proporcionar los datos de sus pacientes para proteger su intimidad. Excepto dos de los usuarios, los demás son de instituciones públicas a las que tuve que solicitar permiso para entrevistarlos (ver Anexo). Se me concedió y en muchos casos me facilitaron un lugar en el propio centro donde poder desarrollar las entrevistas a los usuarios con sosiego e intimidad. En el único centro público donde no se me facilitó el acceso fue por falta de tiempo en tramitarlo (Hospital de Mataró)

En todos los casos, como he comentado, los usuarios me respondieron con gran interés por colaborar. En el caso de los niños ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos Y Hemodiálisis del Hospital La Paz de Madrid la entrevista se realizó a las madres, siendo la experiencia muy interesante por el cambio de perspectiva.

La segunda fase de la recogida de datos se realizó en Japón durante la estancia como profesora investigadora visitante (*Visiting Research Fellow*) en el mes de julio del año 2006 en la prestigiosa Universidad de Tsukuba, al norte de Tokio, bajo la tutela del Dr. Munakata, profesor de la Escuela de Ciencias De Comprensión Del Ser Humano (School of Comprehensive Human Sciences), Departamento de Investigación avanzada. También es el Presidente de la Academia japonesa de Ciencias en Creencias de Salud (Japan Academy for Health Behavioral Science) y Presidente de la IV Conferencia Internacional de Ciencias en Creencias de Salud, celebrada en Kobe (Japón) en el año 2001 con el lema “Abordajes integrados de salud”. Es considerado una autoridad en comportamientos sobre salud del pueblo japonés. Me he basado en parte en artículos suyos y en su experiencia para describirlos.⁸



Foto 3. Prof. Dr.
Munakata

⁸ Ver en la bibliografía los artículos más relevantes del Dr. Munakata



Foto 4. School of Comprehensive Human Sciences. Universidad de Tsukuba

Durante la estancia tuve la ventaja de conocer la cultura y hablar en grado coloquial la lengua (Certificado oficial nivel 3), después de haber vivido allí dos años previamente, y ya realicé para un trabajo previo una observación participante con carácter retroactivo sobre la estancia de un hospital para dar a luz.⁹ Aunque pueda suponer en principio una posible pérdida de información por haber transcurrido varios años (ocurrió en 1993), las experiencias vitales que suponen hitos ya que son vividas de forma muy intensa, dejan una marcada huella en la persona que hace que los detalles de la experiencia queden en la memoria nítidamente grabados. Por ello, me identifico con lo que Aguirre (1993) comenta, ya que algo así es lo que supone para mí la vivencia durante dos años en Japón, con el añadido de una de las experiencias más intensas que puede vivir una mujer en su vida, y es el alumbramiento de un hijo. Como hemos comentado antes, la inmersión en la “otra cultura” fue plena, con aprendizaje de la lengua y la escritura, con integración en la vida de barrio, gastronomía, costumbres, amistades...y también en el sistema de salud.

“Para el etnógrafo conocer, mediante la observación participante, supone el que a partir de esta nueva vivencia cultural, no sólo relativizará su etnocentrismo, sino que su

⁹ Echevarria Pérez, Paloma. “Determinismo cultural en la percepción del dolor en el parto en la sociedad japonesa”. Proyecto realizado para la asignatura “Métodos y Técnicas de investigación en Antropología” en el último curso de los estudios de Antropología Social y Cultural, realizado en el curso 2001/2002

vida se partirá en dos y ya no será ni de “aquí” ni de “allí” totalmente.....cuando se ha llegado a “vivenciar” la otra cultura es cuando se la ha hecho propia”.

Los objetivos de la estancia fueron ampliamente cumplidos, puesto que se realizaron 11 entrevistas semiestructuradas de alto grado de interés para la investigación, así como visitas a los principales centros de medicina integrada oriental-occidental en Tokio y alrededores, para la realización de una observación participante.

Otro objetivo fue la búsqueda de bibliografía accesible en inglés en las bases de datos de dicha universidad así como en la biblioteca. El resultado fueron 40 artículos y varios libros de difícil acceso desde España.

El Dr. Munakata me facilitó muchas de estas entrevistas y visitas, ya que con su aval tuve acceso a personas relevantes en este campo. También me facilitó las cuestiones más prácticas en cuanto a la estancia en sí en la universidad (ordenador con Internet e impresora para mi uso, tarjeta identificativa para moverme por el campus y acceder a los diferentes lugares, etc.). Otras entrevistas las conseguí a través de mi red social en Japón o por solicitud mediante traductor en japonés.



Figuras 15 y 16: Lugares visitados durante la realización del trabajo de campo

3.6. El problema de la lengua

Existe un problema que necesariamente hay que abordar, y es el de la lengua en las fuentes documentales y en las entrevistas. Aunque tengo conocimientos de la lengua

japonesa a un nivel básico-alto, la lectura de documentos en japonés es una pretensión imposible, dada la complejidad de los *kanjis* o caracteres ideográficos. Mis conocimientos certificados alcanzan alrededor de 1000, pero eso es un mínima parte de lo requerido para poder leer un texto básico (ni mucho menos uno especializado).

Sin embargo, lo que en un primer momento puede parecer muy complejo, no lo es tanto cuando uno se enfrenta al día a día en la actualidad. Cuando Florentino Rodao, Catedrático de Relaciones Internacionales de la Universidad Complutense de Madrid y reconocido experto en temas japoneses escribió su tesis en el año 1993 sobre “Relaciones hispano-japonesas 1937-1945” escribió lo siguiente: “*Sobre la consulta de documentación contemporánea en lengua japonesa, hemos de reconocer que no nos ha sido posible consultarla sin ayuda...nos hemos limitado a leer artículos y libros, y con ayuda hemos traducido la documentación contemporánea considerada interesante...*”.

Pocos años más tarde, el auge de Internet ha hecho posible la presentación de numerosas páginas web japonesas tanto en lengua inglesa como japonesa, así como artículos, conferencias, etc. Sin querer caer en lo que {Reynoso, 2000} denomina “glotocentrismo” u homologación de los textos de referencia (los estudios que no están escritos en inglés no forman parte de la tradición), sí que es cierto que en Japón y en general en el mundo científico existe una fascinación por el inglés, y prácticamente es el único idioma que existe además del japonés. Hemos de tener en cuenta que nuestro objeto de estudio implica de por sí una apertura, ya que habla de la convivencia de modelos, y los japoneses que trabajan en ello (aunque no todos), escriben y acuden a los foros internacionales en inglés. La labor se ha facilitado bastante, al margen de que haya acudido a nativos para textos muy concretos

Por otro lado, los estudios o análisis puramente antropológicos realizados por expertos sobre aproximaciones de sistemas de salud Oriente-Occidente se han realizado fundamentalmente en Estados Unidos, a continuación algo en Europa y prácticamente nada en España, y ésta es otra de las razones por la cual toda la documentación referida a expertos se encuentra en inglés.¹⁰

La traducción, sin embargo, no es suficiente. Es necesario conocer la realidad que existe “detrás” de la traducción, ya que como Sapir propugna (1983) el habla es el primer

¹⁰ Tengo conocimientos de lengua inglesa certificados con el “First Certificate of English” (Cambridge University). Además aprendí japonés en Tokyo a través de inglés, es decir, la traducción de los textos y las explicaciones gramaticales en la Escuela de japonés (Franciscan Chapel Center) me las facilitaban en inglés, por tanto estoy familiarizada con la utilización de ambas lenguas simultáneamente.

símbolo cultural de los pueblos, y expresa gran parte del sentir y pensar de los mismos. En este sentido especialmente la lengua japonesa expresa cómo es el carácter del pueblo japonés y es importante reconocer cuando dicen algo por qué lo expresan así.

Ya Malinowski descubrió que el aprendizaje de una lengua y el aprendizaje de la cultura en la que se hablaba esa lengua eran dos tareas estrechamente relacionadas:

“...El lenguaje se halla esencialmente enraizado en la realidad de la cultura, la vida tribal y las costumbres de un pueblo, y no puede ser explicado sin una referencia constante a esos contextos más amplios de la expresión verbal”¹¹

Las entrevistas se han desarrollado fundamentalmente con una traductora japonesa no profesional con conocimientos de inglés y, en menor medida, de español, y con otra traductora francesa casada con un japonés y afincada en Japón desde hace años y, por tanto, con conocimientos de la lengua. Al no ser profesionales, las dificultades no son solo traducir lo que se pregunta al japonés, sino traducir con fidelidad al español o al inglés lo que el entrevistado ha querido decir. Ha sido básico, por tanto, el que yo conociera la lengua, porque podía captar la esencia de lo que quería decir en su propia lengua y lo completaba con lo que me traducían. El problema era que, después de varios años sin hablarlo, había perdido la soltura que conseguí, y era muy arriesgado ir a las entrevistas sin apoyo. Hay que añadir también dos factores más: los entrevistados de más renombre exigían un traductor porque les cuesta todavía asimilar que haya extranjeros que puedan hablar su lengua (son un pueblo con unas señas de identidad propias muy fuertes), y por otro lado, que había palabras técnicas relacionadas con el estudio que eran nuevas, que no las había estudiado cuando aprendí japonés.

La transcripción de las entrevistas no la realicé literalmente sino que fue directamente al español, uniendo lo que me decía la traductora en español o en inglés (con la francesa yo hablaba en inglés) con lo que NO me decía porque no sabía expresarlo pero yo sí lo

¹¹ Cit en Alvarez Roldán, A. (1994). *La invención del método etnográfico. Reflexiones sobre el trabajo de campo de Malinowski en Melanesia*. Revista Antropología 7. pg 89. Este autor ha trabajado bastante el desarrollo y transformación del concepto del trabajo etnográfico. Su tesis doctoral fue: *La formación del proceso etnográfico en la tradición británica de Tylor a Malinowsky* (1992). Universidad Complutense de Madrid

había entendido en japonés. Una especie de japonés-inglés-español “todo en uno”. También había que estructurar las frases gramaticalmente con sentido.

Tres de las entrevistas se realizaron en inglés sin traductor ya que los entrevistados lo hablaban, aunque también en esos casos me acompañaron y me facilitaron el acceso al lugar amigos filipinos y españoles.

Como se deja traslucir, una investigación en un país tan diferente requiere de apoyos y de un tiempo previo de conocimiento y adaptación. Sinceramente pienso que sin los dos años previos vividos allí, no habría sido posible. Yo no tuve que aprender a moverme en la complejísima red de transporte público japonés porque ya lo conocía. Un ejemplo: en Tokyo se encuentra la estación transbordadora más grande del mundo, Shinjuku, con más de cien salidas a metro, tren y autobús. Asimismo yo contaba con una red de contactos importante, que me permitió vivir en dos casas el tiempo que no estaba en la universidad sino en Tokyo para las entrevistas, y que me facilitaron las cuestiones relacionadas con la vida diaria.

Para la transliteración de nombres del japonés en la investigación se ha utilizado el sistema *roman-ji*, aunque la romanización de la escritura japonesa está por ahora muy lejos de generalizarse. En 1885 se formó una sociedad compuesta de extranjeros y japoneses, con el nombre de ROMAJI-KAI, con el fin de fomentar la escritura latina en sustitución de los caracteres y letras japonesas, y de este modo facilitar el entendimiento del japonés a todos los extranjeros.

El sistema difundido por esta entidad, llamado HEPBURN, ha sido el más aceptado hasta el presente, por considerarle, si no el más metódico, pero sí el que mejor reproduce el sonido de las lenguas japonesas.

3.7 Metodología comparativa

En este estudio hay dos niveles estructurales y metodológicos de comparación: el primero es el que he comentado en la primera parte referido a las diversas tradiciones médicas dentro de una misma sociedad, al pluralismo asistencial. El segundo nivel se

refiere a la comparación de un mismo aspecto entre dos culturas distintas, la española y la japonesa

Respecto al primer nivel, {Lee, 1998:166} opina que “*las diversas tradiciones médicas dentro de una misma sociedad deben ser comparadas en términos de las siguientes variables: superioridad estructural e impacto funcional. El primero se refiere al grado de control sobre el Ministerio de Sanidad, al prestigio social y los recursos económicos recibidos. El segundo se refiere al grado de difusión y aceptación por parte de la sociedad.*” Con el sistema de codificación diseñado intentaremos analizar los resultados siguiendo esta propuesta.

En cuanto al segundo nivel, podríamos preguntarnos: ¿Cuál es el propósito de la comparación entre modelos culturales? ¿se pueden comparar realmente dos sistemas distintos, con registros y características que los hacen particulares y únicos?

Aunque en el paradigma constructivista las generalizaciones tienden a cuestionarse e incluso se llega a afirmar que “*..en realidad, no existen situaciones comparables, ya que las circunstancias cambian con tanta rapidez que incluso la misma situación no permanece*” {Del Rincón, 1995:33}, en la Antropología siempre se ha realizado un esfuerzo de comparación.

Efectivamente, algunos autores, entre ellos Oscar Lewis, han definido la Antropología como una disciplina comparativa: en realidad, en Antropología cultural *lo único* que hay son comparaciones, consciente o inconscientemente. Pero mientras Lewis opinaba que no hay forma de utilizar una metodología comparativa en Antropología ya que todo es comparación, Sarana (1975) está en desacuerdo y argumenta que un procedimiento hipotético-deductivo requiere de un método¹²

Clásicamente se ha considerado la etnografía la primera de las tres etapas de la investigación cultural. Como decía Lévi-Strauss, “*etnografía, , etnología y antropología no constituyen tres disciplinas o tres concepciones distintas de los mismos estudios. Son, en realidad, tres etapas o momentos de una misma investigación y la preferencia por uno u otro de estos términos sólo expresa que la atención esté dirigida de forma predominante, hacia un tipo de investigación, que nunca puede excluir a los otros*

¹² Sarana,G. (1975). *The Methodology of anthropological comparisons. An analysis of comparative methods in social and cultural anthropology.* The university of Arizona Press.

Esta obra, aun siendo antigua, en mi opinión es uno de los mejores tratados de metodología comparativa en Atropología que existen. No se encuentra traducida al español, y la encontré en la Biblioteca de la Universidad de Tsukuba (Japón). Según me han comentado, existen pocos ejemplares. Voy a basarme en ella para gran parte de la argumentación en esta área.

dos”¹³. La etnografía constituye la primera etapa de la investigación cultural, es a la vez un trabajo de campo (proceso) y un estudio monográfico (producto). La etnología surge desde la comparación de las diversas aportaciones etnográficas, como construcción teórica de la cultura, mientras que la Antropología “*apunta a un conocimiento global del hombre y abarca el objeto en toda su extensión geográfica e histórica, aspira a un conocimiento aplicable al conjunto del desenvolvimiento del hombre...*”¹⁴

Por tanto, la etnología implícitamente implica comparación cuando se quiere llegar a un razonamiento inductivo. El razonamiento inductivo se define como un procedimiento a través del cual se llega de lo particular a lo general. O de lo conocido o cercano a lo más desconocido. Una probabilidad inductiva no se deriva simplemente de la observación, sino que expresa la relación entre una hipótesis y el cuerpo de evidencia que se desprende de esa observación.

Sarana señala que hay que definir tres cuestiones básicas en toda comparación: ¿qué se quiere comparar?, ¿por qué? y ¿cómo? Y las desarrolla a través de 4 aspectos: Método, Técnica, Propósito, Cobertura y Unidades /Categorías.

Correlación de 4 aspectos del Método Comparativo

Método	Técnica	Propósito (objetivos)	Cobertura	Unidades&Categorías
Comparación ilustrativa (Ocasional)	Ilustración (ejemplo)	Inferencia : formulación de tipos, categorías y leyes generales	No sistemática	Rasgos, “complejos culturales” (datos ordenados referidos a un aspecto), Instituciones, etc
Comparación de un universo completo (delimitado)	Delimitación	Inferencia: generalización sincrónica de un proceso	Completa de un universo definido: subregional, regional o global	Rasgos, “complejos culturales, comunidades y/o culturas
Comparación Hologística (Estadística-Ejemplificada)	Ejemplificación & Estadística	Tipología, hipótesis (correlación) y generalización	Representación global a través de ejemplos	Instituciones

Tabla 11.Fuente: traducido de {Sarana, 1975 167 /id}

¹³ Lévi-Strauss,C. (1958) Antropología estructural. Buenos aires. Eudeba pg 31 .cit en Aguirre Batzán,A.(1993) “Etnografía”. Barcelona Ed Marcombo. Pg 3

¹⁴ Lévi-Strauss,C.(1958) Antropología estructural. Buenos aires. Eudeba (pg 31)en Aguirre Batzán,A.(1993) “Etnografía”. Barcelona Ed Marcombo. Pg 4

En relación a la primera cuestión, en este estudio se quieren comparar dos sistemas de salud en relación a un aspecto concreto: la integración de la medicina occidental con la oriental. Tiene que ser así porque no es posible cubrir todos los aspectos de una cultura. Aún más, “*no es posible ni deseable*” (Sarana, 1975: 26)

A la pregunta ¿por qué?, la respuesta es para establecer una *generalización de un proceso*. La generalización se define como un principio que asevera algún o algunos atributos acerca de un objeto de estudio. Y el término proceso se utiliza frecuentemente en Antropología o Sociología, porque implica movimiento, cambio, tal como comentaba Janzen. Ésta es una de las diferencias entre estas disciplinas y la Historia, ya que las primeras trabajan en un tiempo determinado con una población determinada, formulando hipótesis sobre un proceso de cambio. Trabajan las especificidades de un sistema esencialmente sincrónico, pero que puede ser modificado en un estudio posterior debido a diversos factores externos e internos que llevan a reajustes organizativos y estructurales en todas las sociedades.

A su vez la generalización de un proceso nos lleva al establecimiento de Tipologías, es decir, grupos de manifestaciones que representan una tendencia, y que nos llevan a poner en común un grupo de fenómenos que son distinguibles de otros. Las Tipologías se establecen desde un análisis descriptivo de una serie de hechos sincrónicos basados en una comparación contextual. Está cerca de la realidad fenomenológica.

Para alcanzar estos objetivos hay que utilizar un método, lo cual nos contesta a la última de las cuestiones básicas: ¿cómo? Para asegurar el criterio de Consistencia en la investigación es necesario establecer *Unidades de comparación* dentro de un discurso limitado de universo. Una Unidad de Comparación se define como “una totalidad que es el punto de referencia para la comparación con otra totalidad de similar naturaleza” (Sarana, 1975:32). Engloba un grupo de categorías definidas en el estudio. Para ello es imprescindible la heterogeneidad dentro de los grupos. Incluye tanto los datos empíricos (organizativos, legislativos) como los datos conceptuales, resultado de la conceptualización y reconstrucción del antropólogo.

Tomaremos las Unidades de Comparación de la propuesta de Kleinman (1978), habida cuenta de que el marco teórico desarrollado para esta investigación se basa entre otras en la propuesta de Kleinman sobre los sistemas de atención de salud y los modelos explicativos.

Para la comparación de sistemas médicos como sistemas culturales, adaptaremos de Kleinman las siguientes unidades de análisis:

- *Realidades clínicas*: aunque incluye los tres sectores: profesional, popular y Folk, compararemos solo los dos primeros, que han sido los analizados. No hemos entrado en el Folk por delimitación del objeto de estudio
- *Proceso de búsqueda de salud y Modelos explicativos*, incluyendo los modelos explicativos de las relaciones de cuidados de salud (sanador-paciente; paciente-familia).
- *Adaptación de los sistemas de salud: formas de integración medicina oriental/occidental*
- *Conflictos y “yatrogenesis cultural”* (Kleinman acuña este término para referirse al proceso que se crea con los conflictos. Los conflictos son mayores cuando los episodios de enfermedad tocan diferentes sectores).

3.8 Herramientas informáticas

Aunque tradicionalmente en Antropología y, en general en investigación cualitativa, no ha sido considerada importante la utilización de programas informáticos, desde la década de los noventa se viene incrementando su desarrollo coincidiendo con el boom de la informática . Algunos de los que existen actualmente facilitan bastante la tarea y han hecho cambiar la forma de trabajar, facilitando especialmente la tarea mecánica. En efecto, en el análisis de datos cualitativos se producen dos tipos de tareas: las conceptuales y las mecánicas. Como tareas conceptuales se entiende aquéllas en las que el investigador genera los productos del proceso de análisis, es decir, categorías de codificación, relaciones, generalizaciones y teorías a las que se llega a través de la reflexión y la inducción. En las tareas mecánicas el investigador manipula los productos

de análisis mediante el almacenamiento, organización y recuperación de datos a través de categorías de codificación (Trinidad, 2006: 102)

Yo he utilizado los siguientes:

- *Reference Manager* para la gestión de referencias bibliográficas. Es un programa que permite ordenar la bibliografía a modo de fichas, y tiene, entre otras, las siguientes ventajas: inserción automática de citas mientras se está redactando en el procesador de textos; generación automática de bibliografía con el estilo que se indique (hay más de 100 posibilidades); búsqueda de la bibliografía adecuada al apartado que se esté trabajando a través de palabras clave.
- *Grabadora digital y programa DSS Player Transcription module* para la transcripción de las entrevistas (con pedal). Con la grabadora digital es posible volcar las entrevistas como archivo sonoro al ordenador. El pedal de transcripción acelera el trabajo al no tener que utilizar las manos para parar, repetir, etc.
- *Maxqda 2*. Programa de Análisis de datos cualitativos. Permite la codificación y recuperación de textos de las entrevistas. En primer lugar se crean los grupos de entrevistados (en este caso 4 grupos) y se importan los textos de las entrevistas transcritas; a continuación se crean los códigos, pudiéndose cambiar o crear sub-códigos fácilmente a medida que avanza la investigación. Los textos se analizan y se codifican los párrafos o segmentos, pudiendo luego recuperarse dichos segmentos a la hora de trabajar cada uno de los códigos y copiar la cita del entrevistado directamente al informe.
Tiene otras funciones de apoyo como la posibilidad de insertar “memos” y vincularlos a categorías, la elaboración de tablas de variables cuantitativas como sexo, edad, etc., el visualizador de matriz de frecuencia de códigos o de relaciones entre los códigos, etc (ver anexo para datos y ejemplos)

En definitiva, el proceso de elaboración de los resultados se facilita enormemente, ya que a la hora de redactar un apartado correspondiente a un código concreto se hace una

búsqueda en el Reference Manager para conocer la documentación que se tiene sobre ese tema, y se hace una recuperación de los segmentos de texto de las entrevistas realizadas que guardan relación con ese código. La visión de conjunto, por tanto, es completa, pudiendo después ir insertando en el informe a medida que se van necesitando las citas y segmentos de entrevista correspondientes

**SEGUNDA PARTE: SITUACIÓN
DE LA MEDICINA
ORIENTAL/TERAPIAS
COMPLEMENTARIAS/
MEDICINA INTEGRADA EN
ESPAÑA**

CAPÍTULO 4:

Mirada histórica y actual del pluralismo asistencial en España

4.1. Sistema Nacional de Salud español

4.2 Perspectiva histórica del pluralismo asistencial en España

4.3 Causas del auge de las TC: crisis del Modelo Médico Hegemónico

- Separación de cuerpo-mente.
- Tipos de críticas al Modelo Médico Hegemónico : Crítica epistemológica.
La crítica culturalista-radical. La crítica economicista
- Prevalencia de uso:

4.1. Sistema Nacional de Salud español

La estructura y funcionamiento de los sistemas nacionales de salud son el resultado de un largo desarrollo histórico, desde los hospitales de caridad a la cobertura universal y el seguro de enfermedad para la protección de los trabajadores. En muchos países desarrollados se ha enfocado como un bien común y como tal asumido por la intervención estatal. El sector de la sanidad se ha convertido en uno de los sectores prioritarios de las modernas economías occidentales debido a la consolidación del llamado Estado del Bienestar. Sobre todo tras las dos guerras mundiales los gobiernos han asumido la necesidad de que todo ciudadano pueda acceder, en igualdad de condiciones, a la sanidad {Mompart, 2001}. Hay que tener en cuenta, además, que la prestación de servicios sanitarios incluye en la actualidad conceptos como la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el tratamiento y la rehabilitación.

Los países de la Unión Europea organizan sus sistemas de salud de muy distintas formas. En particular en Europa occidental (ya que los países del este tienen otras connotaciones) se alinean en dos grupos {Errasti, 1996}:

1. El inspirado en el informe Beveridge de 1942, que formalizó la organización adoptada por Suecia en los años 1930. Establece un Sistema Nacional de Salud con las siguientes características

- Cobertura Universal: libre acceso de todos los ciudadanos
- Financiado por impuestos, a través de los presupuestos estatales
- Gestionado y controlado por el Gobierno
- Propiedad estatal de los medios de producción, aunque existe una parte del sector privado
- Provisión pública, en su mayoría, de los cuidados de salud
- Los médicos son asalariados
- Hay una participación en el pago de los pacientes

Los países que han adoptado este sistema son: Dinamarca, Finlandia, Irlanda, Noruega, Suecia y Reino Unido en un primer momento, y posteriormente, en los años 80 Grecia, Italia, Portugal y España

2. El sistema de Bismark, que fue inspirado en la legislación social de Alemania de 1883. Es el sistema de Seguridad Social, con las siguientes características:

- Cobertura universal obligatoria dentro del sistema de Seguridad Social

- Financiación por contribuciones de empresarios y empleados a través de un fondo de seguros, sin ánimo de lucro, no gubernamentales
- Propiedad pública y privada de los medios de producción
- Provisión pública y privada de los cuidados de salud

Este sistema lo han adoptado: Austria, Bélgica, Francia, Alemania, Países Bajos

En España el Sistema Nacional de Salud se configura como el conjunto de los Servicios de la Salud de la Administración Central y de las Comunidades Autónomas. Mediante la Ley General de Sanidad de 25 de Abril de 1986 se instaura el Sistema Nacional de Salud. La asistencia sanitaria entonces se regula y se extiende a toda la población con financiación básicamente pública, complementada con la privada concertada. En la actualidad cubre al 98% de la población. Se consigue la práctica *universalización del derecho a la asistencia*. A pesar de ello, hay una parte de la población que ha optado por suscribir una póliza de asistencia privada aun cuando está cotizando además a la Seguridad Social

Se establecen dos niveles asistenciales: atención primaria y atención especializada. El modelo de Atención Primaria se plantea como una atención integrada prestada por equipos multidisciplinares para la atención individual y comunitaria.

Como característica también fundamental tiene la *transferencia competencial a las Comunidades Autónomas*, bajo cuya tutela queda la planificación y ordenación sanitaria, mientras que la coordinación general sanitaria es competencia estatal. El Consejo Interterritorial de Salud, compuesto por representantes de las Comunidades Autónomas y del Estado se creó como un órgano permanente de comunicación e información de los distintos servicios de salud, entre ellos y la Administración Central. En relación al tema que nos ocupa, esta autonomía en las decisiones por parte de las Comunidades Autónomas es la que va a tener como consecuencia el enfoque diferente en cuanto a la regulación de las TC, en función de las ideas políticas, presiones, convicciones...de los Gobiernos regionales. En concreto, la única regulación formal se ha desarrollado en Cataluña y ha sido debido a un cambio de gobierno en esa región, según me aseguraron los informantes involucrados en el proceso.

Prestaciones y financiación: el contenido y extensión de las prestaciones asistenciales son comunes para todo el sistema. Un Real Decreto (63/1995 de 20 de enero) regula la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y con ello la

homogeneidad interterritorial. Establece, asimismo, las prestaciones no financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria.

La posibilidad de que las TC queden incluidas como una prestación más del Sistema Nacional de Salud la analizaré más adelante, ya que es uno de los puntos más importantes a tratar dentro de la integración de modelos de salud y requiere un análisis exhaustivo. Esta posibilidad está condicionada al reconocimiento oficial de “otras formas de sanar”, lo que se ha denominado el pluralismo asistencial, que ha discurrido por diversos vaivenes históricos.

4.2 Perspectiva histórica del pluralismo asistencial en España

Si, tal y como afirman Menéndez (1986) o Kleinman (1995) nos encontramos inmersos en lo que el primero ha denominado Modelo Médico Hegemónico, cabría preguntarse ¿Cuándo empieza la hegemonía? Parece que siempre (con los datos que tenemos) de una u otra manera las instituciones han tratado de legitimar las prácticas sanitarias “oficiales” y deslegitimar todas las demás, aunque “teóricamente” este fenómeno se inicia a finales del siglo XVIII o principios del XIX (según Foucault el fenómeno de la medicalización se produce a partir del siglo XVIII). Conocemos la creación por parte de la monarquía hispánica en el siglo XVI (1593-1808) de organismos de control de las ocupaciones sanitarias, en especial el Real Tribunal del Protomedicato, una de cuyas funciones principales era precisamente evitar la práctica de todo tipo de actividades sanitarias a los no autorizados para ello (Perdiguero, 1996). Aunque coincidió con la época de la Inquisición, sin embargo ésta no perseguía tanto las prácticas médicas de las brujas como su heterodoxia religiosa, es decir, no hubo en principio intromisión de la Inquisición, aunque evidentemente la esfera religiosa fue muy importante a la hora de plantearse todas las alternativas asistenciales a las que recurrieron los habitantes.

Tal como documenta López Terrada (2002) para Valencia, en los siglos XVI y XVII entre los profesionales sanitarios existían:

- Médicos, que eran los que poseían un título universitario
- Cirujanos, cuya formación era de tipo gremial, y estaban controlados por un poderoso Colegio de Cirujanos, con la función de control del ejercicio profesional y concesión de títulos; se ocupaban de las afecciones externas como heridas o fracturas

- Barberos sangradores o de tercera clase, faltos de autorización para recetar medicamentos internos a no ser en casos de mucha urgencia
- Boticarios: al igual que los cirujanos, estaban agrupados en un colegio, encargado de la enseñanza y control del ejercicio. Eran lo que preparaban los medicamentos que otros prescribían
- Comadronas, encargadas de la atención al parto y a las denominadas “enfermedades de las mujeres”. Ejercieron libremente durante el siglo XVI, aunque en el siglo siguiente se intentó que, al igual que se hacía con otros prácticos, tuvieran que pasar un examen para poder ejercer legalmente su labor

Sin embargo, y a pesar de este énfasis en el control de los sanadores, desde la disciplina de la Historiografía médica diversos autores españoles han desarrollado investigaciones que demuestran la existencia de pluralismo médico y de los recursos contra la enfermedad -a pesar de la dificultad de la ausencia de documentación primaria- en los siglos XVI, XVII y XVIII¹, conviviendo otras prácticas extraacadémicas con las consideradas “profesionales”, como curanderos, santeros y otros sanadores no oficiales. En general, el pluralismo asistencial se da de forma permanente en todas las épocas, pero en contextos diferentes, y por tanto, con características diferentes. También ha sido motivo de estudio en otros países como Francia², Inglaterra³, Países Bajos⁴ o Italia⁵

¹ Ver{Perdiguero, 2002: 121-150};{Granjel, 2002},{García -Ballester, 1995} {López Terrada, 2002}

² Entre otros: Ramsey,M(1998) Professional and popular medicine in France, 1770-1830. The social world of medical practice, Cambridge. Cambridge University Press; Devlin,J (1987) The superstitious mind: French peasants and the supernatural in the nineteenth century, New Haven Conn, Yale University Press, pp43-71; Goubert, Jean P. (1977) L'art de guerir. Médecine savante et médecine populaire dans la France de 1790. Annales E.S.C, 32, 908-926. LEBRUN, F.(1983) Se soigner autrefois. Médecins, saints et sorciers aux XVIIe et XVIIIe siècles, Paris, Temps actuels. Cit en Perdiguero, E (1996: 99)

³ Entre otros: Porter, Roy (1989) *Health for sale: Quackery in England, 1660-1850*, Manchester. Manchester University Press; Fenouillat, N.(1991) *Médecins et charlatans en anglaterre (1760-1815)*. Talence, Presses Universitaires de Bordeaux. Cit en id

⁴ Blécourt, Willem de (1993). Cunning women, from healers to fortune tellers. In: Binneveld, Hans; Dekker, R (eds). *Curing and insuring. Essays on illness in past times. The Netherlands, Belgium, England and Italy, 16-20th centuries*, Hilversum, Verloren, pp 43-55; Blecourt, Willem de (1994) *Witch doctors, soothsayers and priest: on cunning folk in European historiography and tradition*. Social history, 19, 285-303; Waart, Hans de.(1993) *From cunning man to natural healer*. . In: Binneveld, Hans; Dekker, R (eds). *Curing and insuring. Essays on illness in past times. The Netherlands, Belgium, England and Italy, 16-20th centuries*, Hilversum, Verloren, pp 33-41. Cit en id

⁵ Gentilcore, David. (1995) *Charlatans, mountebanks and other similar people: the regulation and role of itinerant practitioners in early modern Italy*. Social History, 20, 297-314. Cit en id

El nacimiento del movimiento naturista también tuvo importancia, siendo su origen principal Alemania. En España empieza a finales del siglo XIX, y aunque sus connotaciones son diferentes con la medicina oriental, resulta fundamental en cuanto al empuje sobre la diferencia de conceptos del proceso salud/ enfermedad.

La importancia de todo este tipo de investigaciones no es exclusivamente por su valor historiográfico, que indudablemente lo es, sino que tiene una aplicación actual al presentar al ser humano como un continuum que se comporta a lo largo de la Historia de una manera muy lineal, salvando exclusivamente las distancias por razones contextuales. Como afirma Perdiguero (1996:99) "... Además, y también en las últimas décadas, ha sido norma que cualquier estudio que aborde la asistencia sanitaria en su conjunto tenga en cuenta la presencia de todo tipo de personas que ejercen cometidos curativos, estén o no autorizadas para ello, teniéndose en cuenta sus relaciones con la población y entre ellos, para poder acercarse de forma más comprehensiva al complejo mundo de la asistencia ante la enfermedad y la preservación de la salud en el pasado"

¿Siempre ha habido la necesidad de búsqueda de otras posibilidades asistenciales? Los datos historiográficos así lo señalan, ya que se basan en modelos culturales diferentes. ¿Existe hoy más medicina alternativa como respuesta al descontento de la población, o siempre ha existido? Hay autores, sin embargo, que justifican la búsqueda de otras alternativas terapéuticas a la eficacia o ineficacia de la medicina oficial: "...es la insatisfacción de la población con una medicina que tiende a resolver más o menos eficazmente los problemas agudos, pero que dista mucho de resolver los problemas crónicos de salud, lo que explica tanto el auge de las medicinas alternativas como la emergencia de propuestas de autoayuda..." {Haro, 2000}

4.3 Causas del auge de las TC: crisis del Modelo Médico Hegemónico

Existe un creciente interés por parte de las sociedades de los países occidentales en la utilización de las llamadas terapias naturales o complementarias por distintas razones, fundamentalmente porque los medios que se ofrecen dentro del sistema de salud no satisfacen todas las expectativas. La medicina occidental o moderna ha avanzado espectacularmente en algunos aspectos, como la cirugía, los trasplantes o la reducción de enfermedades infecciosas, pero sin embargo según numerosos autores se encuentra con que las dolencias crónicas y degenerativas no las aborda como debiera. También

son muchas las personas que tienen un enfoque diferente de la vida y de la salud, con la necesidad de una mejor relación con el entorno y con lo natural, y con un rechazo a la excesiva tecnificación y medicalización.

Como ya hemos comentado, el modelo de salud occidental o biomédico es uno más, pero hay otros modelos, como el oriental, que llevan funcionando 5.000 años ininterrumpidamente, mientras que el modelo occidental tal como lo conocemos funciona sólo desde hace 300 o 400 años.

El interés por el papel de la mente en la curación está volviéndose algo general hoy en día, en gran medida por el enfoque predominantemente materialista de la medicina occidental. Las historias de curaciones por la fe (como las que se registran en Lourdes), la investigación en el efecto placebo y el innegable beneficio de reducción de estrés, humor y la imaginación positiva para la recuperación de la enfermedad, han desafiado la noción de cuerpo-mente separados. Dicha visión se consolidó en el siglo XIX, con el énfasis en la metodología “científica” y positivista, basada en la separación arbitraria de mente y materia llevada a cabo por Descartes previamente en el siglo XVII. Según esta visión, el universo es una máquina bien engrasada que funciona según las leyes mecánicas precisas. Dios se queda desconectado del universo físico, y apenas se deja lugar para la mente o conciencia humana en este grandioso esquema mecánico. La conciencia fue situada, por tanto, “fuera” de la naturaleza, como si existiese como parte de un reino separado.

Conforme la medicina occidental adoptaba este punto de vista “científico”, la curación se convirtió menos en un arte “humanista” y más en una ciencia impersonal. Se volvió menos espiritual y más material, menos comprensiva y más especializada, menos natural y más artificial, y menos dependiente de las capacidades autocurativas del cuerpo y más dependiente de la curación externa. Junto con la nueva idea del “cuerpo máquina” vino la noción de que la enfermedad surgía de causas puramente físicas. Dado que la mente es invisible e intangible, su influencia sobre el cuerpo (y sobre el proceso de curación) se desestimó por no poderse cuantificar. Más aún, de acuerdo con este esquema estrictamente materialista, la mente o conciencia se consideró como algo que surgía del operar físico del cerebro: la mente se consideraba que existía únicamente porque existía el cerebro. El espíritu humano fue así confinado por el cerrado sistema materialista de los físicos del XIX.

Al arraigar esta visión, la ciencia médica inició una búsqueda intensiva de los agentes físicos de la enfermedad. El papel de la mente para determinar el estilo de vida y comportamiento de cada persona (y por tanto su estado de salud) fue considerado menos importante que el papel de agentes físicos como las bacterias o los virus. Estos organismos microscópicos fueron considerados incluso más importantes que la condición de la persona en su conjunto, a la que Claude Bernard, un disidente de este punto de vista en el siglo XIX, se refería como el “terreno biológico” de un individuo. La gente fue apartada de sus poderes innatos de curación. La curación dejó de verse como el estado natural de la humanidad, para ser considerada más bien como algo dependiente de que un individuo tuviese acceso a la ciencia y la tecnología médicas, poniendo así en marcha un ciclo de codependencia (Kushi, M. Y Esko, E.1996:60)⁶. Es decir, el ser humano tiene la capacidad de mantenerse en estado de salud si se cuida y si tiene responsabilidad frente a lo que come o frente al mantenimiento de su equilibrio.

Separación de cuerpo-mente. No podríamos hablar de enfermedades psicosomáticas si antes no hubiéramos separado soma y psique. Esta separación procede de la que hiciera Descartes, que definía el alma como autoconciencia, a diferencia de Santo Tomás de Aquino para quien el alma es el primer principio de vida de un ser vivo (al igual que Aristóteles). De ahí la concepción dualista del hombre que lo entiende como una unión, como la suma de varias partes, las materiales y las inmateriales. Sin embargo, en otras sociedades, como las orientales, los seres humanos no tienen esta visión dualista. Es más, las tres grandes tradiciones médicas en la Historia, la mediterránea o galénica, la china y la ayurveda (India) conciben humores y equilibrio entre el hombre y el universo, haciendo un todo entre cuerpo-alma-naturaleza universal. {Leslie, 1976}.

Efectivamente, tampoco en la medicina hipocrática galénica. Siempre se ha dicho que el auge de Hipócrates marcó el comienzo de la medicina occidental científica. A menudo se considera a Hipócrates como el padre de esta medicina, y sin embargo las cuatro características principales de la tradición hipocrática reflejadas en el *Corpus Hippocraticum* eran que la enfermedad se debía a agentes naturales y no sobrenaturales; que había que hacer énfasis en la prognosis más que en la diagnosis; que el médico tenía que tratar al enfermo y no sólo a la enfermedad, y que el tratamiento tenía que atender a

⁶ Kushi es el líder de la comunidad macrobiótica internacional. Ha impartido numerosas conferencias sobre dieta y salud, filosofía y práctica espiritual. Es fundador y presidente de la fundación Este-Oeste, la Fundación Kushi y Un Solo Mundo Pacífico.

la persona en su conjunto y no sólo a una parte. Estas características presentan notables semejanza con los otros dos grandes sistemas.

Sin embargo, durante la primera parte del siglo XX el modelo teórico sobre el que se basaba esta visión se empezó a colapsar. Nuevos descubrimientos en el campo de la física pavimentaron el camino para paradigmas de la realidad más comprensivos y dinámicos. Uno de ellos fue el descubrimiento de que en el mundo de los electrones, protones y otras partículas subatómicas, la conciencia del observador no solo influencia sino que también puede crear el fenómeno que está siendo observado.

Restableciendo el eslabón entre la conciencia y el universo físico, un eslabón que se halla en el núcleo de las cosmologías y sistemas de curación tradicionales de todo el mundo, este descubrimiento reveló una falla en la visión materialista del mundo. Se ha visto que la relajación mental, una visión positiva de la vida, una fuerte voluntad de vivir y buenas relaciones humanas, influyen todas ellas en el proceso de curación. Y se ha visto, por otro lado, que las emociones negativas como la ansiedad, la depresión y el temor inhiben el sistema inmunitario y nuestra capacidad de autocuración, así como que las emociones positivas como el amor, la esperanza y la confianza estimulan la función inmunitaria.

El estrés emocional o psicológico severo ha sido desde hace mucho asociado con una aumentada susceptibilidad a la enfermedad. Las personas que han experimentado recientemente la muerte de un cónyuge o de alguien querido, a menudo tienen una influencia superior a la media de cáncer, artritis, infecciones y otras afecciones. En un estudio realizado por investigadores australianos se vio que los sujetos que habían perdido recientemente a un cónyuge tenían un funcionamiento disminuido de los linfocitos- T y por tanto de la respuesta inmune del paciente. En otro estudio llevado a cabo en la Facultad de Medicina Monte Sinaí de Nueva York, se vio que los hombres casados con mujeres que padecían cáncer de pecho avanzado tenían un patrón similar de inhibición linfocítica que duró hasta varios meses después de la muerte de sus esposas. Sus respuestas inmunes retornaron gradualmente a la normalidad conforme su experiencia del fallecimiento se alivió {Kushi, 1996:63}. Un estudio publicado en la revista *Neurology* certifica que los padres que sufren la pérdida de un hijo tienen más riesgo de desarrollar una esclerosis múltiple⁷

⁷ El Mundo/Año XII.Nº 564. Sábado 13 de marzo 2004

Curiosamente, la medicina occidental ha propiciado el concepto de “Riesgo cardiovascular”, en el cual incluyen el estrés junto con otros parámetros de carácter más “biologicista” como el tabaco o el colesterol. Admite la importancia del factor estrés, pero sin embargo no le pone remedio, únicamente advierte que es mejor evitar el estrés llevando una vida más tranquila y sosegada. Desde sectores de la Psicología se habla de la utilización de técnicas de relajación, utilización de la respiración....¿en qué están basadas estas técnicas sino en las técnicas de chi-kung, respiración, en definitiva , prácticas orientales? ¿entonces por qué se descartan éstas como poco “científicas” si luego se aplican llamándolas de otra manera?

En el siglo XX comenzaron a verse cuáles eran los defectos de la medicina occidental, y las críticas que surgieron se pueden clasificar en las siguientes (Pardo, 1991:27):

Tipos de críticas al Modelo Médico Hegemónico :

- Crítica epistemológica

Coincide con el desarrollo de la Antropología aplicada a temas de salud, coincidiendo en evidenciar la necesidad de una apertura epistemológica y paradigmática al modelo biomédico. Entre los principales autores están E.Menéndez, que ya hemos comentado cómo denominó al modelo “Modelo Médico Hegemónico”, con las características ya nombradas; Fábrega (1974) con su teoría de las dimensiones “disease” (puramente orgánica) e “illness” (percepciones del sujeto desde un punto de vista cultural), o Arthur Kleinman {Kleinman, 1981}. Posteriormente Young añadiría el concepto de “sickness”(reconocimiento social de la enfermedad). Otros autores comenzaron a percibir más fracasos: el incremento de la yatrogenia y de los procesos por mala práctica, el fracaso de los programas de lucha contra el hambre en el Tercer Mundo, el empeoramiento de los indicadores de salud globales para la población de los países ricos pero, sobre todo, la insatisfacción de la población por la incapacidad de la biomedicina por resolver las enfermedades crónicas {Comelles, 1993:55}

Por otro lado, en los años 70 cobró fuerza el concepto de construcción social. Si bien en Sociología ya en los 60 Peter Berger y Thomas Luckmann habían planteado con fuerza este análisis en su texto "La construcción social de la realidad", esos trabajos no tuvieron consecuencias en la medicina social. En los 70 la difusión de la obra de Michael Foucault abordó las categorías sociales que impregnan los conceptos de salud y

enfermedad, especialmente los que estaban presentes en su Historia de la Locura en la época clásica y en El Nacimiento de la Clínica, abriendo de ese modo un vaso comunicante de este enfoque con la medicina social. {Focault, 1975}

- La crítica culturalista-radical

Nace con las críticas de los años 70, pero la lleva al radicalismo. Tiene su máximo exponente en Iván Illich y su demoledora obra “Némesis médica” (Illich, 1978). El teólogo y filósofo Iván Illich la escribió en 1978 y es probablemente una de las críticas más feroces al modelo. Pone en duda el valor de los servicios médicos occidentales y no cree que los recursos de atención sanitaria sean efectivos, humanos ni deseables. Habla de yatrogénesis o error médico en tres niveles: Yatrogénesis Clínica, Yatrogénesis Social (“medicalización de la vida”) y Yatrogénesis cultural (con expresiones como “matar el dolor”, “la invención y eliminación de la enfermedad” y “la muerte escamoteada”). Asimismo critica las políticas de salud.

- La crítica economicista

Pretende una reforma de los sistemas de salud basada fundamentalmente en una mayor racionalidad económica del sistema y presenta dos grandes tendencias. Una es la liberal, reformista-economicista, sobre todo la que aplican hoy los gobiernos occidentales en sus sistemas de salud, y cuya finalidad es reducir el gasto sanitario. La otra es la político-económica, cuyo más destacado representante sería Vicente Navarro, de la John Hopkins University, quien desde una perspectiva marxista considera los sistemas de seguro obligatorio como una conquista histórica de los trabajadores, aunque en estos sistemas se producen deficiencias estructurales y de distribución de recursos que perpetúan las desigualdades sociales⁸

¿Cuáles son otros “fallos” del sistema además de los expuestos? En la actualidad se dan corrientes dentro de la biomedicina ante las cuales las críticas son las siguientes:

- “La Medicina Basada en la Evidencia”, que actualmente está tan en boga, consiste en aplicar los procedimientos que se ha demostrado científica y estadísticamente que son los más indicados. Tiene ventajas para la mayoría, pero supone un escaso interés por parte del sistema hacia los casos que se salen

⁸ Navarro, V (1978). La medicina bajo el capitalismo. Barcelona. Crítica. Cit en Pardo (1992:27)

de lo estandarizado. A menudo se le dice al paciente que “no tiene nada”, a pesar de que éste se encuentre mal o con dolor {Yanagida, 2001 }

- La medicalización de la que hablaba Menéndez se traduce en un exceso de control en todos los órdenes de la vida, y se tiende a meter en el sistema problemas que no son estrictamente médicos, sino marginales o sociales, como el alcoholismo, las drogas o la marginación social. El parto también es un buen ejemplo de ello, por lo que las últimas tendencias hablan de la necesidad de volver a un parto “natural”.

Comelles (1993) adopta el término de *remedicalización* para referirse en la actualidad al despliegue del dispositivo asistencial, que desprecia el autocuidado y que ha llevado prácticamente al colapso. Por tanto, hay un exceso de celo en algunas cuestiones, mientras que las grandes enfermedades crónicas y degenerativas están hoy por hoy, sin cura. Como afirma Wyngaarden, (1985:6) “*la lista de las enfermedades humanas para las cuales no existen medidas claras de prevención o cura sigue siendo impresionante. Hacen falta nuevas formas de captar la esencia de esas enfermedades*”.

Prevalencia de uso: La creciente insatisfacción con la forma en que la medicina occidental trata las dolencias cardiovasculares o crónicas hace que numerosos occidentales busquen otras terapias. Son numerosos los estudios que así lo avalan, desde los que se iniciaron en las décadas de los 80-90 {Eisenberg DM, 1998; Eisenberg, 1993 63 /id} {Ernst, 2000} {Tindle HA, 2005 }.

Especialmente interesante es el de Harris y Rees {Harris P, 2000}, que realizan un metaanálisis de los estudios publicados sobre prevalencia de uso de TC. Los porcentajes difieren entre los países y resulta difícil establecer comparaciones por problemas metodológicos, pero todos concluyen que la tendencia es al alza.

La Organización Mundial de la Salud se refiere al éxito de las TC en los siguientes términos:

“En muchos países desarrollados el popular uso de las MCA (Medicinas complementarias y alternativas) está propulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y las suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria. Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga ha dado como resultado un aumento de los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y debilitantes

tales como las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales. Para muchos pacientes la MCA parece ofrecer medios más livianos de tratar dichas enfermedades que la medicina alopática” (Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-05: 2)

La OMS en este estudio aporta el dato de que en los países industrializados el porcentaje de población que utiliza las TC al menos una vez oscila según el país entre el 40 y el 70% (Francia incluso 75%). Un estudio muy conocido realizado en 1993 en Estados Unidos habla de un 34% de población, que en 1997, y tras realizar un seguimiento, había aumentado hasta el 42% {Einsenberg DM, 1998 }

En España, según datos del Ministerio de Hacienda, se llevan a cabo 300.000 consultas diarias por parte de personal no médico que trabaja bajo el epígrafe de profesiones parasitarias no reconocidas salvo por dicho organismo. ste dato no incluye, por tanto, a los médicos o profesionales sanitarios que las practican{;Ballvé Moreno, 2003}. Otro interesante estudio realizado en Cataluña {Bassols, 2002} concluyó que la estrategia terapéutica más comúnmente utilizada cuando se padece un dolor es visitar al médico (66.3%), seguida de la automedicación (27.6%) y medicinas alternativas (20.5%). La farmacología fue el primer tratamiento utilizado por los médicos (86.5%) seguido a distancia por la terapia física (18.1%). El tratamiento, sin embargo, del dolor en las extremidades, espalda y cuello fue a menudo infructuoso.

En otro estudio {Suárez, 2002}, una de las conclusiones que se aporta es que el grado de satisfacción de los usuarios de TC es alto, lo que queda asentado con el dato de que el 100% de las personas estudiadas recomendaría la terapia a la que se está sometiendo y al 92% les gustaría que lo ofreciera la Seguridad Social. En un estudio multicéntrico nacional⁹ realizado recientemente, se afirma que en España uno de cada 4 enfermos de cáncer utiliza o ha utilizado alguna forma de terapia complementaria sobre todo para reforzar su estado físico y tolerar o contrarrestar los efectos secundarios de los tratamientos oncológicos convencionales.

En la prensa se observa también un creciente interés por estas terapias, que se ve reflejado en numerosos artículos que reflejan la demanda de la sociedad por temas que la medicina occidental no resuelve.

⁹ Rev NATURAL n° 49. Primavera 2004. pg 13

CARDIOLOGÍA/ Un nuevo estudio, publicada en el último «Archives of Internal Medicine» constata que un elevado número de mujeres posmenopáusicas sufre síntomas depresivos sin diagnosticar que elevan de forma significativa sus posibilidades de morir por culpa del corazón o por otras causas



Hasta un 16% de las mujeres mayores sufre la enfermedad mental. / EL MUNDO

La depresión eleva el riesgo de patología cardiovascular y muerte

Foto 5. El mundo Año XIII, nº564-13-Marzo-2004

Dentro de este creciente interés por la utilización de las TC en España cabría preguntarse: ¿cómo son? ¿tienen un perfil definido? ¿cómo ha sido su proceso de búsqueda de salud?

CAPÍTULO 5:

Los españoles frente al continuum salud/enfermedad

4.4. Perfil del usuario de Terapias Complementarias y Proceso de búsqueda salud.- Patrones de uso

4.4.1. Percepción de la eficacia y grado de satisfacción

4.4.2. Factores predisponentes

4.4.3. Simultaneidad de tratamientos y alternancia por conveniencia

4.4.4. Estereotipos/imágenes sociales

4.5 Las relaciones sociales de los usuarios

4.5.1 Familia/red social

4.5.2 Relación con sanador

4.5.3 Respuesta del sanador oficial/Interacción medicina oficial. Percepción de los profesionales de salud ante las Terapias Complementarias

5.1 Perfil del usuario de Terapias Complementarias y Proceso de búsqueda de salud -Patrones de uso

Al preguntar tanto a sanadores sobre el perfil de sus pacientes, como usuarios sobre cómo han llegado a las TC, en primer lugar hay que señalar que apenas difiere la percepción entre ambos grupos. Se descubre “complicidad” entre ellos, empatía. Esta es la razón por la que, en aras de una mayor agilidad en el texto y puesto que hay coincidencia en muchos de los discursos, analizaré este punto uniendo ambas perspectivas, la de los sanadores y los usuarios. En el resto de los resultados ambos grupos están diferenciados.

Hay distintos tipos de motivaciones que guían a las personas a acudir a las TC {Granero Xiberta, 2003} : una *razón ideológica*, es decir, la creencia en la eficacia en la inocuidad de las TC, o una *razón pragmática*, a saber, la decepción ante los tratamientos y los cuidados de la medicina oficial.

Efectivamente, entre los del primer grupo hay pacientes “convencidos”, es decir, que filosófica y conceptualmente se encuentran en sintonía con el enfoque alternativo y holístico, y se encuentran francamente a disgusto con el alopático

(...)en situaciones de estrés tengo herpes en una pierna, fui a una doctora y definitivamente pensé que no era eso lo que quería, porque me dijo que tenía un herpes, y yo le dije: “ya lo se, no me tiene que decir que tengo un herpes porque ya me lo estoy viendo, lo que quiero saber es por qué me ha salido”. Y me dijo: “tome esta crema y váyase a su casa”, y me fui con mucha rabia, me acuerdo que iba con mi novio y le dije que era una imbécil, que no me había dicho nada y que además me había atendido en dos segundos. Me dijo que así es el sistema de salud en España.

(U-2)

Este tipo de pacientes no utiliza las TC solo terapéuticamente, sino también de una manera preventiva, con una alimentación adecuada, un estilo de vida sano, etc...al que podía estar incorporado antes del padecimiento o a raíz de él

(...)Tú tienes que cambiar tu filosofía de vida, sino, no puedes estar haciendo aquí auriculoterapia y luego tratar mal a tu organismo con otras cosas, porque entonces lo que te puedan ayudar aquí luego lo tiras a la basura. Tienes que ser una persona consciente de que tu vida ha cambiado y que tú tienes que cambiar con ella y adaptarte a la nueva situación.

(U-18)

Por el contrario, según el estudio de Astin {Astin JA, 1998} la mayoría de los pacientes “convencidos” que acuden a las TC no están especialmente insatisfechos con la medicina convencional

Dentro de este tipo de pacientes lo utilizan también de una manera más preventiva que sanadora los que reciben shiatsu, y no así los de acupuntura. El shiatsu se asocia a relajación, masaje, desestrés...y se aplica no solo en centros terapéuticos sino también en balnearios, hoteles de descanso, etc.

En este grupo y tal y como argumentaba Kleinman, se corrobora que la explicación que el individuo hace de su enfermedad es la que condiciona la elección de la terapia

(...)Me voy explorando, yo estoy convencida de que parte de lo que te ocurre en la enfermedad viene como consecuencia de la relación entre tu cuerpo y tu mente, y se manifiesta como enfermedad porque hay algo dentro de ti psíquico o emocional que no está bien. Entonces trato de hacerlo, pero hay veces que también el autoanálisis no te sirve porque tú también te dices mentiras. Entonces ahí ya acudo a mi terapeuta de shiatsu....

(U-02)

Sin embargo, la mayoría de los que acuden son los del segundo grupo, los pragmáticos. Habitualmente no se lo habían planteado o no conocían las TC, sino que han llegado a ellas después de realizar un itinerario terapéutico tortuoso, con mucho tiempo acudiendo a una gran cantidad de médicos que no les dan solución a su problema. Esto ocurre tanto en los que acuden a los centros integrados como a consultas privadas. Así es como definen los terapeutas el perfil del paciente que les llega: de todo tipo, sin diferencias en cuanto a nivel socioeconómico, y con muchas ganas de terminar con un padecimiento crónico:

(...)porque en general suele ser un itinerario tortuoso, de que nada le daba solución a su problema, estaban inflados a pastillas, en fin este tipo de cosas.

(S-05)

(...) Yo siempre digo que ésta es la última etapa antes de Fátima, porque muchas veces ése es el problema, que los han golpeado tanto, que recuperarlos a veces es un verdadero lío.

(S-13)

(...) tengo desde empresarios riquísimos hasta “pobreticos”, enfermedades terminales o no. Sexo y edad indistintamente, cualquier profesión, desde mecánicos hasta ingenieros...no hay perfil. El paciente cuando tiene un problema, lo que quiere es

curarse, no mira más.
(S-01)

Una razón frecuentemente aducida para explicar las consultas a terapeutas alternativos es la agresividad de la medicina convencional, el miedo a los efectos secundarios de los tratamientos convencionales. Diversos estudios en Estados Unidos demuestran cómo el 10% de los ingresos hospitalarios se produce a causa de factores yatrogénicos¹. Las intervenciones quirúrgicas y algunas pruebas diagnósticas entrañan riesgos y no todos los pacientes están dispuestos a correr con ellos

(...)yo, mire, a lo que le tengo más miedo es a las pastillas que mandan de calmantes, porque me estropean el estómago. A veces me pongo malísima, vomitando, y entonces a estas cosas le tengo más afecto.
(U-09)

(...)El médico de rehabilitación me mandó a la unidad de dolor, pero los parches me producían unos vómitos que no podía soportarlo, y ya no podía tampoco con las pastillas, me destrozaban el estómago.
(U-10)

Percepción de la eficacia y grado de satisfacción

Como ya hemos comentado, en muchas de las encuestas citadas previamente y en otras², así como en los datos cualitativos que se desprenden de este estudio, la percepción de la eficacia es muy alta entre los usuarios. Los que van a consultas privadas lo hacen porque les ha ido bien a familiares o amigos previamente, o bien “por probar” y los de centros integrados pueden ir o no condicionados previamente y sin embargo también obtienen resultados satisfactorios. Consiguen aliviar los dolores y los síntomas, se sienten mejor e incluso consiguen otros efectos adicionales de relajación

(...) Cuando tu cuerpo está más descansado del dolor, se incrementa todo el bienestar, psicológico, emocional y corporal. Influye. Cuando estás con mucho dolor, por mucho que tú quieras, no puedes hacer cosas, entonces emocionalmente te puedes venir un poco abajo, tus relaciones afectivas, psicológicas, con tus familiares, con tu pareja, con

¹ Gordon JS. Medicina alternativa y médico de familia. American Family Phisician (Ed español) 1997; 4: 119-130. Cheng MK ¿Por qué la medicina alternativa? American Family Phisician (Ed español) 1997; 4:117-8. Cit en Ballvé 2003: 36

² Kitai E, Vinker S et al. Use of complementary and alternative medicine among primary care patients. Fam Pract 1998; 15:411-14. Sparber A, Baul L, curt g, Eisenberg D, Levin T et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. Oncol Nurs Forum 2000; 27: 623-30.

tus amigos. Incluso cuando hay mucho dolor puedes llegar a aislarte, y estar solamente concentrada en eso. Entonces cuando se te está aliviando eso te reactiva.

(U-18)

(...)He notado que he dejado la medicación, que tomo menos, bueno, casi ninguna, y sobre todo lo más importante era dormir, y ese dolor en el brazo, esa pesadez que no podía...el dolor de la muñeca...no podía con él. Todo eso se me ha ido, y tocaré madera para que no vuelva.

(U-12)

Precisamente es la alta percepción de la eficacia y los buenos resultados uno de los argumentos que más fervientemente utilizan los partidarios de estas terapias, frente a los que exigen una validación científica. El problema de la validación científica y la investigación lo desarrollaré más adelante

El grado de satisfacción es elevado debido también a la buena relación que se establece con el terapeuta, especialmente con los de shiatsu porque hay contacto físico

(...) Hay contacto, y eso implica más relación. Es más frío tratar al paciente con una receta, con un bolígrafo, que aunque lo tengas que explorar, se explora poco, hay veces que ni siquiera llegas a tocar al paciente, que cuando estás tocando, masajeando durante media hora que a lo mejor dura la sesión de shiatsu. Pienso que es mejor, hay más relación.

(U-12)

El paciente en general se siente escuchado y comprendido

(...)el trato superamable, demuestra empatía al paciente, que no se cae en el tópico del médico que te trata por encima del hombro y que te trata como a un número y eso. Son personas bastantes humanas, un trato fabuloso

(U-19)

Factores predisponentes: Analizando con un poco más de detenimiento los factores predisponentes del proceso de búsqueda de salud dentro del modelo de determinantes del que hablaba Perdiguero (2004), sí que hay ciertas diferencias en algunos de estos factores. En el sexo, por ejemplo, las hay, ya que casi todos los sanadores entrevistados coinciden en que tienen por lo general más mujeres que hombres, y hay estudios que así lo avalan {Hedderson MM et al, 2004}. Las explicaciones de por qué es así suelen tener relación con una mayor sensibilidad por parte de las mujeres o unas necesidades psicológicas diferentes.

(...) En mi caso muchas más mujeres que hombres, como un 90% de mujeres. A mi me da la impresión de que la mujer se ocupa más de su calidad de vida, y los hombres que vienen recomendados por sus mujeres. Es una percepción subjetiva,

nunca lo he hablado con ellas. Yo diría que vosotras queréis cuidaros y el hombre no tanto. No es problema de escepticismo, porque todos los que vienen no son escépticos. De los de “a ver los que es esto” porque no lo conocen vienen la primera vez

(S-10)

(...) ¿sexos? el femenino es mayoritario, pero eso en todo, porque es más sensible, más abierta, entonces en cualquier consulta o intervención, no solo la mía, hay mayoría de mujeres.

(S-11)

En cuanto a la edad no hay diferencias, todos coinciden en que tienen de todas las edades, aunque {Flaherty, 2004}realizan un interesante estudio sobre la utilización de TC entre las personas mayores en diversos países

Reflexión aparte merece el nivel socioeconómico. Ballvé (2003) realiza un análisis de los estudios que se han realizado para definir el nivel de educación del usuario de las TC³, y en todos se concluye que existe un mayor nivel de educación en estos usuarios. La explicación podría estar en que existe entre estas personas un mayor acceso a información sobre las diferentes terapias disponibles y también una mayor tendencia a cuestionar la autoridad y los conocimientos de los médicos convencionales. Sin embargo, el hecho de que no estén cubiertos por el sistema público ni por las aseguradoras privadas reconoce que puede ser un sesgo económico que desvirtúe la variable del nivel cultural, ya que entonces sólo las personas con poder adquisitivo alto pueden tener acceso a estas terapias. ¿Qué ocurre entonces cuando SÍ están cubiertas, que es el caso de las experiencias de integración analizadas en este estudio? La respuesta es que cuando se les facilita, todos los niveles culturales se incorporan. Como se aprecia en la tabla que expresa los datos de formación y culturales de los usuarios que he entrevistado, hay de todo: desde humildes pensionistas hasta médicos (incluso una psiquiatra). Los más humildes reconocen que no podrían acudir a estas terapias si no estuvieran cubiertas por el seguro nacional:

(...)P: si tuviesen que costárselo fuera del seguro podrían?

R: no, qué va. Con 400 euros que gano ahora al mes no podemos comer, entonces venimos aquí, sino no podríamos.

(U-15)

³ Cita los siguientes: Zollman C, Vickers A. Users and practitioners of complementary medicine. BMJ, .1999; 319:836-8. Sparber A, Baul L, curt g, Eisenberg D, Levin T et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. Oncol Nurs Forum 2000; 27: 623-30. Fernández CV, Stutzer CA, McWilliam L, Fryer C. Alternative and complementary therapy use in pediatric oncology patients in british Columbia: prevalence and reasons for use and nonuse. J Clin Oncol 1998; 16: 1279-86

Hay muchos que hacen el esfuerzo económico, o lo harían si no estuviese cubierto, una vez que han descubierto que es efectivo. Por encima de todo valoran la calidad de vida, hay que tener en cuenta que la mayoría sufre dolores y enfermedades crónicas de mucho tiempo:

(...) P: Si lo tiene que pagar aparte, ¿lo habría hecho?

R: pues no se lo que vale, pero a lo mejor no puedo.

P. en los privados puede ser entre 20 y 30 euros por sesión

R : pues a lo mejor lo pagaba, quitándomelo de lo que sea, ya sabiendo que me va bien (U-09)

La percepción de los sanadores sobre este tema también coincide, es decir, la eficacia salta por encima de las barreras culturas y económicas:

(...). De estrato social, hay menos gente de clase trabajadora, pero tienes que correr la voz, eso es que trates a alguien y se lo diga a otro. Tengo un administrativo, tengo un albañil,,que dedican una pequeña parte de su presupuesto mensual a cuidarse, al shiatsu o lo que sea. Luego tengo también clientes con un nivel económico altísimo, porque trabajan en cine y publicidad...igual que tengo el que más gana en la empresa, tengo a la recepcionista, que gana 900 euros al mes. (S-06)

De hecho, también hay otros estudios que aseguran que el mayor índice de demanda de servicios sanitarios está ligado a las personas con menores niveles de estudios, lo que parece confirmar que la mayor educación suele conllevar una mayor atención a los cuidados de la salud y a las actitudes preventivas {Mompart, 2001 }

Las diferencias entre clases sociales se perciben más bien en la actitud y abordaje que hacen sobre las terapias. Uno de los sanadores entrevistados tenía experiencia de trabajo en una clínica de dolor integrada en un hospital público y posteriormente pasó a trabajar en lo mismo a una clínica privada en la misma ciudad. Comenta que el paciente privado es más “tecnócrata” que el público:

(...) P: Es interesante tu punto de vista porque has visto los dos tipos de pacientes. La actitud que tienen ante la técnica es la misma? ¿lo único que quiere el paciente es que le quiten el dolor?

R: no, es distinto. El paciente privado suele pedir un gran nivel de eficacia y un gran nivel de profesionalidad, mientras que en el paciente de ingresos más bajos prima más la calidad de vida y el trato humano que tenga dentro del servicio. Es muy posible que esto sea muy importante. El paciente que llega aquí quiere que le digan qué último aparatito con qué última corriente tal sobre un nervio muy concreto, con un superespecialista formado en Estados Unidos....eso es lo que quiere el privado. El de la Seguridad Social dice: no puedo ir a misa, no puedo ir a tomar una cervecita con los

amigos, ¿qué hay que yo pueda ...?¿sabes? probablemente tenga una visión menos atomista, una manera más amplia de ver la salud que el de aquí. El privado conoce de la salud más por lo que ha visto en Internet, por el telediario, más por el médico como un tecnócrata científico, perfecto, que puede solventar todos los problemas.
(S-17)

Tipo de problema de salud: Los usuarios de TC se ven a sí mismos con un peor estado de salud que los no usuarios⁴. Las razones son evidentes, porque son pacientes con dolor, con enfermedades crónicas con una larga evolución. Otro tipo de pacientes dentro de este grupo son los enfermos terminales. Los datos son elocuentes: hasta un 63% de los pacientes con cáncer incluidos en ensayos clínicos utilizan alguna medida alternativa⁵. Es el área donde se encuentra el mayor número de publicaciones.

Quienes también pueden tener una percepción pobre de su estado de salud son los pacientes somatizadores y con problemas psicológicos de ansiedad, depresión, estrés...que forman también un grupo importante dentro de los usuarios. Estos pacientes a menudo reciben un trato inadecuado por parte de algunos médicos convencionales que no pueden evitar ver con disgusto a un paciente que no se ajusta a un cuadro clínico conocido y para el que no tiene un protocolo concreto de tratamiento científico. El único tratamiento posible sería precisamente la empatía, que es lo que ofrece la medicina no convencional, pero esto choca con la falta de tiempo y la masificación de la medicina pública {García Campillo J, 2000}

(...)Siempre tengo la sensación de que no me gusta cómo me tratan, me quedo insatisfecha con la atención. Si encuentro otras posibilidades...
(U-02)

(...) me hizo una entrevista de contacto extraordinaria, y luego es siempre muy atento, muy amable, estoy muy contenta... el estado de ánimo, a la persona que sea nerviosa y así, ya le hace estar más relajada y ver las cosas de otro punto de vista. Si estás alterado y el médico es así, pues te viene mejor, te relaja más
(U-14)

El tipo de problema de salud en el presente estudio se ajusta a estos perfiles, pero está condicionado, sin embargo, a los criterios de inclusión de los centros integrados, que

⁴ Borkan J, Nether JO, Anson O, Smoker B. Referrals for alternative therapies. J Fam Pract 1994; 39:545-50. Astin JA. (1998) Why patients use alternative medicine. Results of a national study. JAMA, 279:1548-53. cit en Ballvé 2003

⁵ Sparber A, Baul L, Curt G, Eisenberg D, Levin T et al. Use of complementary medicine by adult patients participating in cancer clinical trials. Oncol Nurs Forum 2000; 27: 623-30. Cit en Ballvé (2003)

son bastante estrictos. En líneas generales se basan en el tratamiento del dolor, ya que se suelen integrar a través de las unidades del dolor.

En Europa en general y en España en particular la medicina oriental se percibe como un complemento placido y anti-estrés. Se basa en el concepto de enfermedad actual, en el cual hay una mayor diferenciación entre *illness* y *disease* que en la época de las enfermedades epidémicas. {Munakata, 2001 }

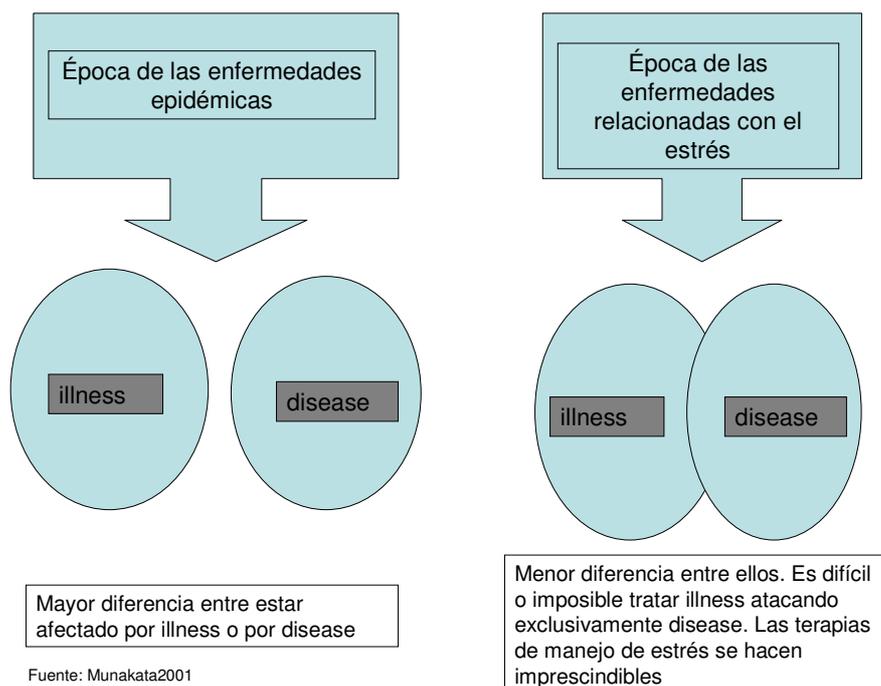


Figura 17: Relaciones illness-disease

Acuña el concepto de “aparentemente sano”, en el que la salud no es simplemente la ausencia de disease, y en la cual resulta muy importante el patrón de conducta de afrontamiento que se adopte.

Las terapias orientales a menudo se perciben en esta línea “antiestrés”, y saltan de los centros estrictamente sanitarios para introducirse en gimnasios o en centros de belleza, y por ello también es frecuente el patrón de uso de simultaneidad de tratamientos y alternancia por conveniencia

Simultaneidad de tratamientos y alternancia por conveniencia

Como comentaba en la exposición del marco teórico, el pluralismo asistencial ha existido a lo largo de la Historia, y dentro de los procesos de búsqueda de salud el ser

humano es capaz de simultanear acciones en los distintos sectores de atención: el popular, el profesional y el Folk., o de utilizar en distintos momentos cualquiera de ellos.

En cuanto a la simultaneidad, en la actualidad los pacientes no lo ven como un problema, no lo ven como alternativo sino realmente como complementario, algo que les ayuda por ejemplo, en el caso del dolor, a ir bajando las dosis de analgésicos.

(...) Llevo 5 sesiones (de acupuntura), estoy a mitad del ciclo y ya me he quitado un gramo de paracetamol y 400 mg de ibuprofeno, lo cual no está mal, porque de 3 gramos estoy en 2 y de 1200 estoy en 800, cosa que antes había intentado y no había podido.

(U-16)

Tampoco ven problema en simultanear no solo con la medicina convencional, sino también con naturistas, herboristerías, etc.

(...) Simultaneo lo que me tomo de tratamiento mínimo de osteoporosis, me mandó el médico el calcio como prevención. La semanal que me tomo para los huesos y la del colesterol, eso es lo que me tomo. A parte de lo que me suelo tomar, por ejemplo el ajo, siempre me lo tomé. También me tomo ahora para los gases unas pastillas de hinojo..en fin, cosas naturales de la herboristería, a mí me gusta tomarme de vez en cuando. Pero eso ha surgido a raíz de que como yo veía que con la medicina tradicional no lograba mejorarme, le atacé por la herboristería y la verdad que lo noté, bastante bien. Empecé a tomarme para los dolores espatofito, que son unas plantas que van muy bien para el reuma.

(U-14)

(...)lo último que hice fue ir a un herbolario porque conozco a la mujer del herbolario, y me dio el teléfono de una naturista.. A esta mujer le comenté que estaba yendo a acupuntura y me dijo que genial, que entonces sería todo mucho más rápido. Me mandó un tratamiento de hierbas y cuando lo terminé me vino la regla (que ése era mi problema)

(U-03)

En cuanto a la alternancia, la gran mayoría de los usuarios entrevistados tienen una mentalidad abierta, y pasan de una terapia a otra sin problemas, en el caso de los “pragmáticos” buscando algo que les solucione el problema:

(...) yo voy probando, y si me va mal, cambio. He hecho homeopatía, acupuntura, yoga. Bueno, el yoga he estado practicándolo, aunque ahora no porque acabo de dar a luz, pero quiero volverlo a hacer porque me gusta mucho. Pero otra cosa...no, (risas) ah, sí, las flores de Bach, pero eso sí que no me dio resultado, tampoco. Reiki, ¿es así como se llama? También, pero no lo veía. Yo creo que el reiki es para una persona que está bien, pero una persona con ansiedad, que está mal...no lo se. Yo lo probaba todo, todo lo que podía ser natural.

(U-01)

Y en el caso de los “convencidos filosóficamente” porque van buscando el equilibrio a través de diferentes terapias:

(...)Como que voy mezclando. Lo que yo creo que aprendes con este tipo de medicina es a escuchar el cuerpo. Uno no siempre cumple todo lo que le cuerpo le está pidiendo, porque a veces te manda descansar y tú no descansas, pero por lo menos sabes que algo está pasando. Es la búsqueda de la unidad y del equilibrio lo que te vas llevando en este tipo de trabajo

(U-02)

Los que no han utilizado otras terapias del sector profesional ha sido por motivos económicos, pero han utilizado remedios de herboristería

*(...)P: había utilizado antes otras terapias que no fueran de la medicina convencional?
R: No, porque no me lo podía costear. Solo fui a un homeópata, pero me dijo que había venido tarde y ya no podía hacer nada por mi, que incluso si me hacía algo me podía poner peor. Me cobró un dineral por la visita, aunque el hombre reconozco que fue honesto y no me engañó.*

(U-10)

Lo que está claro es que el usuario toma decisiones, participa de forma activa en su proceso, por más que el sistema quiera obligarlos a ser pasivos. Una de los aspectos que los entrevistados tienen en común es precisamente éste, el ser activos, y ser ellos los que en numerosas ocasiones cuestionan los tratamientos que les proponen:

(...) yo se lo dije cuando me dijo que como último recurso me tenía que infiltrar, pero como la C6 y C7 están muy mal y era mejor no operarme, pues claro yo, antes de que me infiltren, se lo comenté, que por qué no me mandaba aquí (a la acupuntura), y me dijo que sí, me dio el informe y al mes vine, hablé con el médico acupuntor y me aceptó.

(U-12)

Estereotipos/imágenes sociales

La imagen social de las TC no puede desvincularse del poderoso efecto monopolístico de la medicina alopática, lo cual lleva a darle mayor legitimidad delante de los pacientes cuando se lleva a cabo por médicos y más aún dentro del sistema público. Lógicamente esto ocurre debido al vacío legal que tradicionalmente ha existido en estas profesiones, y que ha llevado en ocasiones al abuso y a terapeutas con escasa preparación

(...)Antes me preguntabas si me importaba que fuera médico, y es que el que sea médico te da como una seguridad de que tiene una formación básica, porque te da

miedo, todos se llaman médicos alternativos o salud alternativa...por lo menos sabes que éste tiene 6 años de medicina y luego le ha interesado lo alternativo. Es decir, por algún lado me puede encontrar el problema. Es que aquí con un curso de dos meses manejamos chacras, proyección con piedras, luces...y hay que tener muchísimo cuidado. Porque además la gente va a estos espacios creyendo lo que les estás diciendo, y creen en ti.

(U-02)

En este punto sí que se nota la diferencia en la formación de base o nivel social de los pacientes, porque los de formación más alta ponen más reparos a los “no titulados”, tienen más prejuicios de partida, aunque se rinden ante la efectividad

(...)Cuando oigo la palabra terapias alternativas me pongo un poco en alerta, porque a veces puede ser un cajón de sastre. Si que...(dudando) tengo buenas referencias de algunos tratamientos alternativos por profesionales bien formados, como puede ser la unidad de acupuntura de aquí, o algún otro profesional homeópata que he tenido referencias de él, los naturistas o médicos....me da más garantía si son médicos formados u osteópatas.

(U-16-médico)

El poder legitimador del sistema hace que a veces los estereotipos no se cambien ni siquiera después de una curación. Esto no le ocurre habitualmente al paciente sino a su entorno familiar

(...) yo siempre le digo a mi acupuntor que en España somos muy escépticos, no nos fiamos ante este tipo de terapias orientales, creemos que son cuentos chinos, para la mayoría de la población. Entonces creo que mientras la gente no se conciente a sí misma y quiera que esté en la seguridad social..no. Creo que la gente joven es más abierta, o la que se ha interesado, pero la gente como mi abuela o mis padres, y eso que mis padre son bastante abiertos...pero hay gente que realmente le parece un cuento chino.

P: ¿tus padres han cambiado de idea?

J: mi madre sobre todo, mi padre sigue siendo muy reacio. Sigue pensando que ha sido sugestión o....

(U-03)

Analizaremos a continuación precisamente las relaciones de los pacientes en tres niveles: por un lado con su red social inmediata, lo que denominábamos según los diversos autores el sector popular o el sector de Autocuidado-Autoatención, por otro lado su relación con el sanador de TC y por último la interacción con el médico oficial y la respuesta de éste frente a la opción plural del usuario.

5.2 Las relaciones sociales de los usuarios

5.2.1 Familia/red social

El concepto de Autocuidado/Autoatención resulta ser el más importante dentro de todas las formas de atención de salud porque según Haro {Haro, 2000} todas ellas requieren de la colaboración y confianza de los usuarios para mantener la eficacia práctica y simbólica que implica todo proceso de curación. Es el individuo junto con su grupo social el que toma las decisiones en el proceso de búsqueda de salud. La diferencia estriba en que cuando el individuo se “sale” del sistema oficial lo puede hacer con o sin el consentimiento de su grupo familiar, lo cual va a tener como consecuencia el que el paciente viva el proceso con una carga añadida de sufrimiento en el caso de que no lo tenga, o que por el contrario se encuentre reconfortado y apoyado. Tenemos ejemplo de ambos casos:

(...)P: ¿su familia la apoyó?

R: No, siempre me han dicho que son los nervios, igual que muchos médicos, pero no son los nervios. Pero mi hija siempre me dice que tengo que poner de mi parte...Ahora dice que mejoro porque estoy más tranquila y porque pongo de mi parte, pero ahora estoy mejor y más animada porque me duele menos. Nadie entiende mis dolores, que no me dejan hacer nada, ni usar del matrimonio...(llora). Esto no se lo he dicho a nadie, solo lo he hablado con mi marido y con la psicóloga, pero de las peores cosas y que más problemas me ha dado es con mi marido, porque a él siempre le apetece, y a mi nunca...me duele mucho durante y después.

(S-10)

(...) La actitud de mi familia muy buena porque me han visto darme brotes sin parar, sin parar, con una cantidad de indometacina increíble, y ha sido empezar la terapia y ver cómo los brotes me han disminuído muchísimo, los dolores muchísimo, entonces están encantados de ver que estoy muchísimo mejor.

(S-11)

Mención especial hay que hacer de los casos en los que el paciente es un niño. En las tres entrevistas realizadas a madres, la decisión de acudir a una TC no había sido de las madres, sino que les había venido dada ya que el centro en el cual estaban ingresados los niños la realizaban. En los tres casos estaban francamente satisfechas con la efectividad de la terapia, e incluso dos de ellas, junto a uno de los maridos, se trataban también con shiatsu⁶.

⁶ El programa incluía también esta posibilidad de tratamiento a los padres de niños ingresados en la uci infantil y en Hemodiálisis, porque son padres sometidos a un fuerte grado de estrés por la situación.

(...) Mi hijo lleva mucho mejor la hemodiálisis con el shiatsu que sin él. Yo lo noto bastante. Tiene tensiones muy altas, 14/9 hoy, y si no fuera por el shiatsu ya desde la mitad de la diálisis tendría calambres. De hecho, cuando no se deja hacer shiatsu porque es un niño, y, claro, no tiene esa mentalidad y no sabe hasta qué punto le puede hacer bien el shiatsu, a veces no se deja y empieza a la mitad de la diálisis ya con calambres y a marearse. También le empiezan a bajar las tensiones porque claro, si le baja el peso le bajan las tensiones, y estaría mareándose toda la diálisis. Sin embargo, se lo controlan bien.

(U-21)

En los casos de enfermedad de los niños, la tensión con la que lo viven los padres hace que formen un “todo”. Si siempre que existe un proceso de enfermedad toda la familia se ve envuelta, en el caso de que el enfermo sea un niño, los padres, y más especialmente la madre, se encuentran más envueltos todavía, incluso somatizando la tensión, o provocando tensiones familiares que llegan, por ejemplo, a la separación de los padres, como ocurrió en uno de los casos entrevistados

(...) He estado con medicación prácticamente desde que nació la niña, con ansiolíticos, antidepresivos, hipnóticos para dormir, de todo. Hoy no necesito tomarme absolutamente nada. Sigo con mi tratamiento psiquiátrico y mi psicólogo y todo, pero hoy por hoy no necesito nada. A mí me ayuda a descansar, a dormir...No ha sido solo el shiatsu, ha sido un cúmulo de circunstancias. El shiatsu ayuda, pero también ha ayudado la mejoría de la niña. Si yo estoy mejor, y la niña está mejor..

(U-23- madre de niña ingresada en UCI)

(...) a raíz de la enfermedad de mi hijo he luchado mucho. Ya te he dicho que soy muy calculadora, y mi vida la he planteado en una mesa, y me he quitado muchas cosas de mi vida por llevar mi vida bien con él. Una de mis cosas fue separarme, y cuando yo me separé estaba mi hijo trasplantado, estaba bien. Pero algunas veces en la vida hay que tomar decisiones, que aunque te duelan, son las mejores. En la pareja o eres uno, o nada.

(U-21-madre de niño con enfermedad renal crónica)

Precisamente una de las quejas atribuidas al modelo biomédico es la falta de sensibilidad ante esta afectación del núcleo familiar, y la no aceptación en muchas ocasiones de las opiniones de la madre, que tradicionalmente se ha considerado que es la que tiene un mayor conocimiento de lo que le sucede a su hijo y que es la que toma habitualmente las decisiones con respecto a la salud de sus hijos y de los otros miembros del grupo.

(...)Yo es que para eso me fío mucho de mi opinión, y si me gustan las reacciones de la niña, no pienso que la del médico sea más concluyente que la mía. Yo conozco a la niña mejor que nadie, y si yo veo que la reacción es buena, para mí es bueno.

(U-23- madre de niña ingresada en UCI)

Menéndez (1995) sostiene que el Modelo Médico Hegemónico mantiene una relación contradictoria con el proceso de autoatención, criticándolo en sus aspiraciones de autonomía en términos técnicos (consecuencias negativas del consumo) y profesionales (rechazo a una actividad que puede excluir la intervención del médico), pero no incluyéndolo en la construcción del proceso que cuestiona. En el caso que nos ocupa habían sido los terapeutas de shiatsu a través del supervisor de enfermería de la unidad los que habían tenido la sensibilidad de incluir en el programa a los padres de los niños ingresados (sin coste para ninguna de las partes). Hablaremos más adelante de la figura de los enfermeros como mecanismo de introducción en la actualidad de ciertos elementos innovadores y de TC.

5.2.2. Relación con sanador

Como hemos comentado antes, la empatía, la capacidad de escucha, la humanidad...se presuponen como uno de los reclamos de las medicinas naturales frente al modelo biomédico. Los resultados de este estudio en este punto son rotundamente afirmativos. Todos los usuarios entrevistados han coincidido en la sensibilidad de los terapeutas, independientemente de cuál fuera su formación de base, o si trabajaban en un centro integrado o no, público o privado...incluso si habían acudido previamente a otros distintos

(...)Con mi osteópata tenía también una relación muy buena, y reúnen yo creo que el mismo perfil. Es curiosísimo, pero los tres que yo conozco tienen el mismo perfil, increíble, el mismo.

(U-11)

(...) Para mí este médico lo es todo. Ahora tengo un médico que ni me mira a la cara, entonces no le puedo dar esa confianza que tendría que tener uno con su médico. Se lo dije: donde esté usted yo me voy. Es buen médico, humano, es una pena que se haya ido de aquí, y como yo pensamos mucha gente.

(U-07)

En el caso de los terapeutas de shiatsu lo asocian al hecho del contacto físico, aunque también hay alto grado de empatía con los acupuntores:

(...) pienso que es un don, tienen que tener un don, sino no servirían para eso, porque la terapia que hacen con sus manos tiene que ser coordinada con sus mentes, si no hay

coordinación entre cabeza, corazón y manos, esa sensibilidad, esa forma de darlo no sería eficaz. Pienso que todo es una coordinación

P: ¿notas un perfil parecido con el acupuntor que te lo hacía?

R: Sí, se parecen bastante, muchísimo, si

P: ¿y la persona que te da los masajes?

R: también. Una sensibilidad especial, es que lo palpas. El que toca tiene que tener algo en su mente y en su corazón.

(U-21)

Sólo me he encontrado con un caso de falta de empatía de un paciente con un terapeuta en concreto:

(...) a ella fui dos o tres veces nada más porque no...la ansiedad no me la quitaba. De ahí sí que salía mal. Iba mal y salía peor. No estoy diciendo que sea mala, yo no quiero mal a nadie. Yo estoy diciendo mi experiencia.

Al otro al que fui después, aunque sea extranjero, es europeo, y la afectividad y el pensamiento es más parecido. A lo mejor me ponía en los mismos puntos pero yo me encontraba con confianza...

(U-01)

La terapeuta era china, yo me entrevisté con ella y percibí también esa falta de conexión, que de hecho anoté como parte de mis observaciones de campo: “*Cierto recelo, no transmite cercanía. Está un poco a la defensiva. Hay preguntas que no entiende a pesar de vivir 16 años en España, se detecta barrera cultural-idiomática. No se la nota muy integrada*”. Se puede hacer una lectura, por tanto, en términos de diferencias culturales.

5.2.3. Respuesta del sanador oficial e Interacción con la medicina oficial. Percepción de los profesionales de salud sobre las Terapias Complementarias

“Despreciar las Medicinas paralelas, considerándolas poco más que puro charlatanismo, no resuelve el problema, sino más bien lo agrava...”

(Dr.Guirao.Abril 95.Rev Jano)

La posición ante estas terapias no es unánime. Están los convencidos de ellas y las utilizan, los que consideran que deberían formar parte de los recursos de salud, y también los indiferentes y los que las continúan considerando marginales.

En este estudio hemos podido constatar toda esta variedad de reacciones cuando el usuario ha comentado a su médico oficial que estaba acudiendo a una TC: desde el que le parecía bien (generalmente porque el paciente mejora) hasta el que mostraba franco desprecio a pesar de los resultados:

(...). Le dije que qué sabía de la acupuntura, me dijo que nada, pero que sabía de otra gente a la que le había ido bien, que funcionaba y que no tenía ningún problema en hacerme el volante para que viniera. Él sabe cuál es mi enfermedad, y no tuvo ningún problema, al contrario, si me iba bien, mejor.

(U-11)

(...) Me dijeron “eso son cuentos chinos. Tú si te lo quieres creer, a lo mejor te autosugestionas y te viene (la regla)”. Como efecto placebo. Yo pensaba que en Europa, que tiene más acogida la acupuntura, no son tontos

(U-03)

En los centros integrados en los que el terapeuta es un médico, es decir, un igual, y además el proceso está legitimado dentro del sistema, la reacción del médico oficial es, lógicamente mejor, pero una de las cosas que me ha llamado la atención poderosamente es que, aún conociendo los buenos resultados en estos casos y que ese paciente en concreto estaría dentro de los criterios para beneficiarse del programa, aún así, digo, el médico oficial no se lo aconseja o sugiere, sino que es *el paciente* el que de una forma activa descubre la existencia de esa posibilidad y se empeña en utilizarla. Incluso este ha llegado a pasar dentro de la misma unidad de dolor

(...)Mi hijo estuvo buscando por Internet y encontró algunos (acupuntores) de pago , y estuvimos en ir a uno, que mi hijo me dijo que me lo pagaba, pero dio la casualidad que yo estaba en la sala de espera para la unidad del dolor y había señoras también para esto, y entonces yo les pregunté. Y me dijeron que no eran para la unidad del dolor sino para la acupuntura. Y dije: “y yo por qué no?” se lo dije a la doctora y me preguntó si quería ir y le dije que claro, que estaba desesperada y que a lo que me hacía algo, allí voy. Así que me mandó aquí y el doctor de la acupuntura me hizo la entrevista y me metió.

(U-13)

Uno de los motivos de separación precisamente entre los usuarios y la medicina oficial y que ya he comentado es la pasividad que se le presupone a aquél, y que no se corresponde con la realidad. El usuario opina, decide y pone en cuestión muchas veces los tratamientos que le mandan

(...) yo me enteré por una vecina, y por eso fui yo la que le dije al médico que yo quería hacerme acupuntura, que no quería tomar más pastillas y ya no podía mas de dolor. El médico no me escuchaba.

(U-10)

Dentro de los médicos oficiales hay diferencias también: los médicos especialistas en enfermedades crónicas e invalidantes parece que muestran más sensibilidad,

probablemente porque el tipo de enfermo tiene unas necesidades diferentes, tal y como comenta una de las usuarias que es psiquiatra:

(...) el traumatólogo me vio como una cadera operable en los próximos tres años y cuando le dije que cuándo volvía me dijo que ya volviera directamente para operarme cuando ya me doliera mucho, sin hacer radiografía ni nada. ¿y qué me tomo? Pues tómate lo que quieras (risas). Cuando fui al cirujano me dijo: tú ven ya para medirte las cosas. Entonces fui a un reumatólogo a llorarle un poco, que me escuchara porque, claro, algo me tenía que tomar, me estaba doliendo, y entonces ¿cómo aguanto? Este reumatólogo sí fue más sensible...le pasa un poco a los reumas como nos pasa a los psiquiatras: que bregan con cuestiones psicológicas, crónicas...entonces los reumatólogos son así como muy humanos, son más asequibles, escuchan algo más.
(U-16)

Sin embargo, aunque el paciente percibe un trato más cercano y su respuesta ante las TC sea más tolerante, sus parámetros siguen siendo biologicistas y les cuesta cambiar sus esquemas: siguen dando mayor peso a los medios técnicos por encima de la realidad del paciente: {Furnham MA, 1993}

(...)Y eso que en el servicio de Reumatología en el que me he tratado son muy especiales, muy humanos, he tenido mucho apoyo, pero reconozco que están centrados en la PCR (un análisis de sangre), si está alta, si está baja, si la enfermedad está más activa, si menos, los elementos biológicos cómo me pueden afectar o ayudar a mí...es más medicina científica, especializada.
De hecho fui por un problema de tiroides la última vez al reumatólogo, y tuve que comentárselo, le conté: “además del tratamiento que estoy tomando con vosotros, me pasa esto, y estoy tomando esto por mi separación”. Y ellos prestaron atención a mis análisis, que la PCR estaba muy alta y que no se explicaban cómo no tenía brote con la PCR tan alta. Yo les dije que había empezado la terapia, y me dijeron que me estaría haciendo algo. Está más centrado en la medicina.
(U-11)

Las estrategias de relación médico-paciente orientadas a las creencias del paciente dependen de si éste considera que su enfermedad es solo física o también es psicológica. Si es física, la estrategia sólo orientada al tratamiento físico es muy satisfactoria, pero si el paciente considera que hay algo más de orden psicológico -y esto ocurre sobre todo en las enfermedades crónicas-, un abordaje exclusivamente físico y no holístico por parte del médico el paciente lo percibe insatisfactorio. {Barry, 2001}. Se demuestra en este estudio de Barry y col. que hay médicos que tienen la capacidad de trabajar con las dos orientaciones según sea necesario.

Otros estudios como el de Crock (1999) son optimistas y concluyen que la actitud de los médicos no es tan negativa como los pacientes creen, y que éstos deberían abrirse y salvar así los porcentajes tan altos de silencio o falta de comunicación.

En general, se sitúa todo lo que sale del campo de lo estrictamente biomédico dentro de un gran cajón de sastre donde se confunde la medicina oriental con el curanderismo o con prácticas religiosas. Se hacen reducciones simplistas o comparaciones superficiales, hablando en términos como “lavado de cerebro”, fuerzas ocultas o “efecto placebo”, intentando tratar la curación como si ésta fuera independiente o atemporal. Hay un terapeuta que comenta que “*en mi departamento hay compañeros que dicen que esto es brujería o magia*” (S-07). Desarrollaremos más este concepto del placebo al analizar el problema de la investigación y la evidencia científica en TC

¿Está cambiando esta percepción en los médicos de los países occidentales, y especialmente en los jóvenes? Parece que en diversos estudios en Estados Unidos se aporta el dato de que el 57% de los médicos utiliza alguna forma de TC y el 62% había derivado pacientes, concluyéndose que la actitud era más favorable {Dipierri, 2004}. Furnham MA, (1993) realizó una encuesta entre estudiantes de medicina para valorar sus actitudes frente a las TC, y los resultados fueron relativamente positivos respecto al establecimiento de las TC para determinadas afecciones como problemas mentales, insomnio, etc, pero muy negativos respecto a los terapeutas no médicos. Esta actitud refleja otros problemas más allá de la percepción de la eficacia de las TC, y son los relacionados con los conflictos de legitimidad, corporativismo o prestigio social, que analizaremos más adelante.

Lo que está claro es que la reticencia de los médicos alopáticos al uso de las TC no provoca su abandono por parte de los usuarios, sino su *ocultamiento*:

Por citar datos de estudios que analizan esta problemática del ocultamiento Ballvé Moreno (2003) analiza varios y concluye que lo hace el 20-37% de los usuarios⁷⁻⁸, el 42-48% de la población geriátrica {Flaherty, 2004} y un 36% de los padres de niños que son llevados a consultas de TC⁹

⁷ Palinkas LA, Kabongo MI, Surf Net Study Group. The Use Of Alternative And Complementary Medicine By Primary Care Patients. J Fam Pract 2000; 49 (12). Cit en Ballvé (2003)

⁸ Eisenberg D et al. Trends in alternative medicine in the United States 1990-97: results of a follow up national survey. JAMA 1998; 280: 1569-75 cit en {Katz, 2003}

⁹ Friedman T et al. Use Of Alterantice Therapies For Children With Cancer. Pediatrics 1997; 100: E1. Cit en Ballvé (2003)

Como resultado de esto, ambas medicinas transcurren en paralelo tras un muro de silencio y desconfianza. Entre los motivos que aducen los pacientes es que su médico “no lo entendería”, o que “no le interesa” o que “no se lo había planteado nunca”

(...)P. *¿por qué no le dijiste nada a tu médico de cabecera?*

R: *ni se me pasó por la cabeza... no, no se lo dije. No se lo dije ni a mi familia...a nadie. Porque yo creo que todavía hay prejuicios...que si eso son tonterías, que si tal...yo creo que todavía existe eso*

P: *¿tu relación con el médico de cabecera es buena?*

R: *sí, no es mala, pero tampoco es...hablo poco tiempo con él.*

(U-01)

Hay veces que si se le cuenta al médico de Atención Primaria es únicamente porque el paciente necesita de él los trámites burocráticos para acceder a las TC dentro de un sistema integrado, o por la baja laboral.

(...)P. *¿se lo comentaste a tu médico de familia cuando ibas a por las bajas y eso?*

R: *claro, porque tú llevas informes, se lo comento muchas veces.*

(U-18- centro integrado)

Los barreras para una mala o nula comunicación entre médico y paciente por este tema desde el punto de vista del paciente son : la indiferencia u oposición del los médicos al uso de las TC, el énfasis de los médicos en la evidencia científica y la anticipación de los pacientes de una respuesta negativa por parte de su médico {Tasaki, 2002}

Sin embargo, no se debe interpretar como una falta de confianza en su médico habitual, como hemos comentado anteriormente al analizar las causas por la que acuden a las TC, sino que la forma en la que socialmente transcurren ambas medicinas es paralela, y el usuario no percibe la necesidad de inmiscuir una con otra. El riesgo de esta falta de comunicación estriba en la posibilidad de que se produzcan interacciones entre varios tratamientos, y esto es especialmente importante cuando se utilizan hierbas medicinales o terapias vitamínicas¹⁰

¹⁰ Shumay D, Maskarinec G, Kakai H, Gotay CC. Why Some Cancer Patients Choose Complementary And Alternative Medicine Instead Of Conventional Treatment. J Fam Pract 2001; 50:N12. cit en Ballvé (2003)

CAPÍTULO 6:

Diferentes dimensiones de los sanadores en España

6.1 Dimensiones personales y profesionales

6.1.1 Interés por la terapia y enfoque/corriente en la que se enmarcan

- Corrientes o Escuelas de shiatsu
- Corrientes o Escuelas dentro de la acupuntura

6.1.2 Algo más sobre la percepción de la eficacia

6.1.3 Grado de hibridación en el uso

6.1.4 Condiciones laborales

6.2 Dimensiones jurídicas/sociales

6.2.1. Normativa y regulación.

6.2.3. Regulación en otros países

6.2.4 Formación. Estudios sobre Medicina oriental/Terapias complementarias.

La universidad como elemento legitimador

- Sugerencia de la OMS respecto a la Formación/capacitación en acupuntura

6.2.5 Cómo se ha desarrollado el Proyecto de Decreto de regulación de las medicinas naturales en Cataluña. Análisis del proceso.

6.2.6 Asociacionismo. Estructura y papel de las Asociaciones

6.1 Dimensiones personales y profesionales:

6.1.1. Interés por la terapia y enfoque/corriente en la que se enmarcan

Al analizar cómo empezaron a interesarse por la práctica de este tipo de terapias, me encontré tres tipos de respuesta: algunos de ellos lo hicieron a raíz de un acontecimiento de vida (sanación propia o de un familiar):

(...)empecé por mi madre, que tuvo dos hernias de disco. Estando embarazada de mi hermana se cayó de culo, y se hizo dos hernias. Estuvo dos años ingresada en un hospital de Barcelona, vino inválida, en silla de ruedas, la desecharon. No podían hacer más por ellas. Estamos hablando de hace 40 años, más o menos...35 años, calculando la edad de mi hermana. Mi madre vino en camilla a la cama y a la silla de ruedas, no andaba, Un americano le comentó a mi padre una vez que si había probado acupuntura. Mi padre tenía negocios con americanos, y claro, hace 25 años, cuando le comentó eso mi padre le dijo: ¿y eso qué es?no sabía lo que era. Mi padre se puso a preguntar, porque ese americano le había dicho maravillas, y preguntando, preguntando se enteró de que en Valencia había un chino que hacía acupuntura. Mi madre empezó a ir, los dolores fueron mejorando, mejorando, y a los dos años empezó a andar. De ser una inválida a andar, pues fíjate. Y ahí empecé yo a preguntarme cómo funcionaba aquello. Cuando terminé mis estudios empecé yo a interesarme de dónde se hacía y así fue.

(S-01)

(...)empecé a interesarme primero por la acupuntura porque sufrí una bartolinitis y el médico occidental me dijo que la próxima vez que me viera aparecer por la puerta de urgencias que me quitaba la glándula tiroidea. Entonces tengo una hermana que también le gustan mucho las terapias alternativas y que me dijo que probara con la acupuntura. Entonces probé y me fue muy bien. La inflamación remitió, mi glándula la sigo teniendo y no he vuelto a tener ningún problema, y además fue muy espectacular el cambio que dio. Yo me acuerdo que le pregunté al acupuntor que qué me había hecho y él me dio la explicación de los 5 elementos. No entendí nada, pero me pareció fantástico porque funciona, a mí me funcionó de forma espectacular. Esto me gusta

(S-14)

Otra causa fue por razones de tipo práctico, de efectividad, simplemente cuando ven que hay algo que funciona y que cubre un campo al cual no llega en muchas ocasiones la medicina alopática:

(...) tuve una experiencia traumática, porque yo estaba en la cátedra de fisiología de alumno interno y me dedicaba a reírme de cosas de estas de la acupuntura, y dio la casualidad de que en esas mismas fechas publicaron dos trabajos de un investigador sobre el mecanismo de acción de la acupuntura a nivel opiáceo. Y empecé a interesarme, a interesarme, hasta ahora.

(S-16)

(...)¿Qué por qué empecé a interesarme? pues muy sencillo, porque pensaba que si los chinos llevaban miles de años utilizando una técnica, tenía que funcionar

(S-15)

Por último, los hay que siempre han tenido inquietudes en campos tradicionalmente de filosofía oriental: energías, meditación...y viven la terapia como una prolongación más de sus creencias:

(...)cuando estaba estudiando lingüística estuve en Alemania y empecé ya a interesarme por trabajos energéticos. Luego al venir a España hace ya 27 años empecé a meterme en trabajos energéticos, meditación, un camino más bien espiritual. Por eso he dicho antes que el shiatsu es muy filosófico.

(S-06)

En los terapeutas del primer grupo, debido a un hito o acontecimiento de vida, ocurre a veces que la razón de su cambio es también de efectividad, porque lo han visto. Sin embargo, es algo que a lo mejor no se lo habrían planteado de no ser por ese hito en sus vidas (la importancia de los hitos o momentos cumbre dentro de las historias de vida es bien conocida, especialmente en el caso de procesos de búsqueda, y hacen que las personas den un giro en sus vidas), mientras que los segundos lo van descubriendo por un proceso inductivo, muchas veces dentro de la Facultad de medicina. Éstos tiene una inquietud de búsqueda, aperturista:

(...)estaba estudiando en la facultad, yo junto con un grupo de estudiantes empezamos a decir: ay, pero si con esto no se acaba de curar nada, y cosas así.

(S-19)

(...)Yo creo que cuando uno comienza a estudiar algo, o descubre sus bonanzas o descubre sus deficiencias. En este caso descubriría deficiencias, es decir, que para determinadas patologías, tanto de psiquiatría como de medicina interna, que era lo que más trabajaba entonces, había lagunas inmensas en cuanto a recursos, y bueno, pues, como cualquier médico, buscaba lo mejor para los pacientes, y, claro, la mayoría de los médicos seguían una metodología y yo era heterodoxo, yo no seguía la metodología científica. Sin dejar de tenerla, claro, yo buscaba otras cosas.

(S-11)

Aunque acupuntura y shiatsu tienen connotaciones diferentes, a la hora de simplificar los enfoques o corrientes en los cuales se autoincluyen los terapeutas en España, básicamente los podemos dividir en dos tipos: los que tienen un enfoque clásicamente

oriental, filosófico y espiritual, y los que practican la terapia con la forma de pensamiento occidental, más biologicista.

Los del primer grupo lo viven de una manera intensa y entregada, forma parte de sus vivencias y emociones, coinciden en muchos casos en el inicio del interés por la terapia por lo que he denominado razones de creencias, y cuando se les entrevista habitualmente suele observarse toda una serie de elementos simbólicos alusivos, como varillas aromáticas, decoración orientalista, ofrecimiento de té verde o infusión (nunca café), y su discurso habla de todo ello:

(...). En el mundo energético, ¿cómo explicas ciertos fenómenos? Son experiencias a un nivel muy sutil. Por ejemplo, con kishi hemos trabajado el bioki (cierras las manos y con el tiempo las manos se separan). Esto se enseña en el tercer año, gente que ya tiene...se trabaja respirando con los dedos y otra vez...ampliando...exhalando...¿y qué pasa? A la gente que ya está conectada o como lo quieras decir, las manos se abren, se abren...¿quizás necesitas un idioma para explicarlo o dejas que las personas lo experimenten?

P: el zen shiatsu toma más la filosofía oriental ¿no?

R: si, y vives cosas. Todo se centra en “estar en el momento”. Todo es que debes estar centrado y equilibrado en el momento, muy consciente. Son experiencias preciosas.

(S-03)

Los que practican las terapias a la manera “occidental” no creen en la parte espiritual:

(...) Pienso que eso si funciona no hay más que estudiar un poco para saber que es algo muy fisiológico, no es algo esotérico como algunas personas pretenden que sea la acupuntura. Tiene unas bases fisiológicas muy importantes¿que las explican de otra manera? Bien, pero eso para mí es fisiología, no tengo duda de eso

(S-10)

Hay que profundizar, sin embargo, en las corrientes de pensamiento que se están practicando más en España dentro del mundo del shiatsu y dentro del mundo de la acupuntura por separado.

Corrientes o Escuelas de shiatsu

“Puesto que las prácticas de TC se han desarrollado dentro de distintas culturas en diferentes regiones, no existe un desarrollo paralelo de estándares ni métodos –ni nacional ni internacionalmente...pueden proceder de historias culturales y filosóficas que difieran radicalmente del desarrollo original de una terapia”

(Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-05)

Esta circunstancia que advierte la OMS sobre las diferentes corrientes dentro de una misma terapia es la que puede provocar problemas de interpretación y de aplicación, ya

que ni siquiera pueden definirse bien los propios terapeutas. El shiatsu es un buen ejemplo de ello. Una de las terapeutas entrevistadas incluso le gustaría cambiar el nombre ya que no se identifica con el original:

(...)no estoy segura de que lo que hagamos sea shiatsu, y lo he llegado a decir en asambleas de la asociación, he llegado a decir que si no es shiatsu cambiamos el nombre de lo que hacemos. Parecido al siatsu tiene poco, tiene un origen...
(S-06)

Como ya hemos comentado en la introducción, el shiatsu como tal tuvo su origen en Japón en la Escuela Namikoshi, fundada por Tokujiro Namikoshi, pero en este apartado vamos a analizar su repercusión en el discurso de los sanadores entrevistados. Previamente había otro tipo de masajes, pero Tokujiro Namikoshi tuvo la habilidad de crear una nueva disciplina con dos objetivos: el primero de ellos conseguir legitimar la práctica y que fuera aprobada por el gobierno al “occidentalizar” una terapia oriental, ya que después de la Segunda Guerra Mundial, el gobierno japonés junto con los vencedores americanos prohibieron la práctica de la medicina oriental por considerarla “no científica”:

(...)La medicina occidental es de hace 100 años en Japón. Durante tantos años de medicina oriental el gobierno un día empezó a decir: a partir de ahora, todas las medicinas orientales no son oficiales. Ahora tenemos que aprender medicina occidental. La medicina occidental es buena y la oriental es mala. Radicalmente el gobierno japonés lo hizo así, y para los que quieren ser médicos a partir de ahora, 100% tienen que estudiar medicina occidental en Japón.
(S-09. Representante de la Escuela Namikoshi en España)

Vale la pena detenerse a reflexionar sobre qué quiere decir el término “occidentalizar”. Occidentalizar es una acepción un tanto imprecisa puesto que hay diferentes maneras de entenderla, pero en líneas generales se percibe que quiere decir hacerla más “física” y menos “espiritual”, es decir, ponerse en la visión del dibujo de Versalo que comentaba en la introducción, y por tanto darle más importancia a la aplicación de presión en determinados puntos locales que al concepto de movimiento de energía o desbloqueo de puntos y meridianos, ya que éstos son más difícilmente entendibles por la cultura biomédica-occidental-positivista, y así es como lo entendió Namikoshi

(...) El fundador pensó respecto al Ministerio de Sanidad: si enseñamos ki (energía), ellos no entienden. Tokujiro también estudió acupuntura, el mundo de la terapia manual y un montón de cosas, pero si presentaba algo de investigación de ki, el

Ministerio de Sanidad no lo iba a entender. Por eso él empezó a empujar con los documentos de medicina occidental

(S-09. Representante de la Escuela Namikoshi en España)

El otro objetivo de Namikoshi fue separar la práctica de masaje tradicional de los ciegos, por una connotación de diferenciación social. Como veremos más detenidamente en el capítulo sobre Japón, las terapias manuales quedaron en Japón para los invidentes como forma de darles un trabajo, pero eso hizo que no tuviera prestigio social estudiarlo:

(...) Pero hace 30 años el mundo de la terapia manual era un mundo de ciegos. Eso significa que mi madre siempre se quejaba de por qué teniendo una carrera de la universidad, tenía que trabajar en un “mundo de ciegos”, que indirectamente quería decir un nivel bastante bajo.

(S-09. Representante de la Escuela Namikoshi en España)

Pero con el tiempo, uno de los alumnos de Namikoshi, Masunaga, se separó y creó una escuela nueva, el zen-shiatsu, con una vuelta a la espiritualidad

(...) Esta es la diferencia más básica: Masunaga trata el cuerpo como una globalidad, mientras Namikoshi tiene un punto de vista más occidental, de diseccionar. Masunaga tiene un punto de vista más oriental: el ser humano como ser físico y mental. Además Masunaga venía de una corriente de psicólogos, mientras que Namikoshi venía de una corriente de fisioterapeutas. Masunaga venía de la línea zen, budista, practicaba artes marciales... y a Namikoshi le interesaba más la patología. A Masunaga no le importa tanto la patología, a él no le importa si tiene una hernia discal, le importa más la persona, cómo está la persona, cómo se expresa...vale, esta persona se expresa de esta manera, está de esta manera...y “además” tiene una hernia discal, o tiene problemas menstruales o el cuello contracturado, o pulmonía .

(S-20)

A occidente viajaron las dos corrientes: discípulos de Masunaga, sobre todo, Ohashi, se desplazaron a Estados Unidos, y a su vez, creó un estilo propio. El hijo de Tokujiro Namikoshi también se desplazó a Estados Unidos. Tanto aquí como en Europa, la crisis del modelo biomédico y la búsqueda de nuevas propuestas hicieron que proliferaran las Escuelas, pero mientras la Escuela Namikoshi continúa enseñando las mismas teorías, y todo lo que se salga de ahí se considera poco ortodoxo (se autodenominan el shiatsu “auténtico”), la escuela de Masunaga ha derivado en ramificaciones diferentes.

Para entender la inmovilidad de la primera, hay que entender la cultura japonesa en cuanto a su concepto de honor y veneración y fidelidad a las enseñanzas del maestro:

(...) Pero eso lo entiende quien conoce la mentalidad japonesa. Un maestro en Japón es un concepto mucho más elevado que lo que es un profesor aquí. Aquí un profesor es poca cosa. Piensa que después de estar aquí diez años en España, Tokujiro Namikoshi me llamó para verme personalmente. Me dijo que fuera a Japón y que me invitaba a una cena. Diez años después de estar trabajando aquí. A veces yo quería tener el contacto. Ellos hablaron, por supuesto, de que yo estaba trabajando en España, pero solo diez años después me habló directamente

... Por eso yo aunque pertenezco al grupo de Namikoshi, no busco ganar dinero, solo honor. Yo trabajo todos los días 6-7 personas y gano dinero para Namikoshi. Este es el espíritu japonés. Pero otros piensan que a lo mejor gano mucho dinero y tengo contacto con Namikoshi, a lo mejor Namikoshi me ayuda, pero no me ayuda, solo honor, nada más. Si no siento honor entonces no trabajo. Yo estoy aquí para difundir el shiatsu auténtico, nada más. (Enfatizando)

(S-09. Representante de la Escuela Namikoshi en España)

Y las modificaciones, en cambio, de las otras escuelas de orden más energético se pueden entender por el afán de búsqueda occidental, que hace que las creencias se hagan más individuales, más a la propia medida, denominándolo “evolución”, tal y como explica uno de los terapeutas de una de estas ramas.

(...) Yo hago shiatsu energético yendo hacia el cuántico. Mi maestro importante primero ha sido Ohashi,...yo he tenido mucha suerte de trabajar con Ohashi, porque él fue el que sacó el shiatsu del Japón, lo llevó a USA, y gracias a Ohashi tenemos shiatsu en toda Europa. Lo que pasa es que es como todas las cosas: todo tiene su parte buena y su parte menos buena, y Ohashi se quedóse quedó en su forma, en su técnica, que lo respeto mucho pero siempre estamos en constante evolución. Antes escribíamos con máquina de escribir y ahora tenemos ADSL. Entonces considero que, gracias a lo que hizo Ohashi, otra gente como Cliff Andrews, o Pauline (Sasaki) o incluso Paul (Lundberg) o Nicola (Puli) , Carola...o incluso Kishi...hay cantidad de gente que realmente empezó a investigar y el shiatsu evolucionó ¿cómo? Bueno, el ser humano siempre va evolucionando, igual que en la enfermedades.

(S-20)

La causa, efectivamente, puede ser de orden cultural, ya que occidente siempre ha tenido la necesidad de salir y de cuestionarse las cosas. El japonés ha vivido cerrado más tiempo y se cuestiona menos:

(...) Estamos hablando de la evolución. Japón se ha quedado donde estaba, y eso está muy bien porque gracias a ellos lo tenemos, pero se ha mantenido y no evoluciona. Aquí ha evolucionado, porque tú siendo antropóloga tendrás que saber cuál es la mentalidad europea que hemos tenido. La curiosidad de viajar de aquí, hemos cogido técnicas y hemos tenido una necesidad imperiosa de, con lo que hemos obtenido, de alguna forma poderlo dirigir hacia otro camino, transformarlo. No estoy diciendo que está bien ni que está mal, pero hemos tenido un deseo imperioso de movernos, de viajar. ¿Cuándo han empezado los japoneses a salir? Hace nada, mientras que nosotros hace muchos siglos que estamos saliendo.

...Los de Namikoshi no se han movido nada, y es su mentalidad y es un respeto muy grande el que tengo por ellos. Es la diferencia.... Incluso compañeros míos que han estado en Japón y han recibido un shiatsu de Masunaga y después han recibido un shiatsu con Cliff o con Pauline, y dicen que no tiene nada que ver, que han sentido mucho más...y yo he sentido más (haciendo énfasis) mis campos, mis energías, cuando me ha trabajado Pauline, o Cliff o Paul Lundberg o Carola, que no la escuela pura de Masunaga.

(S-20)

Cliff Andrews, Pauline Sasaki, Paul Lundberg {Lundberg, 1992} son los precursores de la rama inglesa de shiatsu energético. Sasaki fue discípula de Ohashi, pero “evolucionó” y creó otra Escuela, el Shiatsu College de Londres. Entre los terapeutas de shiatsu de España hay una gran influencia de esta rama, ya que aquí han estudiado los principales miembros de una de las Asociaciones de profesionales que tienen más peso en el mundo del shiatsu, APSE (Asociación de Profesionales de Shiatsu de España), entre ellas la Presidenta y la Vicepresidenta. Esta última a su vez es la persona que se ha ocupado del shiatsu dentro del Comité de expertos para la redacción del Decreto de regulación de las Terapias Naturales de la Generalitat de Cataluña.

(...) ...en el Shiatsu College. Y mi escuela ahora trabaja con este colegio también. Viene Nicola Puli, que es compañera de Paul Lundberg del shiatsu college, que viene cada dos años aquí para hacer un taller de shiatsu energético en nuestra escuela. Va a venir otra vez el año que viene. Paul Lundberg está haciendo muchas cosas en España

(S-03)

Por tanto vemos cómo se da una curiosa circunstancia, y es que hay ramas de la medicina oriental en origen que en occidente están más “orientalizadas” que en Japón mismo. ¿Esto qué quiere decir? que intentan ver la parte más “espiritual”, en contra de la “occidentalización” o visión física de Namikoshi, como comentan dos terapeutas:

(...) Y ahora yo veo que el mejor desarrollo del trabajo energético está en occidente, no en oriente... los mejores maestros ahora están en occidente: Pauline Sasaki, Kishi, y las ramas, el Shiatsu College, el British School of Shiatsu, aquí en España los Amigos del shiatsu, todos estos vamos con el shiatsu energético porque, primero, los efectos son mucho más rápidos, más duraderos, las gente está mucho más a gusto y da mucho más rápido con la conciencia de lo que está pasando. Es una evolución de la ciencia, de su propio mismo, de dónde estoy, a través de la experiencia del shiatsu.

(S-03)

(...)..en Europa se está haciendo una medicina más oriental que en Oriente. Sí, porque aquí es ...lo que pasa es que no me gusta decir esto..aquí yo veo un reflejo humano de que siempre queremos aquello que no somos, inconscientemente. Los

japoneses quieren salir de ser japoneses, y están muy interesados en lo que es occidente, les encanta poder venir aquí y comer nuestras mismas comidas, hacer lo que hacemos nosotros...si pudiesen se teñirían el pelo de rubio, o rizado..porque es nuestro instinto. Y a nosotros nos gusta poder absorber lo que no tenemos, y trabajar más la parte oriental que no tenemos. Esto es parte de la naturaleza humana, el querer sentir aquello que no tenemos o que no somos. Nos atraen sumamente las cosas orientales porque para nosotros es desconocido, e investigamos y profundizamos y vamos...para ver si podemos...y ellos al revés, están en una dinámica que no les interesa tanto la integridad, les interesa más la disección, la manera en que nosotros pensamos. Ellos piensan en espiral y redondo, mientras que nosotros pensamos como escalando, subiendo de alguna forma .

(S-20)

Por último, hay terapeutas eclécticos, generalmente autodidactas, que toman lo que consideran mejor de cada corriente y la adaptan a una forma particular de hacer, sin identificarse totalmente con ninguna, quizá por esa capacidad de transformación y de replanteo continuo que comentábamos.

(...) Aquí se enseñan los meridianos, los diagnósticos por el hara como hace Masunaga, y se enseñan muchas cosas que son de Namikoshi, porque creo que cuantas más cosas le enseñes al alumnado mejor. Yo no soy quién para dirigir por dónde deben ir. .. Yo tengo mi punto de vista, y tengo mi forma de enseñanza, y es diferente de todas las demás, estoy intentando ofrecer mi punto de vista también, pero pienso que es mucho mejor que yo le de posibilidades a una persona y que la persona elija.

(S-10)

Corrientes o Escuelas dentro de la acupuntura

En España los terapeutas de acupuntura se encuentran divididos en dos corrientes: la ligada a la Medicina Tradicional China, es decir, la clásica, y por otro lado la denominada “*acupuntura contemporánea*”, directamente ligada a la biomedicina, y que ha sido adoptada por muchos médicos occidentales que se han dedicado también a esta otra terapia. En qué consiste esta Escuela lo explica bien uno de sus representantes en el siguiente discurso:

(...) hay dos tipos de acupuntura últimamente, una acupuntura más contemporánea y otra acupuntura más ligada a la medicina china. Yo tengo una formación de acupuntura china, lo que ocurre es que la acupuntura contemporánea también me interesa mucho porque creo que le da una amplitud a la acupuntura que a la medicina china le faltaba

P: ¿a qué llamas acupuntura contemporánea, más occidental?

R: La acupuntura contemporánea es la que se basa sobre todo en el sistema nervioso central y periférico, entonces pinchas según las líneas de efecto en el sistema nervioso, más que según los meridianos, etc, etc. Es una acupuntura más occidentalizada, que

generalmente entonces los que las practican solo hacen acupuntura contemporánea, sin la base de la medicina china, pero a mi me ha dado como una apertura más grande en la base que la medicina china, que me gusta y que creo que por el momento no desecho.

P: ¿Y ese foco principal de acupuntura contemporánea dónde está?

G: En Inglaterra y en Estados Unidos. Y en Suecia también. Las que la practican son médicos

(S-20)

Es un movimiento a nivel sobre todo europeo, que está avalado por legisladores europeos como la Presidenta del Grupo de Trabajo sobre Medicina Natural del Parlamento europeo {Ahern, 2003}

Con la “acupuntura contemporánea” los médicos occidentales han encontrado un elemento diferenciador del resto de los terapeutas no médicos o médicos de origen exclusivamente de medicina oriental, que hayan estudiado en Universidades chinas, por ejemplo.

(...) P: ¿qué hacemos con los médicos chinos, los que vienen de allí y sólo tienen la titulación de MTC?

R: lo que hay que hacer es aplicarles la misma norma que me aplicaron a mi, que me dijeron que no me valía mi título de allí porque no es equiparable. Así de fácil. Es decir, existe una normativa de equiparación de títulos, y si un médico argentino quiere trabajar en España tiene que hacer la homologación de su título.

(S-16)

Elaboran una terminología propia, que es un híbrido entre ambos sistemas terminológicos, e incluso utilizan la palabra “técnica”, que tradicionalmente el resto de terapeutas rechaza ya que va en contra de la filosofía holística de la medicina oriental:

(...) La acupuntura es incompatible con los corticoides en el sentido de que es una de las vías que utiliza la acupuntura, el sistema corticosuprarrenal.

P: pero aquí hay pacientes que están tomando corticoides

R: sí, porque se les está haciendo auriculoterapia, o se les puede, digamos.... “lavar” el efecto de los corticoides y tú utilizar otra vía. Se puede utilizar la vía adrenérgica, serotoninérgica, la corticosuprarrenal, lo opioides...entonces tú tienes una vía pero puedes utilizar otra. Esto es cierto. Como el paciente que está con parche de fentanilo. Te está suprimiendo la vía opioide, pero tú puedes utilizar otra.

(S-15)

Esta corriente está vinculada solamente a la acupuntura. Los médicos occidentales que practican shiatsu no utilizan un elemento diferenciador tan agudo del resto de terapeutas. Para ellos el shiatsu es un complemento en la práctica porque les gusta y es

adecuado a sus características, pero no les lleva a intentar diferenciarse.

(...)Yo llevo 22 años practicando medicina estándar... Y entre otras cosas, en mi faceta personal me autodenomino como “médico tocón”, en el sentido de que me gusta comunicarme con mis pacientes a través del contacto físico. Y algunos de mis amigos o personas más allegadas me comentó: oye, ¿por qué no trabajas más con las manos? Como medio de comunicación. Y así fue, a través de mi compañera, que fue la que me animó a empezar shiatsu, . Tenía algo de psicología, y así empecé.

(S-05)

La diferencia radica en que asocian los principios de la Medicina Tradicional china a la acupuntura, pero no a las Terapias Manuales. La parte invasiva que tienen las agujas se convierte en el elemento legitimador, aunque en la Medicina alopática hay otros profesionales no médicos (las enfermeras) que pinchan:

(...) P: tú esa fórmula la abrirías también a otras terapias, por ejemplo el shiatsu?

R: hay que distinguir entre lo que son terapias invasivas y no invasivas

P: o sea, tu diferencia está en las agujas

R: si

P: serías más permisivo con otras terapias

R: si, por ejemplo con la moxibustión, que es una terapia invasiva porque puedes quemar, tiene que ser alguien que sepa que esto se aplica aquí, y no va a tener un neumotórax..como mucho va a tener una quemadura. O desarreglo energético, si es una manera de diagnosticar, tiene que haber alguien aquí que se suponga que sabe aplicarlo. Entonces lo que es invasivo es lo problemático legalmente.

P: pero las enfermeras pinchan

R: si, pero tras una indicación, un diagnóstico..por eso digo que no habría problema en que una enfermera aplicara unos puntos que fueran previamente indicados. El problema ahí en la relación médico-paciente, en los pacientes que tienes que seguir muy de cerca.

(S-15)

Profundizaré en ello cuando desarrolle los aspectos relacionados con la regulación, capacitación y formación.

6.1.2. Algo más sobre la percepción de la eficacia

Ya hemos visto cómo todos los terapeutas entrevistados coinciden en una percepción alta de la eficacia de estas terapias para muchos de los problemas actuales relacionados sobre todo con enfermedades crónicas: dolor, problemas del aparato locomotor, digestivo...sean médicos o no, y también hemos visto cómo en esto coinciden con los pacientes (esa coincidencia entre usuarios y terapeutas contrasta con la diferente

interpretación que se suele dar en cambio en la biomedicina. Existe un estudio que, entre otras conclusiones destaca precisamente la similitud en la percepción entre terapeutas de shiatsu y usuarios de Alemania e Inglaterra {Long, 2003 244 /id}¹)

A continuación vamos a analizar un poco más según las diferentes escuelas para qué creen que funciona mejor.

(...) En un proceso agudo la medicina occidental tiene soluciones muy buenas, pero cuando se trata de enfermedades crónicas las medicinas tradicionales, china u otras tienen mejores soluciones...pero también con la colaboración clara de la occidental, como por ejemplo aquí en el hospital, que de hecho colaboro
(S-18- no médico)

(...) Está indicada en todos los trastornos, excepto cuando hay un trastorno quirúrgico, y se debe hacer cirugías, pero las enfermedades que más trato son las dependientes del aparato locomotor: las artritis, artrosis, enfermedades del SNC y vegetativo, que cursan con ansiedad, trastornos del sueño, parestesias..y el tercero es las enfermedades alérgicas, todo lo que son trastornos de piel o sistémicas como el asma o rinitis. Y el 4º apartado son las neuralgias y los dolores
(S-08)

También coinciden en su utilidad para muchos problemas emocionales o de estrés que derivan a menudo en enfermedades psicosomáticas:

(...) en cosas emocionales, personas que están bloqueadas a nivel emocional, con depresión, que no sueltan las cosas. Tiene que reaccionar, expresar su rabia, darse cuenta de que realmente sienten. Eso funciona, con la velocidad de la vida, cada vez más rápida. No es casualidad que con este desarrollo de la vida moderna, cada vez más industrializada, haya cada vez más problemas de este tipo, y que los médicos manden cada vez más a taichi, a yoga y a masaje y shiatsu.
(S-03)

Esta efectividad está ya determinada por la OMS, e incluye las enfermedades psicosomáticas²

(...)están determinadas ya por la OMS, pero vamos, básicamente el tratamiento del dolor, tanto del postoperatorio como el dolor crónico; menos el dolor neuropático, pero también tiene sus indicaciones, y luego sobre problemas funcionales básicamente, tanto del aparato digestivo, náuseas, vómitos, colon irritable, digestopatias, hasta problemas circulatorios, pasando por alteraciones neurológicas también, y luego hay

¹ Este estudio supone la 1º fase de un estudio más amplio que se está realizando en la actualidad con otros países europeos por parte de la universidad de Salford (Reino Unido), y propiciado por la Federación europea de shiatsu. De esta 2º fase forma parte una de las terapeutas entrevistadas en mi investigación (S-06)

² Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-05

un área también que habría que verlo, que es el área de las enfermedades psicosomáticas.

(S-16)

Enfermedades tratadas con acupuntura según la OMS

Vías respiratorias altas	Sinusitis aguda Rinitis aguda Resfriado común
Vías respiratorias bajas	Amigdalitis aguda Bronquitis aguda Asma bronquial
Oftalmopatías	Conjuntivitis aguda Retinitis central Miopía (en los niños)
Estomapatías	Cataratas (sin complicaciones) Dolores de muelas Dolores siguientes a la extracción Gingivitis Faringitis aguda y crónica
Afecciones gastrointestinales	Espasmos del esófago y el cardias Hipo Gastroptosis Gastritis aguda y crónica Hiperacidez gástrica Úlcera duodenal crónica (dolor) Úlcera duodenal aguda Colitis aguda y crónica Disentería bacilar aguda Estreñimiento
Afecciones neurológicas y osteomusculares	Diarrea Dolor de cabeza Jaqueca Neuralgia del trigémino Parálisis incipiente (3 a 6 primeros meses) Paresias consecutivas a aplopejías Neuropatías periféricas Secuelas de poliomeilitis Enfermedad de Ménière Eneuresis nocturna Neuralgias intercostales Síndrome cervico-braquial Artrosis escápulo-humeral Ciática Osteoartritis Codo de tenista

Tabla 12

También coinciden todos en que la respuesta a la alta eficacia no puede estar en el efecto placebo, puesto que esa teoría no se sostiene cuando se aplica a niños de meses o a animales:

(..)Hay mucha gente que dice que hay un efecto placebo, pero yo he tratado perros con rotura de cadera, que no subían una escalera, y a los dos o tres años lo ha podido subir (S-04)

Las diferencias de percepción de eficacia entre los terapeutas las encontramos en cuanto al enfoque global de los dos tipos de medicina: entre la utilización como “prevención” o como “tratamiento”. La medicina oriental hace hincapié en los desequilibrios del organismo, y ya hemos visto cómo predomina el concepto de mejorar las propias condiciones de salud frente el “luchar contra algo” de la medicina occidental. En la medicina oriental la enfermedad se ve como un fracaso de la prevención

(...)Bien, pero realmente es un estilo de vida, una manera de vivir: en invierno tengo que comer esto, en verano tengo que hacer un poquito de ejercicio...para evitar estar enfermo. Esto es lo que le sirvió a los antiguos chinos, Luego ya se vio que determinadas cosas servían para los forúnculos o para el dolor de cabeza...ya, pero ahí ya habían fracasado mis previsiones. Es decir, que cuando ya entro en una enfermedad es porque mis previsiones no han sido buenas, en genérico, por supuesto
(S-11)

Los terapeutas “clásicos” lo ven así, y ven que el desequilibrio viene en forma de dolor físico o emocional. A su vez esto son “avisos” de que algo pasa. Para ellos lo más importante es la filosofía de la prevención:

(...)¿El cuerpo cómo funciona? Muy sencillo: zu, que significa cabeza; kan, que significa frío, soku, significa las piernas; netsu significa calor. La zona por encima del ombligo tiene que estar siempre fría, eso significa que arriba tiene que estar siempre como relajado, y por debajo del ombligo tiene siempre que estar caliente. Eso significa que las piernas tienen que estar siempre como si tuvieran raíces, o estar pegadas en el suelo, pero arriba completamente relajado. Eso es de la filosofía de la medicina oriental: abajo, plenitud, arriba, vacío. Pero en estos días arriba está siempre con nervios, muy deprisa, caliente, y abajo siempre con mala circulación porque utilizamos siempre el coche, las oficinistas siempre están sentadas, y solo utilizan la parte de arriba del ombligo, no se utilizan las piernas. Además las ventanas están cerradas y se utiliza el aire acondicionado. Eso tarde o temprano va a afectar física y mentalmente. Nosotros siempre decimos: el cuerpo es salud, el cuerpo tiene que estar siempre equilibrado. Equilibrado significa mentalmente y físicamente, cien por cien. Estos días la gente no está equilibrada por causa del estrés, pero estrés mental. Nosotros pensamos que cuando hay algo mental el cuerpo empieza a señalar, a dar un aviso de dentro a fuera, es decir, superficialmente algo empieza a molestar. Por ejemplo, el hombro, la espalda u otra zona.

Los médicos occidentales quieren investigar por qué le duele y primero tienen que ver la radiografía y la Resonancia Magnética, pero la mayoría de la gente, a partir de 40-45 años ya tiene un problema, algo en la columna. Quieren buscar la causa en la desviación de vértebras, por eso le duele, por eso necesita rehabilitación o medicamentos, pero la mayoría de la gente tiene problemas de la columna no por esa causa, sino que el origen está más dentro. Hay algún problema en la familia, o por estrés, o por mucha presión de trabajo. Este aviso empieza a salir como dolor,

molestia.

(S-09)

Este concepto filosófico de la prevención no es utilizado por tanto por los componentes de la corriente “contemporánea”, que aplican más la parte terapéutica (ya hemos visto cómo lo que les atrae es el pragmatismo de contar con una herramienta eficaz, solucionadora de problemas):

(...) sobre todo es efectivo para tratar el dolor, para los síntomas psicossomáticos, la angustia, el insomnio, problemas articulares también, muy importante...no se. Es una pregunta que es un poco difícil... Migrañas, problemas orgánicos funcionales, porque la acupuntura tiene un efecto, y eso se ha visto en la acupuntura contemporánea, sobre el sistema vegetativo, y sobre el funcionamiento interno de los órganos. Pero en cambio tiene un gran hándicap y son los problemas mecánicos. Es decir, si hay un problema mecánico que está obstruyendo, como una hernia discal, por ejemplo, que realmente no podemos desinflamar aquello, entonces no hay manera. Hay que acudir entonces a otro tipo de cosa. Es decir, la acupuntura no es un milagro, no es milagrosa, y menos cuando se la conoce profundamente.

(S-19)

Sin embargo, el enfoque de estos terapeutas es más integral que en la medicina exclusivamente alopática: en sus relaciones con los usuarios, todos tienen un perfil muy humano, con capacidad de escucha y empatía, y en ocasiones preconizan una relación con la naturaleza acorde con la filosofía oriental

(..). Pero si me llega el paciente y hay otra faceta que no sea el dolor con la que le puedo mejorar con MTC, como es el tema de los hábitos, dieta, ese tipo de cosas, también procuro...

...entonces se podría estudiar incluso la medicina alternativa nuestra, española, que la desestimamos, pero está ahí. Tu hablas con cualquier persona mayor de un pueblo, las personas jóvenes no, pero por ejemplo mi madre es de un pueblo, y a mi me gusta mucho saber cómo conocen perfectamente las propiedades medicinales de las plantas.

(S-17)

Tampoco es exclusivo de los orientales el tener un enfoque integral frente a los occidentales el enfoque más sintomático, también hay orientales que únicamente tratan por síntomas

(...)Hay chinos y japoneses que trabajan también de una manera más sintomática. Yo también trabajo con las ramas que trabajan más la condición de las personas. Es diferente según los cursos.

(S-04)

Esta diferencia de **enfoque preventivo frente al enfoque terapéutico** va a tener repercusiones importantes en la forma de integrar o complementar ambas medicinas, ya que mientras el primero propugna que es necesario acudir en primera instancia a la oriental puesto que la mayoría de los problemas actuales son de desequilibrio, en el segundo el criterio de selección para ser tratados por la acupuntura en un centro integrado es precisamente haber agotado previamente todos los recursos de la medicina alopática:

(...)La gente ahora viene con algo mental, depresión y angustia y un montón de estrés, y siempre vienen como buscando salida para solucionar el estrés, pero es imposible de buscar. Primero buscan al médico, al especialista, o incluso al especialista analista de sangre, alguna sección, pero para ese médico que estudió medicina occidental es imposible de buscar. Fundamentalmente el médico ¿cómo tiene que trabajar esto? Busca por una parte el origen, pero el origen de dentro, dentro, es imposible de buscar para él. Significa olvidar tratamiento primitivo. ¿qué es el tratamiento primitivo? Tocar. Es algo que los médicos occidentales han perdido. Tocar y luego buscar. Es algo fundamental en la medicina oriental, y diagnosticar por algunos síntomas, pero diagnosticar y buscar, no el nombre de la enfermedad, eso no lo buscamos. El tratamiento significa buscar el origen global, no micro sino macrotratamiento.
(S-09)

(...) la unidad de acupuntura un día a la semana no puede ocuparse también del pie diabético, son muchas cosas. También se puede ocupar de los diabéticos, de tratar la úlcera diabética, de mejorar la circulación arterial...pero no ha lugar. El protocolo de ingreso en la unidad es muy estricto, hay una serie de patologías después de haberse tratado en el hospital y esas son las que se tratan.
(S-15)

En los centros de integración conocen los beneficios del sistema preventivo, pero se ven desbordados por la demanda y la escasa oferta, y tienen que tener criterios de selección rigurosos.

En relación a la eficacia, queda una última cuestión: ¿es más eficaz la acupuntura o el shiatsu? ¿o igual, puesto que en principio utilizan las mismas bases conceptuales? La respuesta, según los terapeutas, es que uno no es más eficaz que el otro “per se”, sino que va a depender de la expertez del terapeuta.

Uno de los terapeutas entrevistados, que tiene titulación en ambas disciplinas, lo explica así:

(...) mmmm...el shiatsu es más a largo plazo, la acupuntura es mucho más efectiva. El personal lo ve, ve la mejoría de un día para otro. Para ver la mejoría en shiatsu la persona que lo da tiene que ser una persona muy, muy experta, tiene que tener una

sensibilidad en las manos...

(S-14)

Sin embargo, para otra terapeuta de shiatsu fue precisamente la rápida eficacia percibida en su propio cuerpo lo que le deslumbró (lo recibió de un gran experto):

(...)Recuerdo que en mi casa un día me tuvieron que ayudar , tumbarme en la cama, ducharme, estirarme, ponerme los zapatos, porque no me podía mover, estaba como una tabla. Hice una sesión de shiatsu y se me fue el 80% de dolor, era increíble. Pensé: no puede ser. Solo con una sesión, sin medicamentos, sin nada...que vaya tan bien. Entonces me quedé impactada del resultado tan grande

(S-20)

El enfoque de la eficacia y la prevención está condicionado también por los propios usuarios, que lo que quieren es en muchas ocasiones un resultado rápido a una dolencia, sin profundizar más.

(...)Como medicina preventiva es muy importante en oriente, pero aquí no se considera así. Cuando uno tiene una enfermedad o un trastorno se acude a dos o tres sesiones y ya está, se va. No como una forma de evitarlo.

(S-08)

6.1.3. Grado de hibridación en el uso

¿Grado de hibridación exactamente entre qué? Hay que definir primero cuáles son los diferentes componentes: hibridación en el sistema en general o hibridación en la utilización de los diferentes métodos por parte de *cada uno* de los terapeutas. Me voy a centrar de momento en este último enfoque, es decir, del eclecticismo a título particular o por corrientes de pensamiento.

En primer lugar hay que distinguir si el terapeuta es o no médico, porque en el caso de que lo sea, en general no “mezcla”, y tiene más recursos para introducir elementos de la medicina occidental. Es más, al estar casi siempre dentro del sistema oficial de salud, no cree que deba –ni quiere-salirse conceptualmente de él.

Los médicos, en general, entienden que no se deben mezclar ambos tipos de diagnósticos y de terapias, porque entonces se cae en el error, al ser paradigmas distintos:

(...)...Entonces unos mejoran y otros no. ¿por qué? Porque no se les ha hecho el

diagnóstico de MTC. Se está utilizando un diagnóstico occidental para tratar algo que no tiene correspondencia. Se hace el diagnóstico de MTC y se ve lo que corresponde a cada una de esas cosas. La mastopatía fibroquística puede tener 3 o 4 diagnósticos de MTC...(S-15)

(...) Practico la acupuntura cuando tiene una indicación para la acupuntura, y yo normalmente para eso soy muy exigente. No trato más que los trastornos que realmente necesitan tratamiento con acupuntura y las demás las trato con medicina normal alopática.

(S-09)

Los médicos de la corriente que habíamos denominado contemporánea defienden la hibridación y tienden a “occidentalizar” la práctica ya que es ésa precisamente la base de sus ideas, y defienden la “evolución” de una técnica que para ellos ha quedado anticuada.

(...) Toda la cultura china en realidad se quedó estancada sobre el 1700 o así. Entonces como que la acupuntura tiene una capacidad de expansión y de crecimiento gracias a la medicina convencional (alopática). O sea, el punto de apertura y el punto que ahora a mi me interesa muchísimo es éste. Claro, conocían los meridianos, pero no conocían los sistemas nerviosos central y periférico. Bastante hicieron, pero ahora tenemos, por ejemplo, el sistema nervioso vegetativo del corazón. ¿cómo podemos estimularlo? ¿qué puntos estarían más cerca de estimular el simpático o el parasimpático? O sea, ahora tenemos una gran posibilidad de expansión de la acupuntura justo porque ahí está la posibilidad de articulación.

(S-19)

Sin embargo, para los médicos “clásicos” en su utilización de MTC, si se occidentaliza se pierde la esencia. Se corre el riesgo de crear lo que uno de los médicos denomina “profesionales de la aguja”: los que intentan solucionar los problemas sin el enfoque integral, sino simplemente mediante el conocimiento de un mapa de puntos donde pinchar y resolver rápidamente la dolencia:

(...) eso es formar muy rápido a personas para hacer acupuntura, y eso sería perder el enfoque de lo que es la MTC. Eso es empezar la casa por el tejado. A nadie se le ocurre decir por ejemplo a un cirujano, que aprenda a operar apendicitis antes de aprender a tocar barrigas. Primero hay que explorar.... Es complejo, pero lo que está claro es que formar “profesionales de la aguja” no es lo más correcto. Es gente que no tiene en cuenta otras cosas, no hábitos, ni conductas, ni mecanismos fisiopatológicos, ni dietas...todo eso que te he dicho. Solo dice: le duele el hombro?le voy a decir dónde está el punto 6 de pericardio o tal punto...Seguro que eso no es correcto.

(S-17)

(...) La universidad de Meiji, en Kyoto, es una universidad de MTC con una dotación

impresionante de medios y recursos. Yo la última vez que la visité tenía microscopio electrónico, que antes era una cosa así... ¿para qué quiero yo un microscopio electrónico en MTC? No, para investigar los puntos...(me dijeron). Bueno, ellos tienen sus teorías...

(S-11)

Entre los médicos el grado de tolerancia a la medicación farmacológica de los pacientes es mayor, ya que en muchos casos ellos mismos se la ponen como parte del tratamiento:

(...)la acupuntura trabaja a otro nivel. Pueden estar medicándose o haciendo otro tipo de tratamientos. Si trabajamos a nivel energético, con que ese nivel energético sea respetado...no hay problema. Es más, otros tratamientos suelen ser más efectivos cuando su energía está equilibrada, por lo tanto no hay incompatibilidad en absoluto

(S-13)

Sin embargo, los terapeutas que no son médicos occidentales perciben la medicación como algo ajeno a ellos, ya que no la pueden prescribir, y piensan que su tratamiento pierde eficacia:

(...)Por ejemplo para los problemas de psiquiatría y cosas así, porque la gente viene muy medicada ¿sabes? Lo primero es que la medicación aquí no se le puede quitar, no se quita, de hecho, y como llevan tantísimo metido en el cuerpo, les cuesta un poquito. No es que no sea efectiva, pero es más lento.

(S-10)

Hay mayor grado de hibridación entre los terapeutas no médicos y que además son occidentales. Como comentábamos anteriormente al hablar de las corrientes, los occidentales tienden más a explorar diversos campos dentro de las TC y crear su propio estilo, mientras que los orientales conciben la perfección dentro de las normas marcadas por el maestro. La diferencia de discursos es importante:

(...)P ¿Te identificas con alguna de las escuelas?

R: No, he estado más tiempo con Namikoshi, es la línea que más he trabajado, pero no me apetece. He visto cosas en Namikoshi que no me han gustado nada y he visto cosas en Masunaga que tampoco... creen casi en magia.

P: es decir, has creado tu estilo propio

R: tampoco quiero hacer eso. Yo creo que el shiatsu es shiatsu, que es presión con los dedos, y yo lo que intento es enseñarle a mis alumnos todos los estilos y luego ellos que hagan lo que quieran

(S-10-occidental)

(...)P: ¿para hacerle qué, shiatsu, tailandés...?

R: un poco de todo, porque al final es lo que se termina por hacer, crear uno su propio sistema. Pero no es mío, es mío en el sentido de que soy yo el que lo aplica

(S-04- occidental)

(...) ¿cuál es el origen del shiatsu? Japón. No enseñó shiatsu de “paella”. El espíritu es importante. Si quieren entender el espíritu de Japón, ¿por qué no van a Japón? Eso es importante. Si yo quiero aprender baile flamenco, en Japón hay un montón de sitios, y con la mentalidad japonesa, técnicamente puede estar bien. Pero ¿qué quiero aprender? Si quiero aprender la técnica, con lo de Japón es suficiente, pero si quiero aprender el espíritu, el corazón, tengo que venir a España.

(S-09-oriental)

6.1.4. Condiciones laborales

Por último en cuanto al análisis de las características personales y profesionales de los sanadores, es preciso hablar de sus condiciones laborales, lo cual va a ser importante para abordar el siguiente punto, los aspectos jurídicos y sociales: la regulación y el asociacionismo.

La medicina alternativa o complementaria es, por su propio desarrollo actual, una medicina de consulta privada, ya que las experiencias de integración son pocas. El ejercicio en consulta particular puede tener varias modalidades, ya que puede realizarse de forma individual (que es la más numerosa), o bien compartida con otros terapeutas para disminuir los gastos. Las consultas compartidas pueden ser con profesionales de la misma especialidad o de diversas especialidades afines como reflexología podal, quiromasaje, yoga, etc³

Pero las diferencias son grandes según se trate de médicos o no. Hay que tener en cuenta que los médicos están muy demandados, no hay paro dentro de la medicina . Si no están en un centro integrado, trabajan por la mañana en el sistema nacional de salud y por las tardes en su consulta privada de acupuntura. Sólo me he encontrado un caso de un médico que se dedica en particular a lo “complementario”, y es porque ha montado su propia escuela y centro terapéutico según su propia filosofía. Esta estructura está montada como centro generador de un pensamiento y un estilo de vida propio y original. El trabajo asalariado simultaneado con consulta propia es también frecuente, aunque menos, entre los enfermeros y fisioterapeutas.

En cuanto a condiciones laborales tienen más problemas los terapeutas no sanitarios de shiatsu, porque tienen que trabajar de forma privada, y la terapia manual agota

³ Pardo Jávega (1996) aporta los siguientes datos cuantitativos en cuanto a modalidades de trabajo en su estudio: Trabaja en consulta privada (81.5%) y por cuenta ajena (18.5%). En consulta individual (48.1%), con profesionales de la misma especialidad (22.2%), con otras especialidades (7.4%)

físicamente (se realiza en el suelo de rodillas), mucho más que la acupuntura, que es sólo poner agujas. Por tanto, hay una limitación real. Como ellos dicen, el shiatsu “no da dinero”

(...)esto tú ya lo sabes, no hay dinero en el shiatsu. Se necesita una hora mínimo con cada cliente. No puedes estar más de 6 horas al día a no ser que seas una persona con unas rodillas de metal, y por tanto sabes que sólo se puede llegar a ganar una cierta cantidad de dinero. No vamos a poder vender el shiatsu. Entonces no va a meter shiatsu, sino lo que es interesante para ganar dinero.

(S-06)

Esta circunstancia obliga a muchos a trabajar en otros trabajos distintos, y es otra de las razones por las que quieren regularizar su situación

(...) en mi caso no, yo soy afortunada porque estudié shiatsu, di clases, lo pasé mal porque había meses que no me llegaba, pero con la paciencia e insistiendo puedo decir que yo vivo del shiatsu, trabajo absolutamente del shiatsu, lo cual me encanta. Pero hay mucha gente que tiene que tener trabajos, y esto es agotador. Hay gente que sí que lo quiere pero hay gente que no, que quiere vivir exclusivamente del shiatsu. Entonces ahora hay una oportunidad para que el shiatsu pueda ser una profesión.

(S-20)

El dinero únicamente viene a través de la Formación, no de la práctica terapéutica como hemos visto, por eso proliferan las escuelas y existe falta de homogeneidad entre ellas. Algunas escuelas se abren con personas que no están bien cualificadas para enseñar y en ocasiones se producen fraudes

(...) Si las escuelas no somos serias y no nos regimos por unos sistemas de realmente buena formación y con unas evaluaciones sean evaluaciones, no sólo porque pague la persona...en mi escuela no aprueba todo el mundo. Yo se de otras que sí lo aprueba todo el mundo.

(S-10)

6.2. Dimensiones jurídicas/sociales

6.2.1. Normativa y regulación.

“La falta de adecuación institucional de determinados discursos alternativos (medicinas alternativas) derivan en una práctica que, lejos del reconocimiento y la legitimidad, actúa en unos “márgenes terapéuticos” no reconocidos y no sancionados. Es, por decirlo de alguna manera, como “predicar en el desierto”

{Fernández Rufete, 2000}

Existe en la actualidad bastante confusión respecto a quién puede practicar estas terapias, ya que a pesar de que existen resoluciones de la OMS y del Parlamento europeo a favor de que se tengan en cuenta y se regulen las Medicinas Naturales⁴, en España han pasado 20 años en los que los propios terapeutas reclamaban un marco legal de actuación para un control de calidad y diferenciación de los “charlatanes”. Así lo explica una de las sanadoras entrevistadas, Directora de un Centro de Formación de shiatsu:

(...)es absolutamente necesaria una regulación, porque hay gente que está practicando y que no está formada. Y yo he hablado con una y le he dicho que eso no era ético. El año pasado estuve trabajando en un sitio haciendo tratamientos y oí que estaba trabajando una persona, y ví que había sido alumna mía. Y le dije: no puedes hacer esto, no puedes cobrar. Es un masaje relajante, pero no es un tratamiento. También tenemos problemas con los alumnos. Yo le digo que no pueden cobrar por los tratamientos en la formación, porque tienen que hacer unas horas para su formación. Y yo se que hay algunos que cobran en el segundo año. Pero no sabes cómo controlarlo.
(S-03)

También les interesa la regularización para que otros colectivos sanitarios reconocidos no puedan denunciarlos por intrusismo, como son los fisioterapeutas, por ejemplo, en el caso del shiatsu

(...)Mi idea es que el shiatsu se legalice o se regularice, como quieran llamarlo, de tal forma que yo haga lo que estoy haciendo sin que el día de mañana un fisioterapeuta me pueda poner un juicio. No tengo miedo y lo puedo defender frente a la justicia, porque tengo muchos jueces entre mis pacientes, igual que tengo gente del Ministerio de Sanidad, y de muchos niveles que saben que esto está funcionando y no provoca ningún problema. Pero sí que me gustaría estar más tranquilo en ese sentido, es decir, puedo decir esto y mañana no va a venir una persona que me meta un juicio.
(S-10)

⁴ Las resoluciones de la OMS tienen en cuenta las Medicinas Naturales (nombradas en los informes como tradicionales) desde los años 70. En el año 1974 las medicinas tradicionales fueron incorporadas en los programas pertinentes de la OMS. En 1976 definieron los objetivos por medio de “la formulación de políticas nacionales en materia de salud incorporan las disposiciones relativas a la medicina y medicamentos tradicionales por la coordinación y la mejor utilización de estas medicinas en los sistemas de salud de los diferentes países”(dossier internacional de legislación sanitaria, vol 36 nº2 p303). En mayo de 1977 la Asamblea mundial de la salud invita: a los gobiernos interesados a acordar una importancia adecuada al uso de sus sistemas de medicina tradicional según un reglamento apropiado dentro de sus sistemas nacionales de salud” (Resolución WHA 30.49 adoptada por la 30ª Asamblea mundial de la salud en mayo del 77. OMS: dossier de resoluciones y decisiones de la WHA del consejo ejecutivo volII 1973-1984 Ginebra 1985 p 136-137)

Efectivamente, aunque las TC se están utilizando en España, solamente se reconoce oficialmente la medicina convencional –dentro del sistema público-. Las administraciones las han ignorado y las han dejado en una situación de **alegalidad**: no es ilegal, pero no hay norma que la regule. Se puede consumir y practicar, pero ninguna administración garantiza la calidad al consumidor ni ampara al profesional. El único requisito para abrir un centro de estas características es darse de alta en el Ministerio de Hacienda, pagando el I.A.E (Impuesto de Actividades Económicas). Esta situación hace que sea tarea imposible intentar averiguar el número real de terapeutas españoles, el número de centros, o datos estadísticos básicos. Solo podemos obtener datos parciales de las Asociaciones o de algunos organismos.

¿Por qué no se han regulado? Bruguera i Cortada (2003:19) apunta los siguientes motivos: en primer lugar, porque existe el temor por parte de las autoridades sanitarias de que la regulación de prácticas que carecen de base científica pudiera interpretarse como un reconocimiento oficial de su eficacia, e incluso que se forzara su inclusión en el Sistema Nacional de Salud y en la Universidad. Una segunda razón es la dificultad de tomar partido entre establecer que se debe restringir su práctica a los médicos o autorizar que las practique personal no médico. Otro razón por la que es difícil abordar el tema de la regulación es el de fijar criterios para fijar cuál es el nivel de conocimientos adecuados y quién acredita que se han conseguido en prácticas para las que no hay un cuerpo doctrinal definido. La escasez de escuelas y centros formativos con rigor acreditado (pero, ¿quién las acredita?. Volvemos a lo mismo) y la ausencia de un sistema jerárquico profesional en las TC también dificulta la acreditación.

Después de todos estos años de indefinición y vacío legal, en el año 2003 apareció un Real Decreto del Ministerio de Sanidad y Consumo (RD 1277/2003) por el que se establecieron las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Entre los requisitos que exige el Ministerio está *la obligatoriedad de que un médico colegiado se encuentre al frente de los centros* en los que se practican técnicas terapéuticas tales como acupuntura, osteopatía, naturopatía, fitoterapia, terapias orientales y otras terapias manuales. Este decreto ha creado más confusión que resolución del problema debido a diversos aspectos:

- Actualmente los estudios de medicina natural se pueden hacer solamente desde la enseñanza privada y la formación está incluida en el régimen de estudios no regulados. Solamente hay ciertos créditos y cursos de posgrado para universitarios del sector de la salud que resultan totalmente insuficientes. Estos másters pueden ser realizados por enfermeros y otros profesionales sanitarios no médicos.
- No define un criterio acreditativo oficial de practicantes o terapeutas no universitarios. Este colectivo se encuadra dentro de los denominados “parasitarios”, es decir, no son sanitarios y por tanto no están sujetos a esta directiva, y si se abre un centro es un centro no sanitario.
- La paradoja se da en que se dice que estas actividades no están sujetas en principio a la posesión de un título oficial específico, ni a profesión sanitaria determinada (ya que son parasitarios) *“si bien la realización de aquellos actos de diagnóstico, tratamiento terapéutico, enjuiciamiento y pronóstico, son privativos de las profesiones médicas y su ejercicio debe realizarse por profesionales licenciados en medicina, de acuerdo con la Ley de Ordenación de Profesiones sanitarias”*. Así que por tanto no es requisito ser licenciado en medicina para realizar la actividad de acupuntura, por ejemplo, pero sí es necesario serlo cuando se realizan actos propios del licenciado en medicina como diagnóstico, tratamiento terapéutico, enjuiciamiento y pronóstico. Pero, claro, (y aquí apporto la opinión de un terapeuta acupuntor en un foro de internet sobre estos temas), no se puede hacer acupuntura sin fines terapéuticos. Es sencillamente imposible que alguien sea acupuntor y que cuando realiza una sesión de acupuntura lo haga sin ánimo de solucionar alguna patología. Nadie va al acupuntor si no le duele nada. Este internauta escribe: *no podemos actuar de forma en la que aliviemos en un 95% el dolor de espalda del cliente y dejemos el otro 5% sin solucionar para que no diga nadie que actuamos con fines terapéuticos.*

Como ejemplo del momento de confusión que se vive, transcribo la respuesta del Ministerio de Sanidad ante la solicitud de apertura de un centro de acupuntura de otra participante en un foro de Internet de terapeutas complementarios: *“...la actividad de acupuntura no está en principio sujeta a la posesión de títulos oficiales específicos, ni a profesión sanitaria determinada, si bien la realización*

de aquellos actos de diagnóstico, tratamiento terapéutico, enjuiciamiento y pronóstico, son privativos de los profesionales médicos y tienen la consideración de actos médicos, y su ejercicio debe realizarse por profesionales licenciados en Medicina y cirugía, de acuerdo con la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, razón por la cual de derivarse cualquiera de aquellas funciones de la actividad o técnica de la acupuntura, deberá usted de abstenerse de su realización en función de la titulación oficial de auxiliar de enfermería”

- Se han abierto secciones dentro de los Colegios de médicos y enfermeros, y se han desarrollado movimientos asociativos tanto de sanitarios como de no sanitarios. Existen numerosas Asociaciones de naturópatas (ver anexo) y en el año 2003 se ha creado una Mesa de Unidad de Salud Natural, que engloba quince de estas asociaciones y cuyo objetivo es conseguir la regulación de estas terapias.

Pues bien, después de enmarcar la situación tal como se ha vivido y se vive en casi toda España, hay que prestar un interés muy especial a Cataluña como única Comunidad Autónoma que ha desarrollado recientemente un decreto de regulación {Conselleria de salud y bienestar social. Generalitat de Cataluña, 2006}. La estructura política descentralizada de España para muchas competencias ha posibilitado que el Ministerio de Educación y Ciencia aborde la cuestión en un sentido y las comunidades autónomas en otro. Puede existir, por tanto, un problema de descoordinación. De hecho, el Decreto catalán no tiene las mismas características que la otra comunidad autónoma española que se está planteando la regulación, Andalucía (aunque está todavía lejos. Lo que ha sido aprobado en el Parlamento andaluz ha sido una Proposición no de ley en el 2003 en la que se insta, no solo a legislar, sino a introducir las TC en el sistema público andaluz). Estas discrepancias y vacíos no hacen sino traducir a niveles inferiores lo mismo que ocurre en otras estructuras como el Parlamento europeo o la OMS. Dos de los sanadores lo definen de la siguiente manera:

(...)El Ministerio, el Director General, el Secretario...no saben qué hacer. Lo han dejado en las CC AA, pero no lo veo bien. Si Cataluña y Andalucía regulan algo será por cuestiones políticas, sea como sea.

(S-15)

(...)La diferencia es que aquí (en Cataluña) lo quiere coger Sanidad, y en Madrid Educación. Entonces la Administración de la Educación allí se está diciendo que se

quiere poner FP, y para nosotros sería tremendo. Poner un FP de repente es integrar el shiatsu con los que tienen, con las matemáticas, con lo que sea. Es algo disparatado total. Aquí sí que veo yo intereses económicos de cuatro. Eso es degradar el shiatsu, las terapias naturales, las terapias manuales...aquí sí que yo veo....esto no es un supermercado.

(S-20)

6.2.2 Regulación en otros países

Aunque no es uno de los objetivos de este estudio ya que excedería sus límites, sí que parece imprescindible echar una ojeada a lo que está sucediendo en otros países desarrollados, principalmente de nuestro entorno.

En 1994, el Parlamento europeo elaboró un informe (el informe Lannoye, del Partido Verde) en el que se planteaba la necesidad de una regulación unificada y actitud permisiva con la práctica de estas terapias para prácticos. En 1997 se elaboró otro informe (Informe Collins) sobre Medicina Complementaria y Alternativa. Se sugería un compromiso con un proceso de reconocimiento de las TC, e instaba a que “*se llevará a cabo un estudio exhaustivo sobre la seguridad, efectividad, área de aplicación y naturaleza alternativa o complementaria de todas las medicinas no convencionales, además de trazar un estudio comparativo de los diferentes modelos legales nacionales a los que están sujetos los practicantes de terapias naturales*”. No cumplió las expectativas, por lo que recientemente ha habido otro intento de compromiso de regulación más intenso a causa del interés de los consumidores, las diferencias sustanciales entre los miembros y la falta de ideas claras al respecto. La conclusión del Grupo de Trabajo que se creó para tal fin es un poco desoladora, según explica Nuala Ahern {2002; 2003:50}, la Presidenta del mismo: “*Se evidenció la imposibilidad de llegar a ningún tipo de acuerdo entre los diferentes estados de la Unión en lo referente a la forma en que debería llevarse a cabo la regulación en Europa*”. El interés era fundamentalmente para la homeopatía y para las hierbas naturales, así como para regularizar la situación de los practicantes no médicos. Diferentes sistemas reguladores imposibilitan la libre circulación de los prácticos en TC dentro de la Comunidad Europea y se dan situaciones como la que señala Ahern (2003:50): “*se encuentran con que miembros de su profesión están siendo encausados en España por algo que es perfectamente legal en Reino Unido o en Irlanda*”. El problema de la Comisión Europea es que la atención sanitaria es una cuestión meramente relativa a los estados miembros

y, por tanto, no legislada a nivel europeo, y no parece que ninguno quiera despojarse de esa autonomía.

A grandes rasgos, se pueden clasificar o diferenciar entre los países europeos que la tienen regulada tres grupos⁵:

- Exclusivistas (únicamente reconocen al médico como personal legitimado): Francia, Bélgica
- Tolerantes (aceptan a los practicantes no sanitarios): Alemania, Irlanda, Reino Unido. En Alemania existe la legislación más completa sobre este tema. Desde 1939, bajo el III Reich se promulga la ley de *Heilpraktiker* (literalmente prácticos en salud), no médicos, que regula las condiciones del ejercicio de los mismos así como sus limitaciones. Esta figura ha sido revisada posteriormente, pero todavía existe. En el Reino Unido no hay ley propiamente dicha, pero en virtud de un derecho adquirido instaurado hace más de 400 años toda persona “no calificada”, es decir, no médico, puede practicar a condición de no hacerse pasar por médico y contemplar ciertas restricciones. Recientemente, a través del influyente Comité de Ciencia y Tecnología de la Cámara de los Lores, se ha elaborado un conocido informe en el que propone *una regulación mejorada de todas las profesiones de las TC, y que los acupuntores y los fitoterapeutas sigan los pasos de los osteópatas y los quiroprácticos en la pretensión de una regulación estatutaria* {Ahern, 2003:49 }
- Híbridos: (combinación de médicos, fisioterapeutas o enfermeros con un curso básico medio): Holanda y países escandinavos. En Dinamarca la ley dice que “los no médicos pueden ejercer la medicina alternativa con ciertos límites”

En España no hay regulación y por tanto no se puede incluir formalmente en ninguno de los apartados. Como hemos visto, sólo podemos hablar del modelo de Cataluña. **El Decreto catalán se decanta por un modelo tolerante**, lo cual ha provocado importantes conflictos entre influyentes grupos de presión, especialmente con los colegios y asociaciones de médicos acupuntores, ya que se trata de una comunidad autónoma, no de un país, y estos grupos son muy influyentes en otras zonas.

⁵ Fuente: Decreto de regulación de las medicinas naturales. Generalitat de Cataluña, 2006.

En muchos países se está discutiendo la combinación o integración de prácticas, y de hecho el aspecto que está teniendo más éxito en la Comisión europea es el intercambio de información entre los estados miembros sobre la incorporación de estas prácticas a los sistemas sanitarios tradicionales.

En Estados Unidos existe una tendencia a la liberalización dentro de las disposiciones legislativas. Esta liberalización es patente en los diversos juicios llevados a cabo en los tribunales. Todas las decisiones de los Tribunales han sido tomadas y fundamentadas en el principio del derecho a la protección de la vida privada, es decir, a la **autodeterminación: es el ciudadano el que decide con quién y cómo se quiere tratar**. Existe bastante variabilidad de unos estados a otros respecto a la concesión de licencias. Algunos estados contemplan la existencia de médicos exigiéndoles un número de horas de formación, y no médicos, con un número más elevado de horas de formación. Se les hace un examen por la comisión nacional de acreditación que tienen que reacreditar cada cierto tiempo.

La Organización Mundial de la Salud como hemos comentado ya empezó a recomendar la regularización de las TC desde 1974, culminando con el famoso Documento “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-05”, al cual nos referiremos con frecuencia. En él distingue una diferencia de enfoque entre los países en vías de desarrollo y los países desarrollados: en los primeros la medicina nativa supone a menudo la única fuente sanitaria asequible, especialmente entre los países más pobres, mientras que en los segundos existe una fuerte demanda por las carencias de la medicina alopática, sobre todo para las enfermedades crónicas entre una población cada vez con mayor esperanza de vida.

6.2.3. Formación. Estudios sobre Medicina oriental/Terapias complementarias. La universidad como elemento legitimador

La Formación y capacitación se perfilan como uno de los grandes motivos de controversia: ¿quién está legitimado para practicar las TC? ¿el que tiene un título universitario aunque el paradigma y los contenidos sean diferentes o el que lleva practicando mediante empirismo durante muchos años y con buenos resultados? ¿qué se considera una formación adecuada para proporcionar al usuario unas garantías mínimas?

La principal característica es la multiplicidad de itinerarios que han recorrido los diversos profesionales para su formación. En España existen estudios sobre Medicinas complementarias ofertados por algunas universidades, como el Máster de Medicina Naturista de la Fundación Bosh i Gimpera, adscrito a la Autónoma de Barcelona; Máster de Medicina Naturista, Homeopatía y Acupuntura de la Universidad de Valencia; Curso de posgrado de Medicina Naturista en Zaragoza y Granada; Máster de MTC de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, y cursos de experto. En los colegios oficiales de profesionales médicos, enfermeros y fisioterapeutas existen secciones de colegiados de Homeopatía, Acupuntura o Medicina Naturista, y se ofertan cursos de formación a través de ellos. En realidad, los colegios empezaron antes que las Universidades a partir de la sentencia del Tribunal Supremo del 5 de julio de 1992 que evidenciaba la contradicción entre exigir unas atribuciones para las cuales no tenían formación:

“El empleo de la medicina naturalista, de la acupuntura y de los rayos láser, por quien no ostente la cualidad de médico no puede constituir o dar vida al delito de usurpación de funciones, en cuanto que falta el requisito oficial para que se pueda entender cometido este delito cual es la realización de los actos de que se trate vengan atribuidos a una profesión para cuyo ejercicio se requiera el hallarse en posesión del correspondiente título oficial, comprendidas entre las especialidades médicas y para cuyo ejercicio no se requiere título alguno...”

Existen también Centros de Estudios que homologan sus títulos por Universidades extranjeras que tienen el título⁶. La Escuela Superior de Medicina Tradicional China tiene un reconocimiento por la Universidad de Pekín, o bien directamente hacen su formación en el extranjero.

Son también numerosos los Centros y Escuelas que, al no poder ser reconocidas por Universidades, se adscriben a Asociaciones naturistas promotoras de revistas de cierto prestigio, o bien a Centros homologados en otro país, como la Escuela Namikoshi de shiatsu en España (homologada en Japón) o el Shiatsu Center de Inglaterra. Otros muchos centros carecen, por el contrario, de acreditación o garantía. Únicamente tienen que inscribirse en un registro no sanitario.

⁶ Valga como ejemplo el Centro de Estudios ISMET (Barcelona), que ofrece estudios universitarios homologados por la Universidad de Gales, pero existen bastantes.

Por último, la práctica con otro médico o terapeuta que enseña directamente o el aprendizaje autodidacta son modalidades que se han dado sobre todo en el pasado reciente, entre los terapeutas de más edad (los que aprendieron antes de los años 80-90).

Dentro del currículum de los estudios de Medicina no se oferta este tipo de Terapias, mientras que en países de nuestro entorno como Inglaterra o Alemania sí lo hacen. El 40% de las Facultades de medicina europeas ofrecen algún tipo de curso de medicina no convencional; el 72% de las Facultades de CC Salud y el 8% otras facultades. {Barberis, 2001;Varga, 2006}. “Otras Facultades” incluye también la creación de “Escuelas de Salud Integrada”, como la de la universidad de Westminster (Reino Unido), donde directamente se imparten programas de diversas TC sin necesidad de estar graduado una titulación sanitaria. {Isbell, 2003}

El país pionero fue Alemania, donde se creó en 1990 la primera cátedra de Medicina Naturista en la universidad libre de Berlín⁷. Asimismo está aprobada como especialidad médica y también está organizada a otros niveles y muchos hospitales acogen este tipo de terapias. En otros países (Inglaterra, EE UU, Francia, Chile...) también se están dando pasos en la Universidad y en la Sanidad de cara a su investigación, práctica y homologación.

En Estados Unidos existe una tendencia creciente a incluir las TC en las Facultades de medicina, aunque también hay otras propuestas con otras Facultades sanitarias como Enfermería, Fisioterapia, Trabajo Social u Odontología {Coulter, 2005} . De las 125 Facultades de Medicina que hay, 75 ofrecen algún tipo de curso, sin embargo hay que profundizar en *cómo lo hacen*. Hay un artículo muy novedoso e interesante de algunos de estos profesores, de universidades tan prestigiosas como Harvard o Georgetown, que realizan propuestas concretas que ya se están poniendo en práctica, fundamentalmente sobre cómo encontrar el hueco en unos programas ya de por sí apretados, cómo empezar, cómo envolver al alumnado en el proceso o cuáles son los soportes organizativos necesarios {Wetzel, 2003}. Algunas de estas propuestas son:

⁷ Sin embargo, a pesar de ser Alemania uno de los países europeos más proclives a las terapias naturales por su tradición ecologista, se denuncia la contradicción que hay entre las “buenas intenciones” y la realidad. En un reciente estudio {Brinkhaus, 2005} en el que se preguntó a todos los decanos de las Facultades de medicina en Alemania sobre las TC, se apreció la contradicción de que, aunque la mayoría están a favor de la integración de las TC en los estudios de medicina, en la práctica sólo lo están en un pequeño porcentaje

- Incluir las TC en los temarios de asignaturas ya en curso: Habitualmente las TC se incluyen como cursos de postgrado, lo cual provoca que se marginen mentalmente, y no son muchos los estudiantes que los realizan debido a que no tienen suficiente información y lo ven como algo desconocido. También se pueden incluir como asignaturas independientes en el pregrado, pero se corre el riesgo de aprender sólo una terapia, dependiendo en cuál sea la preparación o el interés del director o profesor del curso (por ejemplo, solo en Homeopatía o solo en Acupuntura). El objetivo no es hacer de las TC una entidad independiente, sino realmente incluirlo sin fisuras dentro de las modalidades de pregrado y posgrado, de tal manera que lo que se enseñe sea *una* medicina o, mejor dicho, **una forma de hacer medicina**. Para ello en algunas universidades se trabajan las competencias de TC *dentro* de asignaturas o áreas, como por ejemplo la “Anatomía de la Acupuntura” dentro del grueso de la asignatura de Anatomía. Otros ejemplos de áreas donde puede ser apropiado son: Farmacología (homeopatía y hierbas), Nutrición (dietas y suplementos), ortopedia (quiropaxis, masaje, acupuntura, yoga), Neurología (terapias cuerpo-mente, acupuntura), oncología (abordaje con TC de manejo del dolor o efectos secundarios de la quimioterapia como las náuseas...), en Psicología (técnicas de relajación, control mental), Endocrinología (causas de elevación o déficit hormonal).
- Estudio de casos. Los casos de TC tienen componentes holísticos, por lo que es conveniente incorporarlos a metodologías de Aprendizaje Basado en Problemas⁸. Es un buen método para que el alumno se familiarice con ellas y con el enfoque que tienen. Es importante, sin embargo, elegir buenas fuentes y referencias.
- Importancia de la práctica. Hasta ahora no se requieren muchas horas de prácticas o hay mucha disparidad entre los centros, lo cual es difícil de entender por las particularidades de este tipo de terapias. En USA se realizan, por ejemplo, programas conjuntos con Escuelas de Medicina Tradicional China o acuerdos de colaboración con Centros terapéuticos para que los estudiantes

⁸ Aunque en Harvard trabajan desde hace años con metodologías activas de aprendizaje como el problem-based learning o Aprendizaje basado en problemas, en Europa se están empezando a imponer con fuerza debido al proceso de convergencia europea.

realicen rotaciones prácticas. Éste debe ser, además, uno de los soportes que la Institución debe proporcionar y que debe ser uno de los compromisos que adquiera cuando incorpore los estudios de TC.

Para involucrar a los alumnos recomiendan, también, que se incluya alguna experiencia personal como usuario de TC al margen del currículum, ya que este punto de vista ayudaría a un entendimiento más amplio y diferente del que puedan proporcionar los estudios o, incluso, las descripciones que hagan los pacientes

- Se puede integrar, no solo en el pregrado, sino también en especialidades. Sobre todo es afín a la especialidad de medicina de familia. La Asociación de profesores de médicos de familia de Estados Unidos ha activado una guía práctica de contenidos sobre TC que deben incluirse en el período práctico⁹
- Cabe destacar, por último, que desde 1999 el Centro Nacional de Medicina complementaria y alternativa del Instituto Nacional de la Salud de USA oferta becas de cinco años para propuestas de innovación docente en el campo de la integración de las TC en la educación médica.¹⁰

El objetivo no sería tanto crear expertos, sino que sepan cuándo deben derivar a un paciente que puede verse beneficiado por otras terapias. Otro objetivo sería el que se plantea {Weil, 2000} en el programa de Medicina integrativa de Arizona (USA), y que no es otro que formar líderes que puedan crear nuevas unidades y nuevos focos de diseminación.

El estudiante de alguna profesión sanitaria que quiera interesarse por estas cuestiones en España tiene que hacerlo en el postgrado, lo cual hace que no se avance en ninguna línea integradora. En la formación pregrado de la titulación de enfermería se imparte la asignatura “Terapias alternativas” como optativa en nueve universidades, y en ninguna de las Facultades de Medicina.

La idea de **la universidad como elemento legitimador** está expresada por Bourdieu (1996) con una interesante teoría, según la cual es la universidad la que determina en nombre de la ciencia una cuestión que no está zanjada en la realidad, y es la de saber quién es un intelectual “verdadero” y quién no. La definición de los límites del campo,

⁹ Klingler, B et al.(2000) Suggested curriculum guidelines on complementary and alternative medicine: recommendations of the society of Teachers of Family Group on alternative medicine. Fam Med, 32:30-33. Cit en {Wetzel, 2003}

¹⁰ National Center for complementary and alternative Medicine. Request for proposals for CAM Education Grant. Bethesda, MD: National Institutes of Health; 13 December 1999

es decir, la participación legítima en las luchas, está delimitada por haber pasado o no por la universidad. Bordieu hace una lectura en términos de estrategias en una lucha por la dominación simbólica, una dominación que se impone a todos a través de la definición de la práctica legítima.

Esta visión hace que, especialmente en el caso de los médicos, se encuentren legitimados para cualquier práctica, aunque no hayan sido preparados para ello.

(...) P: ¿ te han exigido alguna titulación para realizar TC?

R: no, porque entienden que tengo una licenciatura (en Medicina), y ello en teoría te capacita para trabajar con tu paciente en todos aquéllos ámbitos que le puedan beneficiar, así que no necesito para trabajar en este proyecto algo más de lo que ya tengo oficialmente.

(S-05)

Incluso se presupone una ética para los universitarios que el no universitario no tendría.

(...)La persona que hace acupuntura y no es médico hace cualquier cosa, trata cualquier cosa y no hay éxito. Y además no tienen la ética profesional. Todo el mundo puede tener ética profesional y ética moral hacia esto, pero quizá el licenciado está especializado y yo creo que no la tiene simplemente por afán de ganar dinero.

(S-08)

El prestigio social que da la universidad se refleja en que, por ejemplo, el médico jefe de servicio de una unidad de integración de shiatsu y musicoterapia le dijo al enfermero que él hablaba de la musicoterapia con la televisión “*porque es universitario*” (hay un máster universitario en musicoterapia), mientras que el enfermero hablase del shiatsu (el médico no trabajaba directamente con ninguna de las dos técnicas)

Es interesante señalar la paradoja de que a veces la propia universidad imparte títulos “que no habilitan para la práctica”. Esta es la denuncia de uno de los médicos que no están de acuerdo con el planteamiento de legitimación estrictamente a través de la universidad:

(...) es curioso que la universidad imparte cursos que no son válidos académicamente. Es decir, yo me encargué de un curso de MTC (Medicina Tradicional China) en la Universidad -----, que todavía sigue, el Máster en acupuntura, pero abajo pone: “este diploma no le autoriza a la práctica ni a la ejecución de lo que se expresa”, porque el estado no puede legitimar algo que no está aprobado como tal

P: pero está aprobado como título propio por la universidad

R: pero son títulos propios para el doctorado, pero no para el ejercicio de la profesión. Y es lógico que sea así por una razón muy simple: como comprenderá usted, en tres

meses, en seis meses, un fin de semana... no se puede capacitar para que una persona pueda practicar
(S-11)

Nos encontramos, por tanto, **ante el primer gran conflicto de la regulación: la lucha de los que se autodenominan *sanitarios* (que han pasado por la universidad) frente a los *no sanitarios*** (no han pasado por la universidad y por tanto no tienen por oficio legítimo la sanación, aunque de hecho mejoren los usuarios). A éstos también se les denomina *parasanitarios*. En el Decreto de Cataluña los denominan *profesionales* frente a *prácticos*. Este conflicto es el que, como hemos visto, se ha producido en todo el mundo.

La OMS intenta limar asperezas, ya que aboga en sus recomendaciones por el reconocimiento del papel de los practicantes de TC a la hora de proporcionar atención sanitaria en los países en vías de desarrollo, mientras que en los países desarrollados insiste en que los sistemas de cualificación de los que denomina *proveedores* de TC sean rigurosos y que se incluyan elementos básicos de atención sanitaria primaria y salud pública. Aconseja también que “los grados de Farmacia, Médico y Salud Pública incluyan un componente de TC”.

Con ello vemos cómo se produce el segundo conflicto a analizar: no es suficiente la legitimación de la universidad para los médicos, sino que no aceptan tampoco (en el caso de la acupuntura), la intromisión de otros profesionales universitarios como los enfermeros o fisioterapeutas salvo por indicación suya, ya que han estado acostumbrados tradicionalmente a una subordinación que no quieren perder. La situación del shiatsu es diferente, ya que no es una terapia a la que quieran acceder. En este caso la percepción de intrusismo la tienen los fisioterapeutas, que consideran que son los que están legitimados para “tocar” terapéuticamente a los usuarios.

En España estas tensiones se han agudizado con el Decreto de Cataluña, ya que es un modelo que contempla la inclusión en el sistema de los *prácticos*, a lo cual se han opuesto rotundamente los médicos para la acupuntura y los fisioterapeutas para el shiatsu.

El Decreto establece las condiciones del ejercicio en Cataluña de las Terapias Naturales, estableciendo cuatro grupos:

1. Acupuntura y Terapias orientales afines (médicos, fisioterapeutas,

enfermeros y prácticos). La define como “la aplicación de un método terapéutico a partir de un diagnóstico diferencial según los parámetros de la medicina oriental, ofreciendo soluciones a los problemas de salud teniendo en cuenta los aspectos físicos, psíquicos, energéticos, espirituales y sociales de la persona como un todo unitario que ha de estar en armonía según unas leyes naturales”

2. Criterio naturista (Médico naturista, enfermero naturista y naturópata). “La atención a las personas de manera integral, con el objetivo de ayudar a equilibrar, restaurar y armonizar su salud, tanto en la vertiente preventiva y conservadora como terapéutica, utilizando criterios que aplican estímulos o agentes naturales que actúan en el mismo sentido que lo haría la naturaleza del individuo, para potenciar su capacidad regeneradora y curativa”

3. Terapias y técnicas manuales (fisioterapeutas, médicos, enfermeros, prácticos avanzados y prácticos de base). “Son terapias manuales todas aquellas modalidades que utilizan las manos para ayudar a restaurar la salud de las personas de manera preventiva o terapéutica. Se entiende por técnicas manuales aquéllas que utilizan las manos para ayudar a mantener y conservar la salud y no por el tratamiento de procesos patológicos”. En este grupo se ha incluido el shiatsu aunque sea una técnica oriental, pero ha primado el ser manual.

4. Criterio homeopático¹¹ (médico homeópata, sanitario con criterio homeopático y práctico con criterio homeopático). “El método terapéutico consiste en tratar las enfermedades mediante la administración de preparados homeopáticos de acuerdo con el principio de la similitud”.

Para ello establece los agentes capacitados y con el siguiente esquema explica la manera de acceder de todos ellos:

¹¹ En la última propuesta (11-julio-2006) se incluye la homeopatía dentro del grupo naturista

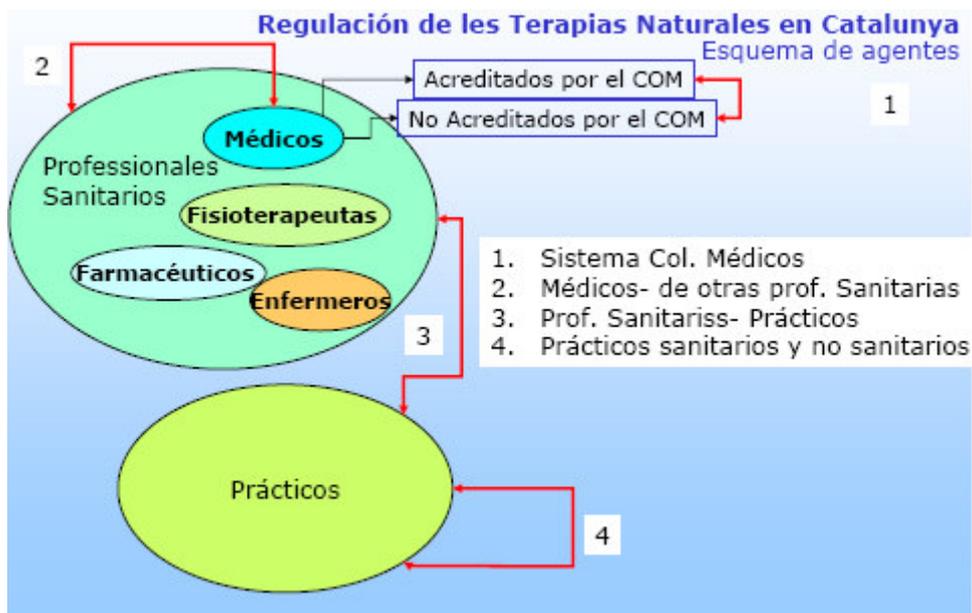


Figura 18. Fuente: Decreto Regulación Terapias Naturales. Generalitat de Catalunya. Marzo 2006

Veamos ahora cuáles son las reacciones de los diferentes estamentos entrevistados frente al conflicto de legitimación *profesionales/prácticos*.

El estamento médico se divide en dos posiciones, que se corresponden a su vez con el enfoque que aplican a su práctica de las TC: por un lado, los médicos de la que hemos denominado “acupuntura contemporánea u occidental” se niegan rotundamente a que otro sanador que no sea médico pueda aplicarla. Están generalmente muy vinculados a los colegios profesionales, y a través de ellos han apelado en contra del Decreto catalán porque según ellos vulnera tres leyes:

(...) Nuestra opinión es que la acupuntura es una técnica sanitaria y que por tanto se debe regular según las leyes sanitarias, y para esto la Generalitat no tiene competencia. La nueva ley lo que dice es que no es sanitaria y la regulan como una FP, lo cual es una barbaridad impresionante. Además no promoverá que se articule y se complemente con la sanidad actual. Creemos que es impugnabile porque como mínimo vulnera tres leyes: La Lops (ley de ordenación de las profesiones sanitarias), que dice cuáles son las profesiones sanitarias; vulnera también el Real decreto de centros sanitarios, que dice que siempre tiene que haber un médico en los centros de terapias naturales, y vulnera la ley del medicamento en cuanto a homeopatía.
(S-19)

(...)decir que la acupuntura es no sanitaria, que es lo que dice este decreto, es una absoluta barbaridad. Y si es sanitaria, no es a la Generalitat a quien compete regularlo, es al Gobierno Central, al ministerio de Educación y al ministerio de Sanidad.

(S-19)

Se acogen a la legislación vigente más restrictiva y toman como modelo a los países que hemos denominado “exclusivistas”:

(...)para evitar desviaciones en la práctica, en el sentido de que lo que más preocupa al legislador belga es, por ejemplo, el tema de la denegación de alternativas de tratamiento consolidado por evidencia científica. Es decir, un acto por omisión gravísimo que suele ocurrir cuando uno no domina la medicina, es precisamente eso, que no se le hagan pruebas complementarias o pruebas de carácter médico que faciliten la resolución del problema. En ese caso se delimitan una serie de penas, como la eliminación de la cédula o autorización de práctica.

(S-16)

Al preguntarles que qué se hace entonces con los prácticos “históricos”, es decir, los que llevan muchos años de práctica, la propuesta gira de nuevo hacia la legitimidad a través de la universidad, dándoles la oportunidad de que estudien en ella (y a la que no se le presupone, además, un interés económico):

(...) pues tendría que pasar por el filtro de la universidad, directamente. Es decir, que se acogieran al sistema como nosotros hemos tenido que hacer, por la universidad. No hay que hacer nada especial. Aquí está claro cuáles son las vías de acceso a las titulaciones. Todo lo que no sea eso es “formación no reglada”, y mantenerse en el nivel de formación no reglada a mí personalmente no me da ninguna confianza. Lo que pasa es que yo se que eso es muchísimo dinero, hay muchos intereses económicos, están mezclados por medio personas que son probablemente de un alto interés docente con personas que solo llevan adelante un negocio . Y eso en la universidad, por ejemplo, no existe. Esa es la diferencia

(S-16)

(...) nuestra propuesta es que de alguna manera se pueda reciclar a los históricos en sanidad, darles algún tipo de., no se, de demora para que puedan estudiar en dos años una diplomatura de enfermería. Alguna cosa, ayudarles a que se reciclen en sanidad los históricos, y no formar más. No formar más gente que no tenga base sanitaria.

(S-19)

(...)Quieres arreglar una situación que tiene una situación previa, que es la que tienes que arreglar para llegar, como si dijéramos, a la situación pura que tú quieres hacer. Entonces tienes que solucionar esa situación previa. Esto es como cuando se hicieron los exámenes de especialistas antes del MIR, o lo que ocurrió al final con los MESTOS, o los cambios de enfermera a ATS, y luego a DUE, y ahora volvemos a enfermera otra vez...tienes que solucionar una cuestión y decir que no. . Tienes que, primero, cerrar todas las escuelas, y decir hasta aquí hemos llegado, este sistema se clausura porque a partir de ahora vamos a empezar otro. Coger toda la gente que está formada, introducirla de alguna manera, y ahí en el medio, hasta que se mueran o se jubilen los

tienes trabajando. ¿con qué fórmula? Porque claro, tienes que seguir lo que dicen las leyes, no te puedes saltar las leyes.

(S-15)

También tendrían que pasar por el filtro de la Universidad occidental los médicos orientales, es decir, los que han estudiado en Facultades de medicina oriental en Universidades chinas, por ejemplo

(...)lo que hay que hacer es aplicarles la misma norma que me aplicaron a mi, que me dijeron que no me valía mi título de allí porque no es equiparable. Así de fácil. Es decir, existe una normativa de equiparación de títulos, y si un médico argentino quiere trabajar en España tiene que hacer la homologación de su título. El problema es que aquí vienen, literalmente lo que le voy a decir porque lo conozco perfectamente el tema, aquí vienen camareros o gente para trabajar en un restaurante chino y a los dos días lo ve poniendo agujas. O ve maestros de artes marciales que montan un gimnasio y en el mismo gimnasio están dando sesiones de acupuntura. En China, la formación en MTC es una carrera de medicina, de 7 años de duración, aunque ahora seguramente va a variar el plan de estudios

(S-16)

Deslegitiman, incluso, (y esto llama poderosamente la atención) a los profesores/maestros con los que ellos mismos aprendieron, por no ser médicos. Esto lo pude constatar con dos de ellos

(...)Estuve trabajando a lado de un japonés cuando estuve en Madrid estudiando medicina, pero no la practiqué hasta después de terminar la carrera de medicina, y prácticamente le enseñé yo más al japonés que él a mi, aunque él es acupuntor.

(S-08)

(...)Entonces buscamos a un acupuntor que nos empezó a enseñar cosas de acupuntura. Era muy malo, pero íbamos una vez a la semana a tener otra visión de la medicina, y aparte cuando terminé medicina seguí estudiando en Francia, en Inglaterra, y aquí en España también. Y ya me dediqué más a esto.

(S-19)

Un argumento que frecuentemente utilizan es el de la responsabilidad civil y penal, ya que la acupuntura no está exenta de riesgos:

(...)Por otro pensamos que la acupuntura es una técnica que no está exenta de efectos secundarios, no exenta de problemas. Los problemas son por la propia función. Ayer en el periódico salía que el director General del Departamento de Salud decía que en la acupuntura sólo se pinchaba tres milímetros, y debe ser ese el fallo, ¿cómo no se ha enterado que se pincha mucho más de tres milímetros excepto en la japonesa, que a veces se pincha muy poco profundo? En algunas escuelas japonesas. Pero a veces se pincha hasta 10 centímetros. Por tanto es muy importante tener una buena técnica de conocimiento acupuntural, etc. Pero lo más importante es hacer un diagnóstico médico

correcto para no retardar un tratamiento que a lo mejor no requiere tratamiento con acupuntura, sino otro tratamiento y además urgente. Por tanto pensamos que la tienen que realizar profesionales sanitarios
(S-19)

La OMS en su documento Directrices sobre capacitación básica y seguridad en acupuntura (2002) tiene una sección dedicada a la seguridad en la práctica de la acupuntura, y señala que “en manos competentes la acupuntura suele ser un procedimiento seguro, con escasas contraindicaciones o complicaciones..no obstante, siempre hay un posible riesgo, aunque ligero, de transmitir infecciones de un paciente a otro (por ejemplo, el VIH o la hepatitis) o de introducir microorganismos patógenos. Por consiguiente, la seguridad en la acupuntura requiere una vigilancia constante y el mantenimiento de normas rigurosas de limpieza, esterilización y técnica aséptica”. Cuando en los años 80 se descubrió el virus del sida y su forma de transmisión a través de agujas contaminadas, se detectó cierta preocupación entre los pacientes por la inserción de agujas, tal y como recuerda uno de los terapeutas más veteranos:

(...)en la época en que surgió el SIDA, a finales de los 80, empezó el bulo de que la acupuntura transmite el SIDA. En ese momento, yo le empecé a dar al paciente sus agujas para que las llevara a casa, porque yo no pongo dos o tres agujas como placebo y nada más. Yo pongo a veces 15 o 20 o 30 agujas, y para que no encarezca el tratamiento se las doy desechables. Entonces yo antes esterilizaba las agujas, cuando estaba en el hospital esterilizaba con gas, y en la consulta con estufa, pero cuando empezó aquello se las empecé a dar a los pacientes por el estrés que había por el tema. Me decían : oiga, ¿las agujas son estériles?. Pues claro que son estériles.
(S-08)

Otros riesgos son aquellos que no se pueden prever o prevenir, pero para los cuales hay que estar preparado: agujas rotas, reacciones desfavorables, dolor o malestar, lesiones inadvertidas de órganos importantes y ciertos riesgos asociados a otras formas de terapia dentro de la acupuntura: electroacupuntura, acupuntura por láser, moxibustión...

Por último, hay riesgos debidos a una capacitación inadecuada del acupuntor, entre los que cabe destacar la selección desacertada de pacientes, errores de técnica e incapacidad para detectar contraindicaciones y complicaciones o para afrontar situaciones de urgencia cuando se precise, o bien los riesgos de omisión de los que hablaba uno de los entrevistados. Las contraindicaciones más importantes son: ciertos puntos de acupuntura en el embarazo, trastornos hemorrágicos, urgencias médicas y afecciones quirúrgicas y tumores malignos (aplicado directamente al tumor, sin embargo, es

adecuado como tratamiento paliativo del dolor o de otros síntomas). Se señalan también las zonas que hay que evitar al pinchar y las precauciones que hay que tomar en la aplicación de agujas cerca de órganos vitales.

Sin embargo, aunque hay algunas publicaciones sobre las complicaciones de la acupuntura¹², la OMS en el documento de Estrategia 2002-05 también señala, refiriéndose a la mala praxis, que las quejas contra quiroprácticos, masajistas y acupunturistas fueron menos frecuentes y por lo general implicaban lesiones menos graves que las quejas efectuadas contra médicos alopáticos. En un estudio literario mundial, solo se identificaron 193 efectos adversos tras un tratamiento de acupuntura (incluyendo efectos relativamente menores tales como dolor y vértigo) durante un periodo de 15 años¹³

Sobre este tema Granero Xiberta (2003 } hace una interesante reflexión: La consideración de que la causa, y también el remedio, de la mayoría de las enfermedades nacen por un desequilibrio interno del paciente, hace que en los sistemas alternativos se centre la atención en el paciente y por tanto se haga una transferencia de responsabilidad a éste. Es lo que él y algunos autores denominan la “*paradoja de la responsabilidad*”, que consiste en que, confiando en la capacidad de autocuración del enfermo, los terapeutas alternativos se presentan como meros “facilitadores” de esta autocuración, al contrario que la medicina alopática, totalmente centrada en el médico, que es quien asume toda la responsabilidad del tratamiento, tanto si acaba con éxito como si fracasa. La paradoja consiste en que en los sistemas alternativos la responsabilidad pasa del médico al enfermo y aquél quedaría “liberado” de responsabilidad si el tratamiento no funciona. Esto podría explicar, en parte, como argumenta Granero, el sorprendente hecho de que haya relativamente pocos informes o quejas sobre fracasos o efectos indeseables de la TC porque no es el sistema el que falla, sino que fallan los enfermos y éstos tampoco les atribuyen las deficiencias: “*no falló la terapia, fallé yo*”

Los médicos de acupuntura contemporánea tampoco creen que estén capacitados otros profesionales sanitarios como enfermeros o fisioterapeutas, salvo que actúen por indicación suya.

¹² Algunos de estos estudios son: Pen, Ly (1986). Complicaciones de la acupuntura. Med clínica, vol87; 10; Jackson, L(1988). Acupuntura: an important treatment option. Nurse practitioner, vol 13; 9: 55-65. Cit en Pardo (1996)

¹³ Studdert DM et al. Medical malpractice implications of alternative medicine. Journal of the American Medical Association (1998); 280: 1569-1575

(...)P: *¿lo abriría también a otros profesionales sanitarios?*

R: *pienso que si están bajo control, bajo vigilancia, y digamos coordinados, si. Es muy complejo y puede que autorizase al enfermero pero siempre por orden médica. Es mi punto de vista, ¿por qué? Es igual que los fisioterapeutas.*

(S-08)

Propugnan, efectivamente, la continuidad en la Universidad del modelo que ellos han conocido de subordinación por parte de la Enfermería o la Fisioterapia. Algunas universidades ofertan un postgrado desde la Facultad de Medicina titulado “Aplicación práctica de las técnicas de acupuntura y Medicina Tradicional china”, dirigido a enfermeros y fisioterapeutas, cuyo objetivo es “adquirir conocimiento práctico sobre las aplicaciones de diferentes técnicas de la Medicina china con vistas a aplicar terapias en pacientes previamente diagnosticados por médicos”

El argumento que ofrecen es porque la acupuntura es invasiva, es decir, hay que pinchar con agujas, pero las enfermeras también pinchan. Ante este comentario responden:

(...) *Entonces lo que es invasivo es lo problemático legalmente.*

P: *pero las enfermeras pinchan*

R: *si, pero tras una indicación, un diagnóstico..por eso digo que no habría problema en que una enfermera aplicara unos puntos que fueran previamente indicados. El problema está ahí en la relación médico-paciente, en los pacientes que tienes que seguir muy de cerca.*

(S-15)

Ante el Decreto de Cataluña son un poco más permisivos como “mal menor”: mejor enfermeros que no sanitarios:

(...) *esa sería la baza que nosotros podríamos abrir, pero no más de eso. Sabemos que en una negociación se tiene que....bueno, en principio nosotros también decíamos que solo médicos, pero somos capaces de hacer una apertura, pero de eso a decir que sea una FP y que no sea sanitario...ya es demasiado para nuestro modo de pensar.*

(S-19)

El Decreto quiere ser impugnado también por los Colegios de farmacéuticos porque consideran que “los preparados naturales y homeopáticos son medicamentos, según consta en la legislación, de manera que, a su entender, sólo pueden ser prescritos por un profesional con capacidades para ello”.¹⁴

¹⁴ <http://www.websalud.com/articulo.html>. Consulta realizada [9-12-2009]. No es el objeto de estudio de esta investigación, pero el campo del naturismo y la homeopatía se encuentran también con el conflicto de

Por otro lado están los médicos más aperturistas, con una filosofía más oriental. Éstos son más tolerantes con los “prácticos”, y no consideran que sea imprescindible ser médico. Piensan que tiene que ser alguien preparado, y por tanto insisten en la acreditación. Incluso reconocen en sus colegas razones de tipo corporativo:

(...)Este tipo de técnica entiendo que aquél que esté preparado y sepa hacerlo, lo pueda hacer, con un mínimo de garantía. ¿quién te da esa garantía? Eso es lo que creo que hay que profundizar en las CCAA, y en ese sentido creo que Cataluña está mejor. ¿Qué hace falta ser médico? para mi no. Estoy con compañeros y compañeras que no tienen nada que ver, y hacen cosas igual o mejor que yo, por tanto no es un requisito tener una titulación sanitaria. Sí unos conocimientos previos, que eso se debe garantizar a la hora de obtener la titulación correspondiente. Y la acreditación por parte de la administración, pero no que sea un requisito. Para mi eso es una forma de acotar un campo profesional interesado. (S-05)

(...) las cosas hay que analizarlas desde el punto de vista de los intereses. Si se abre a otros profesionales de la MTC y la acupuntura, el reparto de la tarta será menor. (S-17)

(...)Yo me niego en absoluto a sectorizar la salud. La salud no depende de los médicos, por Dios. No depende gracias a Dios. La salud de un pueblo depende de su cultura, de la potabilización de las aguas, del tratamiento de las basuras, de la higiene sexual...de muchas cosas, pero no de la medicina. La medicina se ocupa de una parte muy pequeña.....¿es que vamos a prohibirle a una madre que le de friegas a su hijo en la espalda porque no es médico?¿o le vamos a prohibir a una madre que le ponga al niño un supositorio de glicerina porque va estreñido?ese es un acto médico. Si nos ponemos muy estrictos todo es un acto médico. (S-11)

Sugerencia de la OMS respecto a la Formación/capacitación en acupuntura

En el Documento “Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura” {2002}, la OMS aconseja diferenciar cuatro niveles de capacitación en acupuntura en función del punto de partida del terapeuta:

- Capacitación completa para las personas con una formación o experiencia médica anterior escasa o nula que desean calificarse como profesionales de la

intrusismo, en este caso con el colectivo de farmacéuticos. Muy disconforme también con la regulación presentada por el Departamento de Salud catalán se ha mostrado la presidenta de la Sección de Homeopatía del Colegio de Médicos de Barcelona (COMB), que incluso tiene previsto hacer una impugnación del mismo. A su juicio, aparte de dar lugar a intrusismo, porque "permite que cualquiera pueda tratar enfermedades que pueden ser graves", facilita que un **profesional no médico** prescriba medicamentos, en coincidencia con la argumentación de la presidenta del colegio de farmacéuticos de Barcelona.

acupuntura reconocidos, con licencia para trabajar de manera independiente, sujetos a las limitaciones impuestas por el Ministerio de Sanidad

- Capacitación completa de médicos de medicina occidental moderna cualificados en acupuntura
- Capacitación de médicos cualificados (y algunos otros graduados médicos) de facultades de medicina occidental moderna que desean incluir la acupuntura como técnica en su labor clínica
- Capacitación limitada de otro personal de salud (medicina occidental moderna) que trabaja en el sistema de Atención Primaria de su país

Capacitación básica en acupuntura

Categoría de personal	Nivel de capacitación	Acupuntura (ACU)			Medicina occidental moderna (MED)	Examen oficial	Certificado
		Programa de estudio esencial					
		Teoría Clínica Práctica supervisada			Teoría Clínica	+	
Profesionales de la acupuntura (no médicos)	Curso de capacitación completo	1000 horas	500 horas	500 horas	500 horas	ACU +ACU MED ¹	
Médicos calificados	Curso de capacitación completo	1000 horas	500 horas	500 horas	500 horas	ACU	
Médicos calificados	Capacitación limitada en ACU como técnica para su labor clínica	No menos de 200 horas					ACU
Otro personal de salud	Capacitación limitada en ACU para su utilización en la atención primaria de salud	Varía en función de la aplicación prevista					ACU

¹

Examen de Estado en acupuntura y medicina occidental moderna (al nivel adecuado).
Tabla 13. Fuente: OMS. Directrices sobre capacitación básica y seguridad en acupuntura(2002:6)

Respecto al shiatsu, los médicos no han tenido interés, pero en España ha surgido el conflicto con los Colegios de Fisioterapeutas, tal como comenta uno de los sanadores, que también es fisioterapeuta

(...) en los colegios de fisioterapeutas, ahora están más parados, pero tienen una guerra total contra el intruso: quiromasajistas, gente que practique shiatsu tenga o no título sanitario...a mi esa guerra no me gusta. Yo te puedo decir que desde el punto de vista personal yo no me trato con ningún fisioterapeuta y sin embargo sí voy a tratarme al centro donde se hace el curso con un matrimonio de quiromasajistas que trabajan allí, y si yo fuera como muchos de mis compañeros de legalistas...es que les cerraba el centro (risas).

(S-07)

(...)nosotros tuvimos fue la oposición frontal del Colegio de Fisioterapeutas de Andalucía, que dijeron que cómo nos permitíamos hacer por la universidad Pablo de Olavide matricular un curso sobre masaje tradicional chino, porque los únicos (énfasis) a nivel del estado español autorizados legalmente para poner las manos encima de un paciente son ellos

(S-16)

Los fisioterapeutas discrepan también del proyecto de decreto catalán. El decano del Colegio de Fisioterapeutas de Cataluña afirma que el proyecto supone un "riesgo para el ciudadano" ya que, en su opinión, regulará a personas formadas "fuera del sistema educativo oficial" que ofrecen estos tratamientos. Además, lamentó que el decreto incluya como tratamiento natural las terapias manuales, que son "una competencia profesional propia de los fisioterapeutas".¹⁵ Recientemente han empezado una serie de movilizaciones que incluyen huelgas de estudiantes universitarios de fisioterapia¹⁶

¹⁵ www.ElPais.es . [Consulta 9-12-2006]

¹⁶ www.abc.es [Consulta 23-feb-2007]

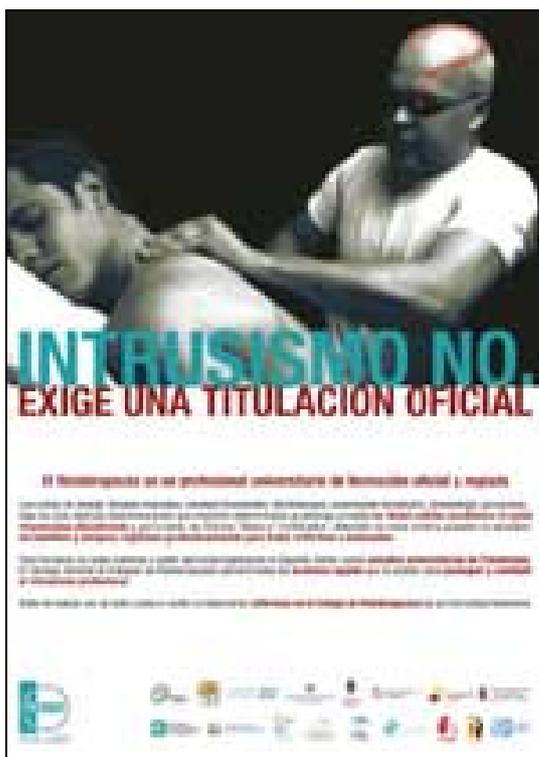


Foto 6: Cartel distribuido por el Colegio de fisioterapeutas de Cataluña en respuesta al proyecto de Decreto de Regulación de las Terapias Naturales de Cataluña

En líneas generales, los profesionales sanitarios más abiertos a todos los tipos de terapeutas y con menos conflictos son los enfermeros, que intentan hacerse un hueco pero no les importa que haya otros, probablemente porque tradicionalmente han tenido un sentimiento poco corporativista:

(...)estos estudios siempre se han reglado de una forma “no reglada”, quiero decir que ha estado al alcance de la gente que le ha interesado. Es un poco la pescadilla que se muerde la cola. Llegará un momento en que esto se regule y se potencie, pero a esa gente que lleva diez años trabajando no le puedes decir que no ahora. Tiene que haber un punto de inflexión que diga: señores, a partir de ahora va a estar reglado y homologado, como tiene que ser. Perfectamente se puede compaginar
(S-01. Enfermero)

Aún así han apelado, pero no tan estrictamente. El Colegio de Enfermería de Barcelona opina de esta manera: “Las enfermeras y los enfermeros expertos en terapias naturales que han trabajado en casi dos años y que **habían dado todo el apoyo al Departamento de Salud con respecto a la regulación de estas prácticas y al mejorar el proyecto de decreto**, se han encontrado que su esfuerzo no ha servido para nada más que por la

regulación del personal no sanitario (los denominados prácticos)".¹⁷

Enfermería quiere encontrar el hueco, y ya hemos dicho cómo en las Escuelas de Enfermería se empieza a estudiar, y no así en las de Medicina, pero su problema es que no se ha decantado por ninguna terapia en particular, como la medicina por la acupuntura o la fisioterapia por el masaje.

¿Y cuál es la postura de los “prácticos”? Los terapeutas “no sanitarios” o no universitarios defienden que lo que hacen tiene entidad por sí mismo y no necesita apoyarse en otra titulación. La mayoría de los entrevistados están concienciados de que tienen que formarse bien, sobre todo en áreas de medicina occidental como la anatomía, y defienden que no quieren meterse en otro campo... pero sobre todo he detectado que están orgullosos de lo que son

(...)Eso siempre teniendo en cuenta algo muy importante: no somos médicos, no somos enfermeros, no somos fisioterapeutas. Yo jamás me meto en el terreno de otras personas, porque no me interesa.

(S-10)

(...) nosotros defendíamos un modelo no sanitario. Hay muchas cosas que no nos hacen falta ¿sabes? Que no estamos tan acomplejados. Es decir, que no precisamos de la tutela de ningún médico ni de nadie, que no necesitamos ser sanitarios.

(S-10)

(...) nosotros pensamos que el shiatsu es algo muy valioso, que necesita una especialidad, una atención, del estilo que sea, pero tiene un peso por sí solo. Si tú haces un buen shiatsu con una buena preparación, no hace falta poner agujas, no hace falta ser naturópata, no hace falta otra cosa...no quiero dos profesiones.

... Pero puede haber otra persona que diga: mira, a mi me gusta tocar, me han dicho siempre que tengo habilidad con las manos, lo mismo me voy a vivir a un pueblo, o no, o quiero el shiatsu por una evolución mía y practicarlo con los más cercanos, ¿por qué no tiene derecho esta persona a hacer una formación?

(S-20)

A esta última persona en concreto le falta una asignatura para terminar la carrera de Psicología, pero no la termina porque “no le interesa”, aunque ello le proporcionaría de alguna manera un paraguas legitimador. Ello les supone, sin embargo, que se encuentran minusvalorados en ocasiones por esa falta de legitimidad

¹⁷ Fuente www.coib.org

(...) A mí lo que me llama la atención de los médicos acupuntores es con quién han aprendido ellos acupuntura. No la han aprendido con médicos. Es lo mismo que yo tengo entre mis alumnos fisioterapeutas e incluso médicos y que ellos el día de mañana me dijeran que yo no estoy preparado para ello. Me parece un tema de corporativismo, es mi opinión, pero por otra parte están los que dicen que los médicos no tienen por qué pinchar. Me parece absurdo. Si un señor, aunque sea médico, ha estudiado acupuntura, me parece que tiene derecho a hacer acupuntura. Me parece que no se deben cerrar las puertas
(S-10)

Llegan, incluso, a considerar el tema del intrusismo pero *en sentido opuesto*, es decir, el que comete intrusismo es el profesional sanitario con una carrera universitaria que cree que por ser universitario está legitimado para la práctica de otras TC aunque su preparación en ella haya sido escasa:

(...) Ahí está mi miedo, que los fisioterapeutas muchas veces vienen a los cursos de shiatsu, y vienen uno de cada dos fines de semana, porque como “ya son fisios”, y hacen las prácticas, con sus clientes de fisioterapia meten diez minutos de shiatsu al final y le llaman práctica. Y en Madrid hemos empezado a decir no, si no asistes a un 80% de las clases no pasas de curso. Las prácticas se estipulan en función del tiempo que estás con el paciente. No se estipula una práctica de fisio como de shiatsu, no se acepta algo que empieza en quiromasaje o reflexología podal y termina en shiatsu. Si vamos a darles un diploma al final del curso, que sepamos que por lo menos han hecho las prácticas.
(S-06)

Lo que más valoran, por tanto, del Decreto de Cataluña es, por un lado, su reconocimiento como profesión, aunque ello les suponga tener que hacer algún tipo de examen o control y necesiten más horas de formación. Esto es así especialmente en el caso del shiatsu, que ha sido incluido en el grupo de Terapias Manuales , y dentro de éste hay dos subgrupos: el grupo denominado “de base”, que es práctico, en el que está el quiromasaje, la reflexología podal, la grafoterapia y la kinesiología. Y después hay otro grupo que son el de terapeutas, que es el “grupo avanzado”, donde se incluye la osteopatía, la kinesiología avanzada y el shiatsu. Por tanto, está dentro del grupo de terapias avanzadas manuales, pero a diferencia de las demás, se considera **conceptual**, que quiere decir que tiene filosofía.

(...)La Generalitat dice que EXISTE la profesión de shiatsu.. Antiguamente la palabra shiatsu, osteopatía o acupuntura la gente la conocía, pero oficialmente no existía
(S-09)

La contradicción estriba en que no están reconocidos, como argumentan los médicos, en la “Ley de Ordenación de las Profesiones sanitarias” (Ministerio de Sanidad)

6.2.4 Cómo se ha desarrollado el Proyecto de Decreto de regulación de las medicinas naturales (Consejería de Salud y Bienestar Social. Generalitat de Cataluña, 2006). Análisis del proceso.

Hemos empezado a comentar probablemente la que es la principal característica de este Decreto, que es el hecho de incluir a los “prácticos”, pero dado que es el único documento existente en España parece pertinente profundizar en él y, lo que es también importante desde el punto de vista de la Socio-Antropología, analizar los diferentes discursos de las personas que han participado en el proceso. Durante la investigación me desplazé a Barcelona y pude hablar con tres de las más directamente envueltas, ya que formaron parte del Comité de Expertos llamados por el Instituto de la Salud, organismo dependiente de la Generalitat y encargado de la elaboración y seguimiento del proyecto:

- un experto en shiatsu, que ha sido además la persona encargada de elaborar el informe para la evaluación de la competencia del profesional específico de esta terapia
- otro experto en Medicina Tradicional china (acupuntura) y que forma parte del proyecto piloto de integración del Hospital de Mataró (del que hablaremos más adelante) y
- la Presidenta de la sección de médicos acupuntores del Colegio de Médicos de Barcelona.

Los dos primeros son “prácticos”, y la última es uno de los profesionales que va a impugnar el Decreto por considerar que vulnera distintas leyes y que, obviamente, está en contra de la inclusión de dichos “prácticos”.

Hay que tener en cuenta, sin embargo que, al no tener un carácter definitivo, es susceptible de ser modificado por distintas alegaciones de diferentes grupos. Había gran expectación en muchos sectores por este Decreto y supone la plasmación de los anhelos de muchos grupos (hay más de 120 TC reconocidas) , por lo que el diálogo está siendo complicado. Ha causado bastante controversia entre los profesionales universitarios, que

acusan a los no universitarios de intrusismo. El grupo de trabajo de la Generalitat de Cataluña se constituyó hace varios años, por lo que el paso del tiempo aumentó las expectativas.

Además de la estructuración de algunas de las terapias naturales en 4 grupos, el Decreto **regula los siguientes ámbitos.**

1. Requisitos estructurales, de equipamiento y de actividad que deben cumplir los centros de terapias naturales para su autorización y registro. Los centros sanitarios de terapias naturales están sujetos al trámite de autorización previa al inicio de la actividad. Se entiende por centro de práctica de terapias naturales “el conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el cual una o varias personas que no ostenten una licenciatura o una diplomatura sanitaria ejerce una o más de una de las terapias naturales definidas en este artículo”

2. Requisitos de acreditación del personal para la aplicación de las terapias naturales:
“La acreditación significa el reconocimiento de que disponen de los conocimientos y las habilidades previstas para cada una de las terapias objeto de regulación, en los programas de formación de las guías de evaluación de las competencias aprobadas por el Departament de Salut junto con el comité de expertos. Será requisito indispensable la demostración mediante evaluación, de estar en posesión de un umbral de competencias mínimas para poder disponer de la acreditación necesaria”.

La autorización de los centros de práctica de terapias naturales tiene una vigencia de 5 años, renovable por períodos de tiempo iguales.

3. La formación y la evaluación de las competencias de este personal
“Corresponde al Instituto de Estudios de la Salud (organismo dependiente de la Consejería de Sanidad) elaborar, para cada una de las terapias naturales objeto de este Decreto, la correspondiente guía de evaluación de las competencias”. Estas guías incluyen el único programa reconocido por el Departamento de Salud a los efectos de contenidos formativos y de evaluación. Están compuestas por un Bloque común con contenidos de materias de salud imprescindibles para conocer los límites de actuación y comunes a todas las terapias (es de resaltar que en este bloque se ha incluido un

apartado de Antropología de la Salud) y un Bloque específico con los contenidos específicos que se han decidido entre todos los expertos.

Tradicionalmente el número de horas de estudio que cada centro exige a sus alumnos ha sido muy variable. Hubo un intento entre las Escuelas de shiatsu de Madrid de hacer un programa único, pero no fue posible según me comentó uno de los Directores de centro:

(...)hubo un intento de hacer un programa y a mí me eligieron por un grupo de expertos para prepararlo. Un programa de 1800 horas que por algún lado andará
(S-10)

En el Decreto no se habla de horas porque es uno de los puntos de fricción entre las diferentes escuelas de shiatsu por un lado, los “históricos” por otro, y por último el Instituto de la Salud. Esto lo explicaba una de las expertas que elaboró el informe:

(...): no puedo hablar del número de horas. Pero lo que no estoy contenta ni yo ni los del grupo es tenernos de alguna forma que tragar el número de horas que ha puesto el Instituto de la Salud para ser terapeuta avanzado. Pero es como todas las cosas...si no nos hubiera puesto...no se si hay un juego o algo de fondo..no se. Si el Instituto de la Salud, según ellos, y yo me lo quiero creer, dice que ha puesto este número de horas para que así el ciudadano esté seguro, con unas asignaturas con patología y cosas que a nosotros no nos interesan pero las tenemos que hacer, esto llegaría al shiatsu a ser como una diplomatura o una licenciatura, pero nosotros no queremos esto, porque aquí sí que fastidiaríamos realmente a mucha gente que ya está trabajando
(S-20)

Las pruebas de evaluación se deben realizar en los centros de formación autorizados. Se incluye una vía especial para regularizar a las personas que en el momento de la entrada en vigor del Decreto estén ejerciendo profesionalmente una o más de una de las terapias naturales a que hace referencia el decreto (los denominados “históricos”). Para obtener la acreditación se deberá acreditar:

- La experiencia profesional,
- Una formación específica,
- Su competencia superando una evaluación teórica y práctica.

4. Los requisitos de autorización de los centros de formación en terapias naturales y de acreditación del personal formador de estos centros. Este apartado está todavía sin desarrollar

5. El régimen de control y sancionador en el ámbito de las terapias naturales.

Discrepancias políticas Gobierno Central/Gobierno autonómico

Como hemos comentado, la regulación a través de la Consejería de Sanidad autonómica provoca diferentes puntos de vista: los “prácticos” consideran que es mejor porque no les obliga a unos estudios universitarios, pero crea la duda de si posteriormente el Ministerio de Educación, que es el organismo que expide los títulos, estará de acuerdo con el proyecto. Uno de los expertos de shiatsu comenta:

(...)si Educación mete baza, entonces sí que será o a través de universidad, o que la persona necesite Bachillerato, Cou, Selectividad...aquí nos cambia mucho el sector. Sí que aquí hemos tenido fisios, médicos...pero hay gente que a lo mejor tiene buenas manos, y que a lo mejor quiere hacer un cambio de vida y vivir de esto. Y a lo mejor tiene el bachillerato, pero no el COU o la Selectividad. En mi caso yo sí que tengo el Bachillerato y la Selectividad, pero hay un sector muy grande que a lo mejor no lo tiene y son buenos. ¿entonces cómo puedes fastidiar a esta gente?no puedes. La diferencia es aquí en que pensamos que es mejor que esté en manos del Instituto de la Salud en vez de la Administración central...

...según el Instituto de la Salud, ellos tienen competencia y suficientemente capacidad para regular. No dicen nada, no hablan de diplomatura ni licenciatura, solo dicen que está reconocido. Yo te lo reconozco, y tengo suficiente competencia sin tener que pasar por la Administración. Si después queremos pasar por la Administración para que a más también la Administración lo reconozca, entonces como hay un trabajo hecho, no pueden decir que no

(S-20)

Para los que están en contra del proyecto, no tiene sentido

(...)G: nosotros fuimos a hablar al ministerio y nos dijeron que no sabían si la acupuntura era sanitaria o no. Entonces, si es sanitaria, dependería de ellos, pero sino no, pero, claro, ¿dónde encuadramos la acupuntura?, ¿en jardinería?, ¿sabes? es una barbaridad,

(S-19)

(...) la comunidad autónoma no puede emitir títulos, es el Ministerio de Educación. Solamente puede emitir títulos pero de formación no reglada Academia de la “srta.Pepis”.Pero las que son universitarias, esas son todas por el Ministerio. ..eso va a Madrid, y el ministro o la ministra del ramo es el que los firma, no los firma nadie de aquí de la Comunidad autónoma ... pues eso fue lo que yo le pregunté al señor éste del Ministerio, y me dijo: pues tiene usted razón, pero ya veremos. ¿Cómo que ya veremos? ...de nada sirve entonces que saquen la regulación si no hay acuerdo en el ministerio. Pues así está el tema (risas) fíjate cómo está de claro. Es de locos. Probablemente creo que no lo van a sacar, pero si lo sacasen, fíjate, va a haber tantos problemas, que van a tener que dar marcha atrás.

(S-16)

6.2.5. Asociacionismo. Estructura y papel de las asociaciones

“El concepto de Organización social designa la acción real entre personas y explica cómo funciona el esqueleto de la estructura social cuando los individuos ocupan sus posiciones” (Cynthia A. Cone)

Si, tal y como comentaba Cone {1979}, cada ser humano es parte de un tejido de relaciones interpersonales, y éstas pueden ser categorizadas de acuerdo con los tipos de organizaciones, el análisis de las Asociaciones relacionadas con la Medicina oriental/TC nos va a proporcionar claves para conocer el funcionamiento de una parte de la sociedad a través de los modelos de conducta recíproca entre individuos y entre grupos.

Son muchos los autores que reflexionan sobre la organización y estructura social de las sociedades, así como sobre los tipos de agrupamiento. Bock (1985) define el concepto de Grupo Social como un grupo de personas asociadas con un plan de “acción colectiva”. Cuanto más desarrollada es una sociedad y las dedicaciones y empresas de sus miembros se diversifican, mayor número de grupos aparecen. En contraposición, sociedades cuyo desarrollo social, económico y político es escaso presentan pocos grupos organizados. Los grupos realizan una gran variedad de propósitos, entre ellos la función para una misión específica (inclinación natural del grupo a la consecución de objetivos precisos en su entorno) o una función expresiva (orientación del grupo hacia las necesidades psicológicas de sus miembros). En los grupos que nos ocupan, ambas funciones se dan, puesto que son un grupo de personas con una filosofía o forma de ver la vida, agrupadas según una categoría, por ejemplo ser profesional de shiatsu en España, y por otro lado tienen como objetivo la presión para la modificación de una situación, en este caso el reconocimiento y regularización de las TC o la difusión de la investigación.

El grupo también puede ser definido como “un agregado de individuos que mantienen relaciones regulares y relativamente permanentes, esto es, que se comportan entre sí y con los individuos ajenos al grupo de una manera determinada, específica, previsible y esperada, y que conllevan una serie de derechos y obligaciones de que están investidos” {Nadel S.F, 1974}. Cuando el grupo está basado en un criterio de interés común y no en el factor residencia o parentesco, por ejemplo, se denomina “Asociación o Grupo de iguales” (Herskovits M.J. 1981: 335)

Para el análisis de cualquier Asociación o Grupos social es necesario distinguir entre lo que Nadel S.F (1974) denomina “orden externo” y “orden interno”. El orden externo vendría determinado por el nivel de representación social, la relación con otros grupos e instituciones, vigencia y representatividad en la comunidad, mientras que el orden interno hablaría de la posición social o estatus de los diferentes miembros del grupo, la escala de valores, el liderazgo o el poder.

Son muchas las Asociaciones relacionadas con las TC, por lo que mi análisis no se va a referir a ninguna de ellas en particular sino las a líneas generales que marcan las relaciones de orden interno y externo de las mismas. Estas últimas pueden investigarse en la actualidad fácilmente a través de las páginas web de todas ellas, herramienta de comunicación imprescindible en nuestros días. La comunicación puede ser hacia el exterior, mediante el ideario expresado en ellas, o bien interno e interactivo mediante foros de discusión, etc... entre los miembros de grupo. Las relaciones de orden interno se obtienen a través del análisis de los discursos de sus miembros por medio de las entrevistas semiestructuradas realizadas, algunas de las cuales fueron a miembros que ostentan cargos jerárquicos dentro de las Asociaciones y otras a miembros de base.

Como primera característica general, todo este tipo de terapeutas son bastante asociativos en el mundo occidental, especialmente a raíz del boom de Internet, que facilita mucho la comunicación. Son pocos los que se mantienen sin contacto con otros, ya que valoran como muy necesaria la presión que pueden realizar para defender unos intereses no reconocidos.

.(...) Es importante porque agrupa a una gran cantidad de terapeutas, y a la hora de exigir o pedir cosas a la Administración es importante que exista para defender los intereses de esta profesión. No solo de esta profesión, sino también del usuario de esta profesión, que es lo más importante.

(S-18)

Los objetivos que se marcan casi todas las Asociaciones además de presionar para la regulación son:

- Reconocimiento de títulos. Esta estrategia se utiliza de manera internacional, reconociendo títulos a través de países “tolerantes” como Inglaterra o Alemania
- Información de las noticias que se van sucediendo
- Formación continuada

- Registro o Listado de profesionales. Quedan así “legitimados”, y de alguna manera el usuario tiene referencias al ser un miembro de un grupo profesional (ya que no hay legitimación de otro tipo)
- Investigación. Muchas Asociaciones tienen una revista (virtual o impresa) donde se recogen artículos de investigación, opinión, etc
- Foros de opinión

Una segunda característica es, no solo la agrupación en razón de una terapia en sí, sino por afinidades ideológicas. Así, por ejemplo, encontramos la “sociedades de médicos acupuntores”, de corte “contemporáneo” y asociadas a su vez por regla general a los colegios profesionales o las “sociedades de médicos naturistas” o “sociedades de enfermeros naturistas”. Los colegios profesionales suelen atender a sus intereses corporativos, sobre todo para evitar confusiones e intrusismo {Gol-Freixa, 2003 }.

(...)nosotros estamos en la asociación de médicos acupuntores. El colegio de médicos nos está apoyando, seguramente nos apoyará en la impugnación de este decreto.
(S-19)

(...)La que yo presido hace más tiempo, la asociación científica de médicos acupuntores de Sevilla, sí que ha generado un montón de efectos importantes. De hecho, formar médicos especialistas en acupuntura a través del colegio de médicos en toda la comunidad autónoma andaluza y forzar a que el sistema se llenara de médicos que voluntariamente han estado aplicándola, y que hayan creado unidades tanto a nivel de primaria como en hospitales.
(S-16)

Cada Escuela tiene tendencia a desarrollar su propia Asociación con sus ex – alumnos, quedando claro de esta manera la línea de trabajo de cada uno: por ejemplo, la Asociación de shiatsu-practor engloba a los terapeutas que han aprendido en la Escuela Namikoshi y que, por tanto, participan de esa filosofía, los de la Escuela de MTC la suya... Este sentimiento de adhesión es fundamental para dar *coherencia* al grupo, ya que “sin coherencia no tendríamos más que multitudes de individuos” {Nadel S.F, 1974}.

(...). Espíritu significa que voy a otros países de Europa, como Italia, y me respetan, quieren aprender cosas, por eso yo enseño. Ahora en Japón también doy algunas cosas. Pero aquí las otras Asociaciones y Escuelas quieren inventar su técnica.
(S-09)

Efectivamente, los intentos de hacer agrupaciones más grandes con diferentes

asociaciones con la intención de hacer más fuerza política frente a las Administraciones para la regularización, ha dado como resultado luchas internas de poder y ausencia de sentimiento de representatividad, es decir, menor cohesión, que dan lugar a situaciones conflictivas como la siguiente:

(...)yo lo estoy pasando mal porque lo que se mueven son antiguos problemas e historias, juegos de poder. ..yo estoy a punto de retirarme y todo porque se mueven, pero se mueven con sus opiniones. ..yo en una reunión dije que no quería poner el nombre de mi asociación en esto, y se juntaron 4 ó 5 conmigo, de los 9 que estábamos reunidos, de los supuestos 25 asociaciones que están metidos. Las reuniones están resultando poco asistidas... cambiaron el nombre porque realmente estaban peleados, se pelearon el antiguo director y el nuevo. Lo llevaron a juicio...

...Y así estamos, porque si no es movida conmigo es con otro. Y tenemos que mostrar a todo el mundo lo unidos que estamos.

(S-06)

Sí que dan mejor resultado las uniones de Asociaciones a nivel internacional, porque continúan teniendo el mismo ideario. En el mundo globalizado actual son muy frecuentes las Asociaciones europeas o mundiales que son filiales de la misma Escuela y que proporcionan muchas veces, como hemos dicho, la ventaja de la legitimación a través de otro país.

(...) el centro de medicina china tradicional no está en ninguna parte. Van por libre, ellos trabajan con el reconocimiento de China...de osteopatía están lo que están regulados por Francia, los que están por Inglaterra y son una carrera de cinco años, pero también van por su aire. A esos no les interesa. Los osteópatas que están trabajando son mediante Asociación cultural, porque la asociación cultural es una manera de trabajar sin pagar un exceso de impuestos. (S-06)

Por otro lado, en las Asociaciones internacionales parece que existe un mayor compromiso de aceptación de las diferencias en aras de la consecución de objetivos. Se reúnen menos veces, casi todos los contactos son a través de Internet, y una o dos veces al año se reúnen en macro-congresos. Esa sensación de lejanía es la que da una disposición más duradera, y la *duración* se considera el otro atributo necesario para la supervivencia de las Asociaciones según Nadel. Es decir, los problemas mayores se tienen muchas veces con el entorno más cercano

(...)En la Federación europea lo que me gusta es esto, que es como una familia grande y cada uno tiene diferentes roles, y todos se respetan. Entender que hay diferentes estilos es una manera de enriquecerte, es una manera de progresar, no solo en el shiatsu sino en la vida, como persona. Es una manera de ver no solo tu jardín, sino que existen otros jardines, otras plantas, y que en un momento dado te pueden enseñar

muchas cosas.
(S-20)

Los problemas que se pueden derivar de las relaciones entre los grupos, tanto de orden interno como de orden externo los desarrollaré en el apartado dedicado a “conflictos”

CAPÍTULO 7:

Visión sobre la integración de modelos de salud en España. Perspectiva de sanadores y usuarios

7.1. Formas de integración y mecanismos de articulación de la medicina oriental/TC en España

7.1.1. Formas integradas en centros sanitarios.

- El modelo de Cataluña
- El modelo de Andalucía
- Experiencias puntuales

a) Aplicación de terapia de shiatsu a niños ingresados en las Unidades de Hemodiálisis infantil y Cuidados intensivos infantil del Hospital La Paz (Madrid). Voluntariado.

b) El proyecto de investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia

c) Terapia Ocupacional y shiatsu

7.1.2. Formas integradas en centros no sanitarios

- Concepto de balneario o “spa”
- Otras propuestas

7.1.3. Formas no integradas o paralelas:

7.1.4. Diversas fórmulas “posibles”

7.2 Opinión de los usuarios respecto a la integración

7.3 Recursos/costo que supone la integración

- Prestaciones y financiación
- El incremento del gasto sanitario
- El desequilibrio entre la oferta y la demanda entre el sistema público y las TC
- La solución: evaluación coste-efectividad para la distribución de los recursos
- La posición de los seguros privados

7.4 Conflictos derivados de la integración

- a) Resistencia al cambio
- b) Conflictos de orden interno: Recelos entre iguales
- c) Conflictos de orden externo:
 - Sanitarios frente a no sanitarios/ Intrusismo
 - Escepticismo
 - Barrera cultural

7.5 Percepción sobre la evolución

7.1. Formas de integración y mecanismos de articulación de la medicina oriental/TC en España

En España hay algunas experiencias de integración, pero a través de diferentes fórmulas. En mi investigación me he desplazado a estos lugares y entrevistado a sus protagonistas, tanto sanadores como usuarios. En este apartado desarrollaré cuáles son esos modelos y cuáles han sido sus mecanismos de introducción

Como comentábamos anteriormente, las terapias orientales se perciben a menudo como un complemento “antiestrés”, y saltan de los centros estrictamente sanitarios para introducirse en gimnasios o en centros de belleza (especialmente con el shiatsu). Vamos a diferenciar en primer lugar, por tanto, entre la aplicación de tratamientos en centros sanitarios y no sanitarios.

7.1.1. Formas integradas en centros sanitarios.

En España las Terapias complementarias no están incluidas en líneas generales entre la oferta del Sistema Nacional de Salud. Como hemos visto, solo hay dos comunidades autónomas –Cataluña y Andalucía- que lo contemplan formalmente, aunque desde una manera parcial y con dos modelos o enfoques diferentes, y además existen situaciones de oferta integrada pero con un carácter “puntual”. Estudiaremos primero los modelos catalán y andaluz como los únicos desarrollados más formalmente desde las administraciones, y a continuación distintos ejemplos de las experiencias que hemos denominado “puntuales”. Finalmente destacaré las diversas fórmulas que los entrevistados sugieren como idóneas en el hipotético caso de que tuvieran en sus manos la posibilidad de decidir

- El modelo de Cataluña

Ya hemos visto cómo Cataluña ha sido la única Comunidad autónoma que ha realizado un Decreto de regulación de las Terapias Naturales. Pues bien, la última parte de ese Decreto se refiere a la puesta en marcha de un **proyecto piloto de integración de las TC dentro del sistema público de salud: la Unidad de Terapias Naturales del Hospital de Mataró.**



Foto 7: Publicidad de la unidad de Medicina Natural. Hospital de Mataró

En esta unidad se proporcionan 4 tipos de terapias: Homeopatía, Osteopatía, Acupuntura y Reflexoterapia.

Los profesionales que las imparten son de tres tipos, “todos con la correspondiente acreditación de formación en terapias naturales”, según consta en el Decreto: médicos, otros profesionales sanitarios (enfermeros...) y “prácticos”

Desde el año 2001 y como proyecto pionero en España, en el Hospital de Mataró, se puso en marcha un servicio de medicina no convencional. En un principio se contempló como oferta privada y por ello está ubicada dentro de una Fundación privada. Esta Fundación privada, sin ánimo de lucro, se desarrolló por el interés de varias personas: la Directora de enfermería, muy sensibilizada con el tema, y otras personas de la Fundación, así como la jefe de oncología del hospital, que es homeópata. Después hubo un cambio de gobierno que favoreció el inicio del proyecto de una unidad integrada. Los mismos profesionales de la Fundación lo pusieron en marcha, y la Consejería de Sanidad es la que pone el dinero y la infraestructura para los proyectos. Estos son tres: uno sobre alivio del paciente oncológico, otro sobre dolor de espalda y otro sobre Salud Laboral (este último lo lidera el médico de empresa del hospital. De los trabajadores del hospital se delimita cuáles son los trabajadores con más riesgo de padecer trastornos músculo-esqueléticos y se hace un programa preventivo con taichi y acupuntura. La idea del programa es ver si se han reducido los costes de ingresos, medicamentos, etc., así como valorar los niveles de satisfacción). Durará tres años: empezó en septiembre

del 2006, hasta septiembre del 2009.

Los pacientes corresponden al área básica de salud de Mataró, aunque tienen demanda de pacientes de fuera de la misma. Esta demanda es muy amplia.¹ Son derivados por el médico de Atención Primaria que ve que está incluido en los criterios.

(...) aquí en el hospital nos vienen los pacientes derivados de los médicos de 4 centros de Atención Primaria. Son los que hacen el filtro. Por ejemplo ahora en el programa de investigación que se está haciendo la colaboración es ésta con Atención Primaria (S-18)

La percepción que tienen los sanadores y responsables es que por ahora está dando buenos resultados. Se está realizando un Ensayo clínico sobre los resultados que se van obteniendo, especialmente en el programa de oncología.

Hay también algunos hospitales catalanes (Hospital Clínico de Barcelona, Clínica Dexeus, Sagrado Corazón...) donde, fundamentalmente a través de las unidades de dolor, se puede hacer una consulta y se aplica acupuntura. En este caso son los médicos los que están habilitados para ello, lo cual se acerca al modelo que se da en Andalucía.

- El modelo de Andalucía

El modelo de integración andaluz es completamente diferente. Como dice uno de los terapeutas, “no es un modelo comparable porque han nacido de cosas distintas”(S-18). No está normalizado por un Decreto como Cataluña pero tampoco se puede considerar puntual, puesto que se está extendiendo y abarca varios hospitales y 30 Centros de Salud

En Andalucía ha tenido más fuerza y preponderancia el estamento médico, que ha logrado la introducción parcial de la Medicina oriental (referida a la terapia de acupuntura, no al shiatsu), por la vía de las Unidades de dolor y después se extendió a los Centros de Atención Primaria. Se gestó un núcleo de anestesiólogos dedicados al dolor en el Colegio de médicos de Sevilla que se interesaron por la medicina oriental, y a partir del cual se expandieron por toda Andalucía. Así lo explica el médico que lo inició :

¹ Además de la entrevista realizada a la enfermera coordinadora de la unidad, este dato también se refleja en: Entrevista realizada al Dr. Joan Berenguer, gerente del Hospital de Mataró. Revista Natura Medicatrix (2003) vol 21, nº6: 362-364

(...)La primera unidad de la asistencia pública española que aplicó acupuntura fue ésta. La clínica del dolor, concretamente, que lo hice yo. Fue hace unos 20 años, desde el 84 o 85

P: ¿Cómo lo consiguió?

C: pues a fuerza de demostrarlo día a día. Cuando se creó la unidad del dolor me solicitaron integrarme en el equipo fundador. Y a partir de ahí empezamos a ver enfermos y a resolver problemas. Y en un momento dado hubo que darle naturaleza de constancia real y firme cuando se creó la unidad, porque teníamos ya aproximadamente unos 20 enfermos diarios citados. Actualmente Andalucía tiene rondando a las 30 unidades de tratamiento del dolor con técnicas de acupuntura tanto en hospitales como en Atención Primaria.

(S-16)

Por tanto, la oferta de integración es bastante homogénea: médicos, de la corriente de acupuntura “contemporánea”, muy vinculados al Colegio de médicos e introducción de la terapia a través de las Unidades de dolor y posteriormente Centros de Atención Primaria

(...)Y eso se ha hecho a raíz de la actividad nuestra en el colegio, claro. Ha sido una especie de núcleo, donde se ha ido generando formación, investigación, y ahora ya en la Universidad Pablo de Olavide, porque la evolución natural que hemos tenido nosotros ha sido que hemos pasado de una formación de postgrado alojada en el Colegio de médicos a ser ya una formación de postgrado alojada en el Instituto andaluz de neurociencias, dentro de la Universidad Pablo de Olavide.

(S-16)

Como decíamos, esta muy enfocado al dolor:

(...)Tiene una unidad dentro de AP. Ella trata dolor, claro. Todo lo que hay está todo metido en dolor, porque es la única manera de entrar.

(S-15)

La Unidad del dolor que la inició fue la del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla, y después se ha extendido a otras además de en Sevilla en la provincia de Cádiz, en Huelva, en Córdoba o en Málaga. Los mecanismos de introducción han sido a través de ciertos médicos avalados por su prestigio personal y profesional:

(...)P: le costó trabajo al gerente o al director médico justificar la creación de esta unidad? (Sección de acupuntura dentro de la Unidad del dolor en el Hospital Reina Sofía de Córdoba)

R: sí...(pensativo), lo que pasa es que existe el antecedente de la unidad del dolor del hospital Virgen del Rocío de Sevilla que lleva trabajando nada menos que 20 años. ¿sabes?... cuando empecé yo ya llevaba mucho tiempo de cirujano, conocía a mucha gente, por ejemplo a los especialistas... Es distinto en Atención Primaria, que es la otra parte. Claro, nadie me conocía en AP... entonces el hecho de ser conocido y que tú ya

sabes cómo funciona, no produce ningún rechazo, todo lo contrario. No produce rechazo la técnica ni la persona, pude entrar fácilmente.

(S-15)

Otro mecanismo de entrada, y éste es común en todos los casos, tanto para las experiencias más articuladas como para las puntuales, es que el gestor, Gerente del Hospital o persona responsable en ese momento, haya tenido una experiencia personal o familiar con las TC. En estos casos la efectividad observada desde **el cambio de rol de gestor a paciente** ha facilitado la aprobación. A menudo los gestores, otros miembros del personal de hospital, otros médicos incluso, recurren a los terapeutas para solucionar problemas personales, como pude observar en muchos de los centros.

Algunos de los ejemplos son los siguientes:

(...), y a través de la gerente, que mejoró, al cabo de un tiempo consiguió meterlo. Tres meses de rehabilitación se resolvió en tres semanas con acupuntura.

(S-15)

(...)e igual que te digo que en mi departamento hay compañeros que dicen que esto es brujería o magia, el decano está encantado de que vaya a verlo y de que le haga un masaje

(S-07)

(...)Hay un caso de un compañero médico con un problema en una pierna, que tuvo un cargo directivo en la administración, lleva muchos años de ejercicio de médico, y me dijo: me han hecho esto, lo otro, artroscopia, yo sigo mal...yo le dije: ya sabes que yo hago esto, si quieres...oye pues si porque estoy harto de todo, voy a probar. Un día probó y a las tres semanas le decía a su compañero de centro: “yo no se si es por lo que sea, pero ya estoy sin muletas”. Con experiencias como ésta es como poco a poco entrará.

(S-04)

(...)Ojalá el Consejero o quien sea se haga una lesión, venga, yo encantadísimo le trato y se lo demuestro (Risas)

(S-13)

- Experiencias puntuales

Evidentemente no hemos tenido acceso a todas las experiencias puntuales de integración que se producen en España, entre otras cosas por el carácter semi-oculto que tienen (no existe un listado donde queden registradas), pero sí a algunas que pueden ser representativas, y que pueden dar una idea bastante aproximada de la situación.

Como característica común a todas ellas es que siempre que se practica algo es a título de iniciativa particular por parte de algún médico, enfermero, fisioterapeuta o

Terapeuta ocupacional interesado en el tema. Es decir, un miembro de la plantilla de un centro, sea público o privado, que ha estudiado alguna TC y se embarca en la experiencia de intentar aplicarlo dentro de su centro de trabajo.

No suelen ser experiencias “formales” basadas en un estudio de investigación previo y riguroso por parte del Centro, sino más bien informales, avaladas por este miembro del personal interesado y que el centro lo “tolera”, siempre que no repercuta en incumplimiento del trabajo y que no suponga un coste añadido. Es por esta razón por la que estas experiencias que hemos denominado puntuales no se dan para la práctica de la acupuntura, sino de masajes, shiatsu, homeopatía o la utilización de remedios naturales, ya que se tiene el concepto de que éstas son menos arriesgadas que aquélla y las posibilidades de denuncias o errores son mínimas.

Si tuviese apoyo, ese líder actuaría como coordinador, elemento que según diversos autores {Halpin, 2006} es esencial como estrategia de éxito de implantación de sistemas de integración.

Dentro del shiatsu, ya que es nuestro objeto de estudio, encontramos algunos de los ejemplos en los siguientes:

- a) Aplicación de terapia de shiatsu a niños ingresados en las Unidades de Hemodiálisis infantil y Cuidados intensivos infantil del Hospital La Paz (Madrid). Voluntariado.

Esta experiencia es un poco diferente porque los que aplican la terapia no son miembros del personal de las unidades sino terapeutas de una Escuela de shiatsu que acuden de forma voluntaria y gratuita tres veces por semana a tratar a los niños ingresados². El mecanismo de entrada fue primeramente en Hemodiálisis, a través de la médico jefe del servicio de Nefrología, que recibía personalmente sesiones de shiatsu. Ésta le propuso en el año 1997 a su terapeuta (S-10) la posibilidad de acudir a la Unidad para tratar a los niños antes de la sesión de Hemodiálisis e intentar así paliar los síntomas negativos del

² Actualmente se está intentando regular en algunas comunidades autónomas la figura del voluntariado hospitalario, porque ha estado muy olvidada. Un estudio interesante sobre el tema es el realizado por un grupo de universidades españolas: Moix, J Situación actual del voluntariado hospitalario en España. Disponible en www.EDIVIRTUAL.NET

tratamiento de la insuficiencia renal y mejorar su tolerancia. Desde entonces están acudiendo, ampliando posteriormente su actuación a la uci infantil³

Además de esta médico, la enfermería ha actuado como elemento de introducción. He entrevistado a los dos supervisores de estas unidades y su actitud ha sido muy favorable hacia la terapia desde el principio, aunque no se puede decir lo mismo de los médicos y algunos enfermeros de la unidad. Se está realizando un proyecto de investigación sobre el tema y los resultados están siendo positivos, como hemos visto al entrevistar a madres de niños ingresados. También se trabaja con esas madres sometidas a un gran nivel de estrés, así como en un programa de formación de shiatsu a enfermeras de la unidad. Esta ha sido la evolución de la experiencia según el supervisor de la uci :

(...)al principio hubo cierto rechazo por parte de médicos y enfermeros, poca colaboración. Se hizo una sesión informativa para ambos pero solo acudió personal de enfermería. Hubo actitudes a favor, indiferente y radicalmente en contra. Se les ofreció que lo probaran en propia carne y a partir de entonces se introdujo mejor (fueron al centro de shiatsu un 70%). He notado una evolución desde no facilitadora a colaboradora. La razón es porque somos muy posesivos con los pacientes y con los conocimientos.

También tienen un programa de musicoterapia.

b) El proyecto de investigación de la Gerencia de Atención Primaria de Murcia

Este es un ejemplo de intento de introducción de la terapia a través de evidencia científica, demostrando la utilidad y la disminución de gasto que supone. Me consta que en la geografía española existen casos parecidos a éste. Supone el esfuerzo individual de un médico de Atención Primaria que ha realizado una preparación de shiatsu. Atiende su consulta normal y un día a la semana o dos lo dedica a atender pacientes del proyecto de shiatsu. Así explica cómo lo planteó a la Administración:

(...) la primera aproximación a la Administración para trabajar con shiatsu es ofrecer algo que sea comprensible para la Administración. Lo que no puedo es como médico decir que voy a trabajar somatizaciones son shiatsu porque te dicen: bueno, pero aquí no, en el sistema público no. Entonces nos planteamos que uno de los focos más importantes precisamente de somatizaciones son los que afectan dolores no estructurales de columna, que son la mayoría. Todo lo que son lumbalgias atípicas, las neuralgias, este tipo de cosas..van muy bien el shiatsu. Lo planteamos sobre los

³ Se puede consultar un reportaje sobre el tema en <http://elmundosalud.elmundo.es/2003/11/14/pediatria/1068808464.html>

recursos sanitarios, ya que estamos gastando muchos recursos en fármacos, en pruebas complementarias, en derivaciones a especialistas. Con esto damos una solución parcial, pero el problema sigue estando ahí. Esa no es la solución, es un parche más o menos grande. Así es cómo planteamos que con el shiatsu probablemente disminuiríamos esa cantidad de recursos que no está contribuyendo a la sanación de la persona. Y por eso desarrollamos un proyecto de investigación que cogiera dos ramas: una las personas con un perfil de problemas osteoarticulares para tratar con shiatsu, sin quitarles sus medicinas tradicionales, y por otro lado otro grupo de personas que utilizamos como grupo control, para ver qué pasa con estos. Para al final del periodo valorar si ha habido algún un cambio, el grado de satisfacción, si se encuentran bien sin consumir recursos. Cuántas veces han tenido que ir al especialista para tratarse esto, cuántas fármacos han tenido que tomar...

P: Este proyecto está financiado?

R: no, no está financiado porque entre otras cosas cuando fui a pedirlo se había pasado el plazo. Esto está funcionando desde febrero del 2003.

(S-05)

Aunque los resultados formales del proyecto no están todavía, entrevisté a varios de los usuarios que han participado en este proyecto, y han quedado muy satisfechos en general. Los problemas vinieron precisamente al no continuar con él, ya que **se generó una demanda** que luego no podía tener continuidad.

c) Terapia Ocupacional y shiatsu:

En Madrid hay una Terapeuta ocupacional y que ha recibido gente del atentado del 11 de marzo del 2004 . y les está tratando con shiatsu.

7.1.2. Formas integradas en centros no sanitarios

▪ Concepto de balneario o “spa”

La cultura grecolatina introdujo la utilización pública de las aguas termales en todo el Mediterráneo, fechándose en los siglos II al IV d.C las primeras construcciones termales. Con diversos altibajos a lo largo de la historia, el siglo XIX marcó el renacimiento de estas prácticas {Berdonces, 1992 236 /id} ⁴, que en la actualidad se

⁴ Para profundizar sobre la historia de la Hidroterapia, consultar la tesis doctoral de JL Berdonces *Aguas minerales pirenaicas*, leída en la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense. Berdonces es una de los médicos naturistas que más ha publicado en España sobre hidrología, iridología, fitoterapia y naturismo en general, especialmente a través de la revista *Natura Medicatrix*. Esta revista ha sido durante muchos años referente del naturismo, pero dejó de imprimirse en el año 2004. Actualmente Berdonces trabaja como médico en un Centro de Salud en Cataluña aplicando a la vez tratamientos naturistas.

consolidan como centros de relax, antiestrés, curación de pequeños dolores, centros de estética y fortalecimiento de la salud en general. El auge está siendo muy importante, y se encuentran a menudo dentro de los grandes hoteles o dentro de los paquetes turísticos. Es lo que se denomina “turismo de salud”, donde se mezclan ofertas de masajes de shiatsu junto con limpiezas de cutis, aplicación de lodos o hidromasajes. No pertenecen al sistema público de salud en sentido estricto, aunque muchas estancias de personas mayores, por ejemplo, están subvencionadas por los servicios sociales ⁵(aunque las terapias se suelen abonar aparte). Se ha escrito mucho sobre los beneficios de la balneoterapia/hidroterapia sobre la salud física y psicológica {Frost, 2004 ;Tappe Martínez, 2002} defendiendo este entorno como muy adecuado para realizar otras terapias relajantes como masajes, taichi, etc., muy en la línea energética-oriental: "Para los amantes de las teorías energéticas el agua podría considerarse un elemento de gran potencialidad, capaz de aportar energía positiva o insuficiente), extraer (energía excesiva o negativa) y hacer fluir la energía bloqueada en el organismo". La rama de la medicina oriental que más se aplica en estos centros es el masaje, aunque también es frecuente que se ofrezca hierbas (como ginseng para estimular, por ejemplo).



Foto 8: Aplicación de Shiatsu en un balneario/spa

⁵ Instituto Nacional de la Seguridad Social, BOE, 15 de marzo de 1989. Regula el Servicio de Termalismo Social para las plazas subvencionadas de la Tercera edad.

A los terapeutas entrevistados no les parece mal esta vía siempre y cuando las personas estén bien formadas y no sea simplemente una vía para obtener dinero. Entienden que a los propios balnearios les interesa tener gente bien formada.

(...) pues yo que conozco la mayoría de los balnearios que usan shiatsu en serio, usan socios nuestros, que tienen una preparación y una formación muy completa, y normalmente el shiatsu tiene popularidad, por lo que éstos no tienen que hacer otros tratamientos. Se está haciendo también watsu, por ejemplo aquí en Murcia hay ya dos o tres centros que tienen watsu, que es shiatsu en el agua. Se puede estudiar watsu en Alicante o en Valencia. El mejor balneario de Madrid tiene shiatsu, watsu, reiki en el agua...para mí el shiatsu tiene lugar si la persona está preparada. No tiene lugar para una persona que ha hecho tres meses. Y también los habrá. Pero lo que están descubriendo los de los balnearios es que les interesa tener a alguien preparado, porque es una terapia muy popular y se cobra más caro, y a veces sustancialmente más caro, porque si se dan watsu de 45 minutos, como hay que mantener una piscina, con una temperatura y una amplitud, pues ya pueden cobrar 70 u 80 euros, con lo cual les interesa. Si es bueno se corre la voz y trae muchos clientes. Entonces sí tiene su lugar, porque te das un shiatsu y vuelves a tu casa, y a lo mejor encuentras un profesional de shiatsu y te das una sesión al mes, e incluso les cambia la vida porque se meten en yoga, por ejemplo...

(S-06)

- Otras propuestas

No siendo balneario, pero en la línea del concepto de salud asociado a la estética se encuentran propuestas muy diferentes. Valga como ejemplo el artículo de un periódico con el siguiente titular: “*Feria de moda en la que los visitantes pueden disfrutar de forma gratuita de servicios de shiatsu, maquillaje y peluquería*”(El Mundo, 26-Marzo-2004). Se incorporan sectores subalternos no estrictamente profesionales terapeutas, como esteticistas, peluqueros, etc

En numerosos gimnasios se practica yoga o taichi adaptado a occidente, es decir, más que para encontrarse a sí mismo o meditar, se utiliza para lograr elasticidad o para relajarse.

Otra propuesta fuera del ámbito estrictamente sanitario es la de aunar el shiatsu con la Psicología. Esta experiencia se está realizando en algunos ámbitos comunitarios, como Asociaciones, grupos de apoyo, etc. Una de las entrevistadas estaba estudiando shiatsu y lo estaba trabajando:

(...)¿qué voy a hacer con el shiatsu cuando termine? Me gustaría unir la psicología con el shiatsu, con el trabajo colectivo que también creo en él...no se si en un trabajo de información de salud para la gente, o formación y participación...

La disposición de escuchar al otro es algo mágico. Hubo otro caso de una mujer en un taller que vino paralizada, no podía moverse, y averiguamos después de hablar un rato con ella que estaba muerta de miedo porque su ex marido la había amenazado. Pudo sentarse después de dos horas masajeándola, escuchándola, diciéndole que no se preocupara, que no le iba a pasar nada...estaba literalmente paralizada de miedo. A los pocos días ya pudo andar

(U-02)

7.1.3. Formas no integradas o paralelas:

Aquí se incluyen los numerosos centros dedicados solamente a medicinas complementarias: herboristerías, centros de quiromasaje, etc., que trabajan en el sector privado.

7.1.4. Diversas fórmulas “posibles”

Ante la pregunta *¿Cómo lo haría usted (Si fuese Consejero de Sanidad de una Comunidad Autónoma o tuviese la posibilidad de decidir)?* ha habido diferentes propuestas.

- En algunos casos se plantea como cauce natural la Atención Primaria, al ser el primer escalón y actuar como filtro, para después pasar al Hospital en casos concretos

(...)Primero en Atención Primaria porque aquí tenemos muchas posibilidades de ayudar a los médicos de familia para que no receten tantos medicamentos a los pacientes, etc, etc. , sobre todo a gente mayor, que está muy medicada, con mucha farmacología encima. Esto sería lo primero. Después se podría también instalar en los hospitales, por ejemplo en las intervenciones quirúrgicas, para no utilizar tanta anestesia, o también para tratar el dolor...pero yo creo que primero nosotros pedimos que hay un médico que atienda acupuntura en cada centro de atención primaria.

(S-19)

(...)Porque claro (silencio), esto es así porque estamos en occidente, pero la acupuntura real se hace en AP: el primero que ve al paciente es el médico de AP. Que se le tuerce el tobillo, se le ponen dos puntitos, se le estimula y fuera. Entonces, o lo hace el propio médico de AP, o lo hace un médico que esté en un distrito o en un centro de referencia.

(S-15)

También es debido a que los médicos de familia de Atención Primaria son los que tienen un modelo más holístico de la salud.

(...)Dentro de la medicina occidental estándar los que son más integradores son los médicos de familia, porque tienen lo que se llama un modelo biopsicosocial. No solamente te cojo de la mano, sino que te pregunto cómo está tu familia, se si te ha ido mal en el trabajo, qué te está pasando.

(S-04)

- Derivación a terapeutas privados: Ante la dificultad de que efectivamente pueda haber un médico del sistema público dedicado a esto en cada Centro de Salud, la solución podría pasar por derivar a los pacientes a terapeutas acreditados

(...)se podría seguir el modelo que se supone que va a seguir el SAS para la atención podológica de los diabéticos. El SAS no tiene podólogos, no se ha contemplado esa figura, entonces no la van a meter. Cuando el médico de AP decida que ese paciente tiene que ir al podólogo, se deriva con un volante. Eso podría ser una forma, pero aquí lo importante es que el personal que realice el tratamiento esté muy bien formado.

(S-15)

Esta fórmula está habilitada en algunas zonas en Estados Unidos, como en Nuevo Méjico, donde las aseguradoras (el sistema privado es el que predomina) firmaron un convenio con una Asociación de terapeutas acreditados para que los médicos de Atención Primaria fundamentalmente, aunque también los hospitales, derivasen a los pacientes. Se negociaron horarios libres y sistema de copago para cada especialidad {Coulter, 2005}

- Lo que otros proponen es que lo importante es que el usuario pueda elegir. El Estado debe proporcionar ambas vías paralelas y un marco regulador que garantice la seguridad y, por lo demás, “que sea el usuario el que decida”

(...)En definitiva, lo que también es importantísimo es que de libertad el Estado, como ocurre en otros países como Suecia, cada uno que se prepare como quiera y donde quiera, eso si, que cada uno apegue con las consecuencias, pero es libre de tratarse con lo que sea. No podemos ir detrás de la gente para decirle cómo se tiene que tratar. Tenemos que ver modelos liberales, tanto que se fijan en los países nórdicos

(S-11)

(...) las dos posibilidades (que el paciente te venga derivado del Centro de Salud, o que tenga un abanico de posibilidades y vaya donde quiera) pueden ir conjuntas, porque evidentemente pueden venir derivados y puede haber gente que decida venir libremente porque conoce, o porque ya ha practicado, o porque le ha ido bien. Entonces el

derecho a decidir es lo importante para el usuario. La libertad y el derecho del usuario a decidir cómo quiere curarse. Lo que es importante es tener un marco regulador para que cuando una persona decida hacer lo que decida, medicina convencional, MTC, quiromasaje, criterio naturista, sepa que hay unos criterios de seguridad. Eso es importante regularlo.

(S-18)

(...)que hay sitio para todos. Que vengan de donde sea. Para mí personalmente, si una persona viene de la calle porque le apetece hacerse shiatsu, que venga, y si me dice algo que no va al médico y que prefiere tratarse con shiatsu mi preferencia es que vaya al médico. Y va a haber siempre gente así. ¿Qué me deriva el médico? también me sirve, o del fisio. Pero hay personas que no van al médico nunca. Mi padre está en silla de ruedas y a punto de morir por no haber ido nunca al médico. Es un caso clásico. Yo prefiero casi un tío como mi padre, porque es un tío, que venga por mí porque no le doy tanto miedo y que yo, con mi conocimiento y un poco de sabiduría le digo que vaya al médico, que va en serio. Entonces yo no quisiera nunca cerrar las puertas y decir: que vengan todos desde un profesional supuestamente mejor preparado que yo, porque para la persona de clase trabajadora muchas veces no entiende al médico.

(S-06)

Este sistema tiene el inconveniente de que favorece el desconocimiento y la pauta actual de recelo mutua, así como la simultaneidad de tratamientos o problemas como la interacción farmacológica.

- A través de Fundaciones o empresas privadas. Un gestor (el supervisor de la uci infantil del Hospital La Paz donde van voluntarios a hacer shiatsu) se plantea que sea el capital privado el que financie este tipo de ayudas. Según él, todavía el sistema no está con la disposición de integrarlo y está buscando un laboratorio que le financie las terapias..., a cambio de publicidad. Cada vez hay más dinero para temas sociales. Piensa que la financiación actualmente debe ser por la vía privada. Hay muchas fundaciones, etc. En Navidad, por ejemplo, le llaman para darles regalos a los niños, siempre piensan en juguetes multitud de asociaciones, colectivos, etc. y él les sugiere canalizarlo en proyectos de musicoterapia (instrumentos), masajes, etc. Él propuso un terapeuta por cada unidad, financiado por empresas o laboratorios, se puede formar un enfermero por cada unidad, o bien un alumno de la escuela de shiatsu a través de un convenio, y becar a los sanitarios que tengan interés.

7.2.Opinión de los usuarios respecto a la integración

Como hemos comentado anteriormente, el usuario es activo en su proceso de búsqueda de salud. El mecanismo más evidente de entrada en la integración es la presión de la demanda.

Algunos coinciden con la opinión de los sanadores en cuanto a que el médico de familia parece que es la vía de entrada más adecuada, dado el perfil más abierto, por lo menos en teoría, de éstos:

(...)Normalmente el de cabecera tiene una visión más global del problema, conoce también a la familia, a lo mejor el cuadro clínico de la madre, que también puede influir
(U-03)

Si el nivel cultural del usuario no es muy alto, es probable que no sepa bien explicar cuál sería el mecanismo de introducción más adecuado, pero sí que tiene muy clara la reducción del gasto farmacéutico y la mejora en la calidad de atención:

(...) mi opinión es que en vez de tanto medicamento, mejor estas cosas, porque hay quien saca los medicamentos y los tira, se toma una parte. Y eso es un dinero que la SS no está valorando. Y con estas cosas el enfermo estaría con mejor calidad de vida, y estaría mejor. Esto me gusta más que los medicamentos. El cuerpo se siente mejor.
(U-04)

Todos coinciden en que, si es eficaz y reduce gasto farmacéutico, debería estar de una manera u otra incluido en las prestaciones del sistema público. Una de las madres de niños ingresados en la uci infantil de La Paz, por ejemplo, no está de acuerdo con que el shiatsu sea voluntario si a los niños les beneficia y se les debería ofrecer como un logopeda o un fisioterapeuta, que sí está contemplado:

(...)yo es que no soy muy partidaria de los voluntarios. Me parece muy bien los voluntarios, pero la responsabilidad cuando se paga a una persona es distinta... A estos niños se les paga de todo: tienen logopeda, tienen, psicólogo...tienen unas terapias que se ocupan no solo de su patología física de que le han trasplantado el hígado y el intestino y lleva tales medicamentos, tales analíticas y demás, sino que igual que se hace un seguimiento global en otros aspectos, se podría integrar esto cuando yo creo que se está demostrando que funciona. Creo que también les hacen musicoterapia y creo que también les va estupendamente. También vienen los payasos. Hay un montón de cosas que hacen que los niños estén mejor y no todas son remuneradas. Los payasos que vienen son una fundación, y la fundación les paga. Vale que el hospital directamente no les paga, pero es gente que tiene su compromiso de venir todos los

jueves de tal hora a tal hora. Y es gente que deja otra vida para venir a hacer esto, con lo cual debería estar remunerado.

(U-23)

Analizaremos a continuación el aspecto económico, planteando si realmente se reduce el gasto farmacéutico y si hay recursos para una integración

7. 3. Recursos/costo que supone la integración

"No basta una simple consideración cuantitativa de los recursos o de la propia demanda. Ambas requieren matizaciones cualitativas que obligan a un diagnóstico preciso para determinar las acciones que se han de tomar"{Errasti, 1996:9}

Previamente he comentado cómo dentro de las características de nuestro Sistema Nacional de Salud y los de todos los países modernos se encuentra la universalidad de la cobertura sanitaria y su financiación a través del gasto público.

Prestaciones y financiación: el contenido y extensión de las prestaciones asistenciales son comunes para todo el sistema. Un Real Decreto (63/1995 de 20 de enero) regula la ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud, y con ello la homogeneidad interterritorial. Establece, asimismo, las prestaciones no financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales destinados a la asistencia sanitaria.

Genéricamente las prestaciones son:

- La asistencia de medicina general y de todas las especialidades médicas en régimen ordinario y de urgencia
- El tratamiento y estancia en centros y establecimientos sanitarios, incluido el tratamiento farmacéutico gratuito y las prótesis.
- La prestación farmacéutica extrahospitalaria, con exclusión de productos dietéticos, cosméticos y análogos (se establece una participación del enfermo en el coste de la prestación, que en la actualidad es del 40% sobre el precio de venta, sólo para trabajadores en activo)
- Otras prestaciones sanitarias, tales como prótesis, vehículos para inválidos y oxigenoterapia a domicilio
- Transporte de enfermos
- Rehabilitación

El incremento del gasto sanitario

Sin embargo, y a partir de la década de los 80, las tasas de crecimiento del gasto sanitario han puesto en cuestión el mantenimiento del mismo. Según Errasti (1996), son diversos los factores que contribuyen al incremento del gasto sanitario en todos los países desarrollados:

- a. El envejecimiento de la población: el aumento de personas mayores no sólo tiene el efecto de reducción de los ingresos fiscales o de las cotizaciones, sino un incremento del gasto sanitario, puesto que tienen mayores necesidades objetivas.
- b. La innovación tecnológica. La nueva tecnología en el campo de la electromedicina ha generado un aumento notable del gasto “aun cuando no siempre su utilización es eficaz, ni siquiera necesaria en algunos casos”. La incorporación de la nueva tecnología, que para determinados tratamientos ha resultado muy eficaz, se está llevando a cabo a un ritmo muy rápido, sin que haya tiempo de que pueda ser evaluada adecuadamente. Existe, por ejemplo, una gran variación en el uso de procedimientos técnicos entre distintos hospitales y profesionales de la misma especialidad
- c. Las nuevas patologías y enfermedades crónicas, propiciadas por determinados estilos de vida y hábitos poco saludables
- d. Cambio en el nivel de exigencia de los pacientes. El incremento del nivel de vida y la formación de las personas, unido a una mayor conciencia de la participación en los gastos sociales a través de los impuestos, ha originado una mayor exigencia en la calidad de los servicios

Todos estos factores inciden en un considerable aumento del gasto, sin embargo, tal y como se preguntan autores como Gimeno (2001) y Mompart (2001): ¿supone ese mayor gasto en sanidad una mejora en los indicadores de salud? Responden que las estadísticas sugieren que el incremento del gasto sanitario hace mejorar significativamente los indicadores sanitarios (disminuye la mortalidad infantil, aumenta la esperanza de vida), pero hasta un punto a partir del cual parece estancarse, aunque siga elevándose el gasto, tal como se aprecia en el gráfico

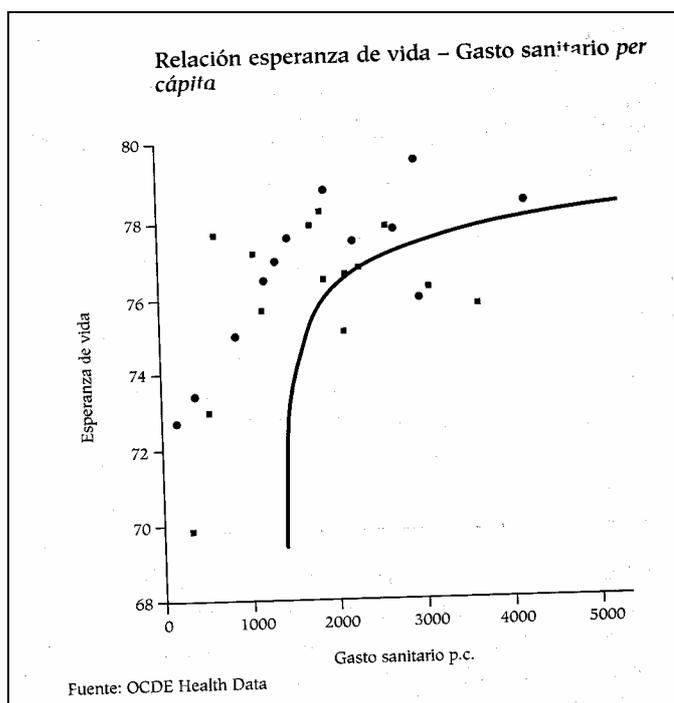


Gráfico 8. Fuente: {Mompert, 2001 }

Por otro lado, la falta de respuesta del sistema sería debido –según Erraste (1996) - a deficiencias de gestión. Esas principales deficiencias serían:

- a. La Atención Primaria, que debe ser la “puerta de entrada” del sistema asistencial, no cumple con el papel exacto que tiene asignado y es causa de desequilibrios que sobrecargan la actividad de los hospitales
- b. La asistencia especializada absorbe un porcentaje de gasto público que sigue incrementándose
- c. El sistema público no permite la libre elección de los pacientes
- d. Apenas existen mecanismos de evaluación y análisis de la asistencia sanitaria
- e. El marco laboral estatutario no permite que puedan establecerse criterios de eficiencia y productividad en la asistencia sanitaria
- f. La gestión de los responsables sanitarios choca con un sistema normativo rígido y altamente centralizado.

Expuesto así, parece claro que, de la misma manera que está demostrado que un mayor gasto en sanidad ha supuesto una mejora de los indicadores de salud, el estancamiento de los mismos y las dificultades globales requieren nuevos planteamientos.

El desequilibrio entre la oferta y la demanda entre el sistema público y las TC

Aunque teóricamente los usuarios y los gestores comparten un objetivo común, no siempre coinciden las expectativas de los primeros con la preocupación por la suficiencia financiera del sistema por parte de los segundos. Si el gasto sanitario aumenta y los recursos no son ilimitados, ¿quién decide en temas de salud cómo realizar una optimización de los recursos disponibles?

Tradicionalmente, en los países europeos occidentales con un sistema público asumido por el Estado, es éste el que decide, aunque este “paternalismo” ha sido una de las críticas más importantes que se le ha hecho al sistema biomédico. Pues bien, en el caso de las TC el Estado decide por el usuario, pero éste se niega a seguir esa recomendación, puesto que ya hemos visto cómo aumenta su demanda. No ocurre igual en el sistema norteamericano, que asigna al mercado el protagonismo de la asistencia sanitaria.

La demanda puede ser variable o modificable en función de diversos factores como nivel cultural, autoatención, edad o la “producción propia de salud”⁶. Se sabe también, por otro lado, que la gratuidad puede tener también sus efectos perversos, que se traducen en el despilfarro: cuando no existe restricción alguna, existe una demanda superior a la necesaria. Sin embargo, insisto, no ha variado en el caso de las TC: en TODAS las entrevistas realizadas a los usuarios, tal como he desarrollado al hablar de sus perfiles y patrones de uso, existía esa demanda.

Está claro, por tanto, que en este caso hay un desequilibrio entre la oferta del sistema público y una fuerte demanda por parte de los usuarios. Lo que ocurre entonces es que hay un desplazamiento del mercado hacia el sector privado, que sí que lo oferta, pero el Estado tampoco garantiza en este caso que se haga en las condiciones óptimas de calidad, puesto que tradicionalmente ha existido un vacío legal para la realización de estas terapias.

La solución: evaluación coste-efectividad para la distribución de los recursos

El análisis “Coste- efectividad” es una medida de evaluación de beneficios ampliamente extendida y utilizada en economía de la salud, que consiste en “*elegir aquella*

⁶ Esta expresión se refiere a la acumulación previa del bien salud concretada en medidas de higiene, hábitos dietéticos y preventivos que se toman para conservar la salud en buen estado {Gimeno, 2001; Mompert, 2001 }

alternativa con la que se obtengan más beneficios en relación con los costes”{Errasti, 1996; Mompart, 2001 }.

Es propio de la profesión médica ofrecer a todo enfermo lo mejor y el máximo beneficio que esté a su alcance, ya que así consta en su código deontológico, y es también un deber ético el tratar de conseguir la mayor efectividad para la mayoría de los enfermos y no sólo para uno, así como la preocupación por el bien común

Ya he analizado previamente cómo la percepción de la eficacia de las TC es muy alta tanto en los sanadores como en los usuarios, así como muchos de los estudios realizados sobre acupuntura, por ejemplo, determinan unas tasa de resultados positivos. Vickers (2004) realizaron un amplio y conocido estudio sobre 400 pacientes con cefalea y migraña tratados con acupuntura, y demostraron su mejoría en la medida en que pasaron menor número de días con dolor de cabeza, tomaron menos fármacos e hicieron un 25% menos de visitas al médico. En este estudio se verifica la disminución de los costes de la acupuntura frente a otro tipo de terapias.

Además de estos estudios “en positivo” otros estudios demuestran que muchos de los métodos biomédicos no solucionan problemas crónicos e invalidantes, y eso supone un gasto muy elevado, no sólo en gasto sanitario, sino en pérdida de días de trabajo, bajas laborales, etc. Kovacs (2006) en una revista internacional realiza un estudio titulado: “Lumbalgia en Atención Primaria en el sistema nacional de salud español: estudio prospectivo sobre resultados clínicos”. Está realizado por la Red española de investigadores de dolencias de la espalda y cofinanciado por la Fundación Kovacs y el Instituto Carlos III. Los resultados son significativos: después de dos meses de tratamiento (fármacos en el 91% de los casos), más de un tercio de los pacientes continuaron con dolor, y un 10% empeoró. También concluyen que los médicos solicitan demasiadas radiografías debido a la insistencia de los enfermos pese a lo irrelevante del resultado.

En definitiva, habría que plantearse si se están definiendo adecuadamente determinados procesos en orden a obtener un coste-efectividad adecuado. La OMS señala en su Informe (2002) que existe eficacia clínica probada de la acupuntura para el dolor y las náuseas⁷, y señala precisamente la investigación y los estudios sobre coste-efectividad como el camino a seguir.

⁷ Para esta afirmación se basa en las siguientes fuentes: Zollman C&Vickers AJ. ABC of Complementary Medicine. Londres, BMJ Books, 2000(reimpreso de una serie de artículos publicados en el British Medical Journal durante 1999, y en un estudio de la Comisión europea: Acción COST B4:

(...) habría que valorar, primero, el coste-efectividad de lo que voy a hacer. Pero si se ahorra no sólo en gasto farmacéutico, sino también en resonancias, scáneres, envío a especialistas, listas de espera...yo como gestor me pregunto: ¿qué coste-beneficio y qué coste-efectividad tiene esto? Pues lo plantearía.
(S-05)

En los protocolos que en la actualidad están establecidos en Andalucía para entrar al programa de acupuntura es requisito haber agotado los recursos normales y habituales. El paciente debe presentar un documento en el que se acredite que esto es así, excepto en el caso de que haya intolerancia a fármacos, que entonces entran directamente. Es decir, primero se tienen que gastar un montón de dinero en hacer radiografías, pruebas...y una vez que se han gastado el dinero correspondiente entonces ya entran en el programa, cuyo coste material es muy pequeño porque sólo son unas agujas. Precisamente sobre el tema de las lumbalgias al que hacíamos referencia con el estudio de Kovacs, el responsable de la unidad de acupuntura de uno de los hospitales andaluces comentaba lo que se podría ahorrar, pero el filtro tiene que existir por la escasez de personal adiestrado:

(...) Si una lumbalgia viene aquí el primer día, las enfermeras, por ejemplo, de todos los hospitales, saben que piden la salida, vienen, se les trata, y fuera. Los casos crónicos que tenemos de lumbalgia degenerativa, etc, lo que pasa es que han pasado por muchos sitios, se han operado, tienen fibrosis...pero bueno... Es un filtro sin más que no tendría que existir si no fuera por la escasez que tenemos.
(S-15)

Otra alternativa a tener en cuenta es el análisis de países donde las TC están cubiertas, como en Holanda. La experiencia allí es de que supone un gasto bajo

(...) Funciona, y cada año hay menos problemas con los médicos y con los seguros. Se utiliza mucho con los inmigrantes, por ejemplo, porque les cuestan dinero las inyecciones. La acupuntura es más barata. Muchas veces en diez sesiones de acupuntura tu puedes tratar algo y fuera. Con medicina puedes pasarte años tomando medicinas. Es más caro para los seguros. También en Holanda los gastos suben mucho los seguros, los hospitales, pero la acupuntura es muy barata.
(S-04)

(...) los médicos son muy escépticos y van muy despacio. Los gastos de sanidad suben mucho, y cuando se den cuenta de que la acupuntura es más barata, el cambio será rápido. Por ejemplo, aquí hay un problema grave de alergia, hay mucha gente. Para el gobierno es muy caro, porque supone muchas bajas.
(S-04)

Es en Estados Unidos donde se ha hecho el mayor número de estudios sobre análisis de costes, debido a la presión de las aseguradoras privadas. Desde el año 1996, la ley americana requirió a las mismas la inclusión de la cobertura de las TC. Actualmente, el 78% cubren al menos un tipo de TC, siendo la más común la quiropraxis, seguido de la acupuntura {Steyer, 2002}. La principal motivación de todas ellas ha sido la presión de la demanda {Pelletier, 1999}. Pues bien, aunque el número de personas beneficiarias ha crecido sustancialmente, el gasto de las compañías no {Lafferty, 2006}. Lo atribuyen a diversos factores, como es el hecho de que no se solicitan pruebas diagnósticas caras. Sin embargo, puesto que hay muchas variables desconocidas en los costes de las TC, aconsejan continuar con investigaciones de este tipo.

Otro estudio {Bracha, 2005} contabiliza el número de visitas en un hospital de integración. Los pacientes que se pagan las visitas hicieron menos que los que pagan la tercera parte (según el sistema de seguros americano). El número de visitas por paciente y año permaneció relativamente constante excepto para los ancianos, que aumentó. El artículo reconoce que no aportan suficientes datos para afirmar que se incrementan los costes, ya que no contempla otras variables.

Por último, otro artículo de {Stewart, 2001} analiza que solo el 1% de todos los pacientes con seguro cubierto para TC utilizaron esos servicios, concluyendo que, en su experiencia, los costes por la utilización de TC fueron menores de lo que se esperaba teniendo en cuenta el alto interés que suscitaba en investigaciones publicadas.

Volviendo a España, en general todos los terapeutas entrevistados coinciden en este sentido: es más barato un tratamiento de acupuntura que otros tratamientos farmacológicos o técnicos y en pruebas diagnósticas. Solo he encontrado un médico de orientación “contemporánea”, que argumentaba que, en relación al costo, es más cara la mano humana, es decir, la formación de los terapeutas, que el gasto farmacéutico y técnico:

(...) el tema del gasto es un tema relativo también. No hay cosa más cara que la mano humana, y esto si se caracteriza por algo es que necesitas la mano, no lo puede hacer una máquina. La prescripción es mecánica. Vamos, yo estoy convencido de que con una serie de cuestiones rutinarias se pueden hacer prescripciones automáticas, pero la aplicación, en este caso, directa, requiere tiempo y eso es caro. Cualquier estudio económico, incluso el primero que yo presenté sobre reducción de gasto, está mal hecho, porque no imputamos el gasto del profesional. Damos por hecho que como se iba a pagar hiciera lo que hiciera, o sea, recetara o aplicara acupuntura, pues evidentemente es un error, porque la dedicación en tiempo es mucho mayor

(S-16)

¿Cómo solucionar el problema del gasto en los Recursos Humanos? Es evidente que a la Administración en teoría le sale más barato utilizar al mismo personal médico para la tarea habitual y además adiestrarlos para la acupuntura, que es lo que está sucediendo en Andalucía, pero el tiempo de dedicación necesitaría una reorientación de los recursos para no saturar a ese personal:

(...)La cuestión no es liberar sino reorientar recursos. Liberar suena siempre a escaqueo (risas).

(S-05)

(...) no, aquí el gasto es de personal. La cuestión es que si yo me dedico toda la semana, tienen que contratar a otro cirujano vascular. Es ahí donde está el quid de la cuestión. Y si me dedico a lo otro, tiene que contratar a otros acupuntor para que se dedique a esto. Yo había propuesto otra solución: no os gastáis ni un duro, pero el personal médico del hospital que está formado en acupuntura va a pasar consulta un día a la semana, con lo cual no os gastáis nada porque ese personal está pagado, pero lo único es que ese día no van a estar en su trabajo, van a estar en acupuntura. Hay intensivistas formados en acupuntura, hay anestesistas, internistas...entonces es cuestión de coger al personal, su servicio lo ceden, y está la semana cubierta.

(S-15)

(...) pedirle a una misma persona que esté pendiente del calendario de vacunaciones, de la patología osteoporótica con bifosfonato, y encima que sea MTC, quizás es demasiado. Habría que hacer como se hace en China: médicos dedicados a la MTC y médicos dedicados a la otra medicina, y alguien que se encargue de distribuir a los pacientes para que se puedan beneficiar de una medicina u otra. O, incluso, los mismos profesionales que se pusieran de acuerdo para ver cómo se podría llevar a cabo eso.

(S-17)

La reorientación de los recursos pasaría entonces por dedicar a un médico diferenciado para la acupuntura, pero no hay suficientes médicos formados en acupuntura. Los datos que nos han facilitado desde el Colegio de médicos de Barcelona hablan de que en Cataluña hay más o menos unos 100 médicos censados en la lista de médicos acupuntores del Colegio, y las necesidades serían de unos 300.

(...)Yo creo que también pensarían (en la Consejería de Sanidad de Cataluña) que los no sanitarios le saldrían más baratos que los médicos a la hora de actuar. La cuestión es que no hay dinero para esto y no van a contratar 300 médicos acupuntores porque no hay presupuesto. Pero se lo ahorrarían de medicación segurísimo, entre antiinflamatorios, analgésicos, incluso antidepressivos.

(S-19)

La contradicción está, por tanto, en que por un lado dicen que son más caros los recursos humanos, y por otro que saldría más barato incluso contratando todos los que se necesitan.

En ocasiones tienen que pensar fórmulas imaginativas para que sus gestores no piensen que les va a costar dinero:

(...)Esto fue un “chantaje” a la directora del hospital. Me dijeron que necesitaban que le dedicase más tiempo. Bueno, dije, si le tengo que dedicar más tiempo a la unidad de pie diabético tengo que cerrar la consulta privada (de acupuntura). Si cierro la consulta privada estoy cometiendo una injusticia porque los pacientes no van a tener acceso a acupuntura, y con los resultados que tiene pues no lo deben dejar. Entonces, yo cierro la consulta privada pero se pone en el hospital un día, y el resto me dedico a lo otro. Entonces dijeron: vale
(S-15)

Evidentemente el mayor requerimiento de tiempo de estas terapias haría que incluso los propios terapeutas se negasen a realizarlas sin las debidas condiciones. La medicina oriental requiere más tiempo, y esto supone un problema:

(...) Calidad para nosotros es importante, y calidad y cantidad es difícil que vayan a la par. Yo sí que lo podría ver en un hospital o centro sanitario, pero pongo mis condiciones. Si tengo que estar como los fisios, haciendo tratamientos de media hora e ir a piñón fijo, entonces no. Aquí yo no lo veo, aquí es cuando yo veo una cosa paralela, es decir, que desde un centro sanitario hayan puntos de referencia y digan: mira, en tal sitio hay este terapeuta y desde el centro sanitario se le diga a l paciente que si quiere recibir un shiatsu puede ir a este sitio o a este sitio. Y que la gente elija, lo pruebe...
(S-20)

Por ello, los sanadores proponen algunas soluciones novedosas intermedias:

- Un régimen de co-pago, como en el Ayuntamiento de Pineda (Barcelona), que ha puesto en marcha un servicio para la población en general, con precios asequibles y realizado por un profesional de la MTC. Este terapeuta lo explica así:

(...) dos programas, uno que era para el tratamiento del dolor en jubilados del municipio, que para ellos era subvencionado por el Ayuntamiento, y además también llevaba otro proyecto, un gabinete de acupuntura, de medicina china, donde también el Ayuntamiento subvencionaba en parte los tratamientos. Allí era como un copago, lo subvencionaba en parte, pero ya no era para jubilados sino para todo tipo de gente... en Cataluña yo creo que de este tipo es la única experiencia que había.
(S-18)

- A través de Fundaciones o empresas privadas, como he comentado más arriba
- Concertado con la medicina privada, pero al no haber instituciones que lo tengan, se podría derivar a consultas privadas, de la misma manera que hacen diversos Servicios de Salud con la atención podológica o dental.

(...) yo creo que debe estar integrado....(silencio) eso no quiere decir que no pudiese estar concertado con la medicina privada. Pero te encuentras que los conciertos son con otras instituciones que a su vez tienen que tener eso. Aquí tienes Concierto para operar en San Juan de Dios, o hacer resonancias en San Juan de Dios, porque San Juan de Dios tiene quirófanos y tiene resonancias, pero no tiene acupuntura. No hay ninguna sociedad donde derivarlos, no lo tienes. Primero tendrías que hacerlo privadamente, pero para hacerlo privadamente tienes que estar muy seguro de la formación de esa gente y de cómo hace las cosas, que tenga experiencia...o sea, eso sería para hacerlo concertadamente, se podría seguir el modelo que se supone que va a seguir el SAS para la atención podológica de los diabéticos. El SAS no tiene podólogos, no se ha contemplado esa figura, entonces no la van a meter. Cuando el médico de AP decida que ese paciente tiene que ir al podólogo, se deriva con un volante. Eso podría ser una forma

(S-15)

La posición de los seguros privados

La posición de las aseguradoras privadas respecto al tema demuestra la misma confusión que existe en otros ámbitos. En España ninguna la incorpora explícitamente, aunque, por ejemplo, en un análisis realizado sobre la información dada, me he encontrado con una que **ofrece entre sus coberturas la unidad del dolor, y entre las prestaciones excluidas está el tratamiento del dolor y la medicina natural, homeopatía y acupuntura. (¿?)**

Hay un doble juego con las zonas donde hay extranjeros, ya que los ciudadanos alemanes o ingleses demandan estas terapias y están acostumbrados a que se les incluya en sus seguros. Así me lo explicaba uno de los sanadores:

(...)ninguna compañía privada admite medicinas complementarias excepto en, por decirlo de alguna manera, zonas donde hay extranjeros. Las mismas compañías que te dicen no, esto no se incluye, porque yo lo intenté en su momento, esas mismas compañías en Málaga cubren esas prestaciones, porque los extranjeros lo demandan. Hay un doble juego. Y algunas compañías de seguros, algunas mutuas catalanas sí lo tienen contemplado.

(S-15)

(...)En Holanda los seguros cubren el 70% del tratamiento de acupuntura. Esto ocurre también en Alemania, Noruega, Inglaterra.

(S-04)

7.4. Conflictos derivados de la integración

“Tanto los conflictos como la cooperación son tipos de relaciones sociales. La indiferencia total destruirá la relación, así como su contrapartida, la apatía, puede destruir a un grupo”(G. Simmel)⁸

Si tomamos como un principio básico que los conflictos forman parte de la interacción humana, hemos de imaginar que en un tema como el que nos ocupa, donde hay un modelo oficial y modelos subalternos, diferentes grupos intentando legitimar su posición y un proceso de cambio en las pautas de conducta, los conflictos serán frecuentes. He podido constatar este hecho en el análisis de los discursos de los entrevistados.

Los he estructurado en tres grandes apartados: el primero de carácter general, como es la resistencia al cambio, y los dos siguientes continuando con las relaciones de los grupos de Nadel: los conflictos derivados del orden interno y los derivados del orden externo. Algunos de ellos ya los he desarrollado anteriormente ya que así ha surgido al exponer diferentes resultados (especialmente al hablar de la regulación) , por lo que no me detendré en ellos, pero me ha parecido pertinente enunciarlos juntos en un apartado

a) Resistencia al cambio:

Uno de los antropólogos que ha estudiado los procesos de cambio social ha sido Beattie, que argumenta que cambio y conflicto van unidos: “ *el cambio y el conflicto son características normales de los sistemas sociales, no menos que el equilibrio y la armonía*” {Beattie, 1972}. Todo proceso de cambio genera por definición resistencias y conflictos que pueden ser de orden individual o grupal {Mompert, 2001}. Desde el punto de vista individual, la resistencia puede venir motivada por varias cuestiones:

- Los hábitos de trabajo muy estructurados y asumidos por las personas que se sienten cómodas con una forma de trabajar “como siempre”
- La seguridad o, mejor dicho, la amenaza a la misma
- Las cuestiones económicas ligadas al cambio o bien puede dar la impresión de que tienen que hacer más trabajo por el mismo sueldo
- El temor a lo desconocido, ante una situación que no se domina en todos sus

⁸ Simmel, G (1955). Conflict. New Cork. Free Press. Cit en {Bock, 1985}

aspectos

- El predominio del rumor, la interpretación sesgada de la información o la selección de la información con base en intereses previos

En cuanto a las organizaciones, también pueden mostrar rechazo al cambio por las siguientes razones:

- Inercia estructural. Por lo general, las organizaciones tienden a mantenerse en unas pautas de actuación con carácter estable
- Inercia de grupo. Los grupos tienen unas reglas de funcionamiento, a veces de gran fuerza, que ayudan a la cohesión del grupo y le mantiene en conductas estables
- Ámbito limitado al cambio. Por lo general las organizaciones grandes funcionan como un sistema, interrelacionando sus diversos elementos, por lo que el cambio en uno de ellos afectará inevitablemente a los demás.
- Amenaza a la especialización. El dominio concreto de unas habilidades específicas hace que un cambio se vea como una amenaza, ya que sus habilidades propias perderán valor. Esto ocurre especialmente cuando se introduce tecnología.
- Amenaza a las relaciones. Las personas perciben con sentimientos de pérdida e intranquilidad los cambios establecidos en su entorno personal.
- Amenaza a los recursos disponibles. El recorte en las plantillas de personal o en los presupuestos específicos del centro son una de las consecuencias más temidas, ya que pueden ver amenazados los resultados de su gestión.

“Pero yo creo ahora que la mentalidad que tiene nuestra empresa no está por la labor. Están pensando en los gastos, y piensan que introducir a lo mejor otro profesional para dar shiatsu en un centro de salud va a ser una nómina más, un gasto más, y no creo que lo hagan, porque no tienen visión de conjunto normalmente. Por lo menos es lo que yo percibo de la empresa.”

(U-05)

Bourdieu (1996) explica cómo entre personas con *habitus* diferentes es muy alta la posibilidad de aparición de colisiones o conflictos. Por *habitus* en los grupos entiende un sistema de disposiciones para la práctica, un patrón de regularidad en la conducta. El *habitus* hace que los agentes que estén dotados de él se comporten de una cierta manera en ciertas circunstancias, lo cual puede servir de base a una previsión. Pero el *habitus*

tiene también una parte de espontaneidad e indeterminación, que es lo que lo hace peligroso. Para Bordieu, la clave de que estos conflictos no sean excesivos se encuentra en la *codificación*, es decir, que las sociedades impongan unas formas de conducta que incluyan principios de clasificación, principios de jerarquización y principios de división. Las sociedades muy poco codificadas, donde lo esencial está dejado a la improvisación, requieren del individuo unas grandes dotes de relaciones sociales para dominar las situaciones. La codificación es capital porque asegura una comunicación mínima. En los sistemas democráticos existen codificaciones, pero se cuestionan continuamente, y ésta es la paradoja: la base de la democracia es la libertad, la discusión y planteamiento de nuevas propuestas, pero los grupos humanos diferentes generan conflictos cuando se plantean cambios.

La resistencia al cambio puede manifestarse por medio de tres tipos de comportamientos: Resistencia activa (suele ser una actitud agresiva), Resistencia pasiva (generalmente de forma colectiva, más o menos organizadamente), o indiferencia (demuestra escaso o nulo interés por el proceso que se lleva a cabo). En este proceso se están viendo actitudes de los tres tipos

b) Conflictos de orden interno: Recelos entre iguales:

La falta de una regulación clara al respecto, y la heterogeneidad entre las terapias y los terapeutas se perfilan como las razones principales de deslegitimación entre los iguales. La primera es la **deslegitimación de los médicos que no son corporativistas**. Las primeras estructuras asociativas de médicos dentro del sector fueron al amparo de los colegios de médicos provinciales, en las secciones colegiales de acupuntura. La primera en crearse fue la del colegio de médicos de Barcelona y Sevilla, en la segunda mitad de los años 80, a las que siguieron la de Gerona o Tarragona. Su valor fue importante, ya que supuso por primera vez el reconocimiento de los médicos de una disciplina diferente a la oficial y el esfuerzo de ordenamiento y legitimación. Al ser esencialmente corporativista, el conflicto se produce cuando algunos de los miembros del grupo se desmarcan con teorías aperturistas hacia otros sanadores no necesariamente médicos. Tal es el caso del Presidente de la sección de médicos acupuntores de Tarragona y Fundador de la Escuela de Medicina Tradicional China o del fundador de la Escuela Neijing y Tian (Centro de estudios y desarrollo de la Medicina Tradicional). Los homólogos explican estas actitudes en base a dos razones: económicas para el primero y por la aureola de “maestro” que genera el segundo:

(...)P: ha funcionado más el de Tarragona, por el tema del presidente del colegio.

R: hombre, hombre, claro (elevando la voz), pero si rascamos el tema, ahí está metida la Fundación la Caixa....Eso lo conocemos también, pero eso es muy raro, eso no puede ser un modelo.

(S-16)

(...) me parece demasiado anclado en la medicina china antigua y yo creo que hay algún paciente que lo cita a las tres de la madrugada porque es la hora del pulmón, o a las cinco, etc...y además no me gusta cómo los alumnos hablan de él, no me gusta ese aire de gurú, de maestro, me molesta un poco...ese punto así sectario que hace esa escuela, y que también se hace en muchas escuelas chinas por la cosa esa más confuciana ¿no? de que al maestro nunca lo critico, pues yo creo que eso hace que no se avance.

(S-19)

Para los médicos no corporativistas, sin embargo, las actitudes de los otros obedecen a razones de prestigio social y de orgullo propio del modelo médico hegemónico:

(...)El argumento de que hay estafadores,,,¿es que no hay estafadores médicos? Por favor, si dijésemos que los médicos occidentales son una pulcritud..no por favor, esa es la típica historia de ver la paja en el ojo ajeno. ¿Cuántos son los que han hecho daño si lo comparamos con el daño yatrogénico de la medicina moderna? No hay comparación. No ves la viga en tu ojo, che! De acuerdo que habrá embaucadores y gente que sale de vez en cuando en los reportajes, que me hace gracia porque dicen: le hizo no se qué, y le cobró no se cuánto, y le engañó...y sacas ese caso. Yo te meto una cámara oculta en un hospital, y no te puedes imaginar lo que puedo sacar. Pero esa cámara oculta no entrará nunca en un hospital...es muy hipócrita. Por supuesto no está bien que nadie tape a nadie, pero seamos un poco honrados, primero limpiemos la casa y luego limpiemos la de los demás.

(S-11)

Para los terapeutas de shiatsu los conflictos derivan de las diferentes corrientes filosóficas (recordemos que los de la escuela Namikoshi se consideran los depositarios del shiatsu “auténtico”) y de intereses económicos, ya que algunas escuelas se han amparado en el vacío legal para ofrecer una formación dudosa e incluso ilegal. Esta situación es denunciada por los que pretenden trabajar seriamente

(...)Si las escuelas no somos serias y no nos regimos por unos sistemas de realmente buena formación y con unas evaluaciones sean evaluaciones, no sólo porque pague la persona...en mi escuela no aprueba todo el mundo. Yo se de otras que sí lo aprueba todo el mundo.

(S-10)

(...)Es entonces una escuela superior privada, totalmente privada, entonces ellos te dan

un diploma que pone escuela superior universitaria, pero no es un reconocimiento universitario. Es un escándalo Eso quiere decir que haces tres fines de semana, da igual lo que hayas estudiado, no se qué enseñan en estos tres fines de semana, vale 1.100 euros, vas a la universidad, es la bomba, vas a clases de universitarios, masificadísimos. Entonces, a una persona que lleva tiempo trabajando le reconoce el nivel de título... personal histórico, es como lo llaman normalmente. ¿qué pasó ahí? Que informaron de otra manera engañosa. Que si no tenían esto no podían ejercer en España, como si fuera una homologación dentro de la regulación. Claro, yo junto con otra gente incluimos en nuestros boletines y nuestras reuniones el desmentido de todo esto, que es un engaño. Y el gobierno directamente en septiembre lo desmintió públicamente.⁹

(S-06)

Han sido varios los intentos de unificar la formación de las diferentes escuelas en cuanto a contenidos y número de horas de prácticas, pero la mayoría infructuosos

(...)Hace tiempo en FENACO hubo un intento de hacer un programa y a mí me eligieron por un grupo de expertos para prepararlo. Un programa de 1800 horas que por algún lado andará si lo necesitas, yo te lo envío. Era una forma unificada, similar a una Diplomatura. En Japón hacen 2100 horas. Luego cuando se pasó a COFENAT y un comité de expertos de terapias orientales me volvió a elegir para hacer un programa que preparé con otra Asociación. Se le ofreció a la escuela japonesa pero no quiso participar, porque siempre están pensando que ellos son los que tienen que llevar la voz cantante en este tema. Si nosotros, todos, trabajamos bien, haciendo programas serios, no en papel, sino a la hora de la verdad... En mi escuela se hacen 350 horas de prácticas. Eso quiere decir que al terminar los tres cursos tienen 1.050 horas de prácticas. Son obligatorias, y el que no las hace no aprueba. No hay más.

(S-10)

Solo en Cataluña, cuando se han visto obligados a ello por la regulación, han hecho un esfuerzo real para la elaboración de un único programa de shiatsu, intentando englobar todas las corrientes mínimamente

(...) lo que yo he puesto no quiere decir que eso es lo que hay que hacer. Luego cada escuela hará...yo he puesto unos mínimos, diciendo que una escuela de shiatsu tiene que tener mínimamente esto. Ya ahí está especificado "según especialización, según escuela". Si yo soy zen pues haré más zen, pero las bases, los fundamentos, he intentado hacer algo coherente.

(S-20)

En el mundo de las Terapias Naturales en general se ha dado un fenómeno de agrupamiento en busca del objetivo común de la regulación, como es el caso de la Mesa

⁹ Dentro de los diferentes grupos enfrentados se alerta a los terapeutas sobre posibles fraudes en la oferta de titulación académica a través de las páginas web y las revistas

de Unidad de las Terapias Naturales o FENACO (Federación Española de Profesionales de Naturopatía), pero la excesiva heterogeneidad ha dado lugar en ocasiones a enfrentamientos por distintos puntos de vista en cuanto a la consecución de objetivos, o a la formación de sub-agrupaciones en función de las ideas o para defender los intereses de una terapia en concreto frente a otras. En el caso del shiatsu hay algunos miembros de distintas escuelas o Asociaciones que han tenido afinidad y han compartido estrategias frente a otros. La característica del shiatsu es que “no da dinero” por la imposibilidad física de trabajar con muchos pacientes, ya que requiere hacerse de rodillas y dedicarle tiempo

(...)Esto en reunión privada, me dijo: esto tú ya lo sabes, no hay dinero en el shiatsu. Se necesita una hora mínimo con cada cliente.

(S-06)

(...) yo lo estoy pasando mal porque lo que se mueven son antiguos problemas e historias, juegos de poder. Yo personalmente lo llamo la mesa de los barrigones, porque nunca he visto tanta gente con tan poca salud juntarse en una sala. Yo estoy a punto de retirarme y todo porque se mueven con sus opiniones. Acaban de sacar como una declaración, un manifiesto¹⁰, que hacen lo de siempre, atacan a la medicina alopática, y yo en una reunión dije que no quería poner el nombre de mi asociación en esto, y se juntaron 4 o 5 conmigo, de los 9 que estábamos reunidos, de los supuestos 25 asociaciones que están metidos. Las reuniones están resultando poco asistidas, porque cofenat representa tantísimo. Hubo un juego ahí cuando cambiaron el nombre.

P: por qué cambiaron el nombre?

G: cambiaron el nombre porque realmente estaban peleados con fenaco, se pelearon el antiguo director de fenaco y el nuevo. Lo llevaron a juicio

(S-06)

Estos problemas se dan, tal y como Nadel S.F (1974) comenta, por los problemas del “Orden interno”, que es uno de los atributos básicos para dar cohesión y duración a un grupo. El orden interno o real de una estructura social está fundamentado en las distintas posiciones que ocupan los miembros del grupo en relación los unos con los otros: posición social, jerarquía, poder, autoridad, prestigio y escala de valores. La formación de sub-grupos es un fenómeno habitual. Las relaciones entre diferentes asociaciones de iguales pueden tomarse como sub-grupos dentro del mismo grupo, como es la Mesa de Unidad, o como interrelaciones externas. Yo lo he analizado como el primer caso. La *cohesión* o fuerza con la que las partes del grupo se mantienen unidas

¹⁰ Manifiesto disponible en www.fenaco.net

es producto de muchos factores diferentes y ha sido objeto de análisis por parte de diferentes autores¹¹. En nuestro caso parece que la consecución de un objetivo común como es la regulación hace que permanezcan unidos, basándonos en la teoría de Simmel por la cual la base común del entendimiento, ateniéndose a ciertas reglas, está por encima de intereses particulares en las sociedades complejas, o en la de Nadel, por la que igualmente el establecimiento de un objetivo que él denomina “arrollador” (por ejemplo, patriótico) actuará de mecanismo regulador por encima de los objetivos de los sectores (por ejemplo, la lucha de clases). Podrá ser objeto de otro análisis futuro en el caso de que se consiga ese objetivo.

c) Conflictos de orden externo:

Sanitarios frente a no sanitarios/ Intrusismo:

“La interacción se da entre individuos de acuerdo con las posiciones que dichos individuos ocupan en la estructura social. Cada posición o categoría dentro de la estructura social recibe el nombre de status” {Cone, 1979:69}

Todos los grupos son depósitos de poder y de autoridad, y lo utilizan no sólo internamente, sino que intentan presionar hacia el exterior en aras de la consecución de sus objetivos. Todos los grupos hacen transacciones con el mundo exterior, aunque solo sea por la necesidad de reclutar nuevos miembros {Bock, 1985}. Las interrelaciones entre diferentes grupos pueden tomar tres formas principales: la *coexistencia*, que implica escasa interacción, la *coordinación* de una manera determinada, como es el caso de la unión de asociaciones en una más grande nacional (la Mesa de Unidad de Medicina natural, o Federaciones internacionales) o, por último, la *oposición, antagonismo o competencia*. Estos grupos no conviven unos con otros, sino que

¹¹ Emile Durkheim fue el primero en señalar claramente dos tipos de integración o cohesión: los denominó *solidaridad mecánica* y *solidaridad orgánica*. La solidaridad mecánica se basa en la semejanza de las partes del grupo social, es decir, que las partes del grupo se mantienen unidas porque son parecidas: todas las personas del grupo tienen experiencias, ideas y emociones similares. Todos los grupos deben poseer cierto grado de solidaridad mecánica para que puedan funcionar como tales. No obstante, el grupo que se base tan solo en ella tenderá a desintegrarse, precisamente porque cada uno de sus segmentos es equivalente y, por lo tanto, funcionalmente independiente de los otros.

La solidaridad orgánica, por su parte, que basa en las *diferencias* que existen entre las partes del grupo. Es una de las consecuencias de la división del trabajo, ya que ésta hace que los segmentos sean desiguales y, al mismo tiempo, interdependientes. Durkheim se basa en la analogía de las partes del cuerpo, cada una de las cuales tiene una tarea que cumplir y no puede funcionar sin las otras. Ningún grupo social puede subsistir sin un grado de solidaridad orgánica, aun cuando la necesidad de intercambio tenga que establecerse y mantenerse de manera artificial.

reclaman un derecho exclusivo, y en el caso de que los grupos coincidan con escalas sociales competirán por los derechos de su status en la sociedad.

Por tanto, si los celos entre iguales se correspondían al orden interno, los conflictos en el orden externo derivan de las relaciones entre grupos diferentes, con diferentes categorías sociales y posicionamientos (aunque también puede referirse a las relaciones entre sub-grupos dentro de una misma organización). El conflicto por intrusismo es un claro ejemplo de ello. Ya sabemos que, por ejemplo, el Decreto de Cataluña está paralizado por las denuncias de los Colegios de médicos, farmacéuticos y fisioterapeutas. Estos grupos tienen un mayor grado de prestigio social avalado por la universidad, por lo que en general su posición es más fuerte. Cada uno lucha por conseguir la exclusividad de las terapias naturales en un ámbito: los médicos por la acupuntura, los fisioterapeutas por el shiatsu y los farmacéuticos por la homeopatía y los remedios de hierbas. Sin embargo, hay casos en los que se producen conflictos de intereses entre colegios profesionales universitarios, como es entre médicos y farmacéuticos por los tratamientos homeopáticos y de hierbas, o el caso de los enfermeros. Los colegios de Enfermería no tienen tan claramente definidas sus competencias en el ámbito de las terapias no convencionales, y las reclaman en general bajo el paraguas de una legitimación universitaria abierta a todas ellas. Sin embargo, como ya hemos visto, los médicos en este ámbito pretenden reproducir y continuar con los enfermeros el mismo modelo que en el sistema biomédico: ellos son los que están legitimados para diagnosticar, y el enfermero puede *“aplicar las terapias de medicina china en pacientes previamente diagnosticados por médicos”*¹². Los grupos, sin embargo, pueden cambiar de estrategia en función de la consecución de los objetivos, y en este caso los colegios de médicos ya no hablan de intrusismo de los enfermeros en Cataluña, donde la lucha se centra en los no sanitarios como hemos visto

La lucha de los sectores por la supremacía puede decidirse por la fuerza o ser reprimida por las sanciones. Será el organismo institucional correspondiente, legal o político, el que decida, y ya hemos visto cómo en este caso hay bastante confusión por la estructura estatal española, que al tener transferidas a las comunidades autónomas competencias fundamentales, colisiona entre éstas y los organismos centrales cuando gobiernan partidos políticos de distinta orientación.

¹² Tomado de los Objetivos del título de “Experto en la aplicación de las técnicas de acupuntura y MTC” de la Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid.

Escepticismo:

Sería el otro conflicto de orden externo o de relaciones entre grupos, en este caso más abiertos, en general entre la medicina oficial y la no oficial. Hemos hablado de él al hablar de la reacción de la medicina oficial. La OMS titula uno de los capítulos de su *Estrategia sobre Medicina Tradicional 2002-2005* de la siguiente manera: “Entusiasmo no crítico frente a escepticismo no informado”. Los terapeutas no convencionales se quejan sobre todo de que la sociedad en general y los médicos alopáticos en particular opinen sin que esas opiniones estén basadas en informaciones veraces, sino en estereotipos. El desconocimiento es muy grande y lo peor es que en muchos casos no hay interés o voluntad de cambio:

(...)Pero no hay interés ¿para que? Si ya tenemos médicos. Me acuerdo una reunión con el Presidente del colegio de médicos para solicitarle que nos dejara reunirnos en el colegio, y dice: “bueno, lo primero que teneis que explicarme es qué es eso de la acupuntura, no tengo ni idea”. ¿así a dónde vamos? El presidente del colegio de médicos tiene en su agenda una entrevista con los acupuntores y no se informa ni sabe qué es la acupuntura. ¿Eso sirve para algo? Mire, vamos a dejarlo, ¿de qué vamos a hablar? Eso es cultura general, mire usted. Eso es como si yo le digo: “¿es usted cirujano? ¿y eso sirve para algo?usted mata gente en los quirófanos”. Se sentiría mal, lógico, porque demuestra mi incultura, yo debo saber mínimamente de qué va el asunto ¿no?. La reunión duró 5 minutos. Me levanté y le dije: mire, le puedo aconsejar algunos libros de cultura general para que se haga una idea, y luego hay 1.200 millones de chinos que se dedican a estas cosas. Cristóbal Colón descubrió América hace tiempo ¿sabe? Y existía oriente mucho antes.

(S-11)

(...) hay colegios de médicos que no quieren saber nada de esto, y colegios de médicos que impulsan actividades y lo llevan desde hace mucho tiempo. Y hay otros colegios que los tendremos que convencer, de ahí que estemos haciendo una especie de ruta, visitando colegio por colegio e incentivando a los compañeros que se reúnan en la sociedad española, y además en su colegio

(S-16)

El escepticismo está fundamentado en una supuesta falta de evidencia científica, pero son muchísimas las publicaciones internacionales relacionadas con la eficacia de las TC. El problema es que no se leen, en unos casos por falta de interés y en otros porque en general se lee poca literatura científica no publicada en español:

(...)Falta esto, porque la gente dice a veces que no hay mucha experiencia, que no hay indicaciones de acupuntura, pero hay mucho. En la base de datos COCRAHNE hay más de 15.000 referencias de acupuntura.

(S-04)

Existen en Estados Unidos estudios sobre derivación interprofesional en sistemas integrados, y las conclusiones son: en primer lugar, que el 75% de las derivaciones de pacientes por parte de médicos de Atención Primaria a los terapeutas de TC son a petición del paciente, y en segundo lugar que los patrones de derivación son el resultado de varios factores: el conocimiento percibido sobre la disponibilidad de la terapia y efectividad del tratamiento, si el remitente tiene alguna práctica sobre la otra terapia y si conoce al terapeuta la cual remite {Coulter, 2005}.

Hay algunos terapeutas que son optimistas respecto a este punto, mientras que otros consideran que ese abismo de desconfianza tardará mucho en unirse:

(...)En ese sentido va a ser difícil que haya una simbiosis, sobre todo respetuosa, porque hay mucha falta de respeto, tanto de unos hacia otros como de otros hacia unos, depende de con quién estés. Pero además muy despectivo, muy defendiendo mi posición.

(S-11)

Barrera cultural

Los problemas de comunicación entre los españoles y los terapeutas orientales no son sólo idiomáticos –que también-, sino de entendimiento. Ya comenté cómo en mis observaciones escritas durante la entrevista a una terapeuta china en España el dato más recurrente fue éste, ya que había recelo por su parte hacia mí, hacia los pacientes y hacia los médicos españoles. Frecuentemente nos pedíamos mutuamente repetir la pregunta o la respuesta y fue una entrevista un poco “extraña”. Preguntados los pacientes, también sienten recelos y a menudo no vuelven.

(...) La gente a lo mejor sabe de acupuntura, pero no de medicina china y hay quejas. Si se cuece caca huele y el vecino se queja. Es que son distintas cosas, aunque cada vez está entrando más. Algunos me dicen: lo que tu mandes, pero otros tienen miedo porque vienen en letras chinas o a veces en inglés, y no entienden...no mando casi, porque si mando tienen miedo, porque no pueden leer, pregunta si tiene efectos secundarios, que qué es y no se lo toman. Y si algo les pasa dicen que es por mi cosa... Un español sabe los puntos para pinchar, pero luego no sabe lo de los 5 elementos, eso no lo entiende mucho...

(S-03)

7.5. Percepción sobre la evolución

Para finalizar, y a modo de resumen, se les pidió a los entrevistados que opinaran

respecto a la percepción que tenían sobre la evolución de la medicina integrada en España. A pesar de la última opinión citada más arriba, tanto terapeutas como usuarios son, en general, optimistas. Sin embargo no creen que sea a corto sino a medio plazo, ya que las resistencias son todavía altas. Veamos cuáles son las razones que les llevan a ese optimismo:

- Presión de la demanda: La alta eficacia de las TC en determinadas enfermedades frente a la medicina alopática hará que los pacientes sigan buscando algo que les resuelva su problema

(...) vivimos en un modelo social hedonista por naturaleza. Todo es diversión, todo es placer y pasarlo bien. Cada vez menos la gente tolera no estar bien, me da igual de dónde sea. Va buscando nuevas cosas. Como resulta que ya no hay curas, o muy pocos y los médicos de familia están muy ocupados para escucharlos, pues ellos tienen sus problemas y siguen buscando alternativas.

(S-05)

(...) La percepción del futuro es positiva pero a medio o largo plazo, en el sentido de que esto tiene a nivel social una difusión amplia y una demanda amplia, pero dentro de lo que podríamos decir oficial o académico, yo me siento un poco punta de lanza con lo que hago.

(S-07)

- Las recomendaciones europeas y de organismos como la OMS en cuanto a la regulación e integración, así como el inicio, aunque tibio, de experiencias de integración, que darán credibilidad

(...)es lógico que España vaya a caer en la órbita de todos los países que nos rodean, es decir, incluir la acupuntura en la atención sanitaria.

(S-13)

(...)Alternativas que den confianza, esa es otra, esas alternativas irán a más. Yo estoy convencido de que en el momento que salga esta titulación u otra con requisitos que se puedan comprobar, esto ganará mucho en confianza a la población, y se integrará. Estoy convencido. Es que además son complementarias, yo no te voy a sustituir una cosa por otra, son complementarias.

(S-05)

(...) yo aspiro a que esto (la regulación en Cataluña) acabe sentando un precedente, no solo en España sino en Europa. En Europa hay diferentes regulaciones, pero yo creo que por el momento no llegan a ésta, yo creo que ésta está mucho mejor diseñada, y espero que en Madrid, el gobierno central, en vez de poner trabas o problemas en la parte que le compete sino, muy al contrario, empiece a tomarlo como modelo y los demás españoles puedan aprovecharse de esto.

(S-18)

En cuanto a las resistencias o puntos más pesimistas, argumentan los siguientes:

- Lentitud en una regulación clara, que contribuye a la mala preparación y al fraude

(...) Lo que veo mal es el uso fraudulento de las terapias. Hay personas que lo se que han hecho un curso de un mes y ya se ponen de terapeutas.

(S-05)

- Los grupos que promueven legislaciones muy restrictivas, como es el caso de los médicos acupuntores, tienen unas expectativas más a largo plazo, porque tienen menos personal cualificado y necesitan más tiempo

(...) es que esto es a largo plazo. Tener regulado todo lo que tiene calidad te cuesta mucho sacarlo, tienes que depurar muchas cosas, y tienes que utilizar a todo el mundo que está haciendo la técnica si quieres implantarla, pero teniendo seguridad que es lo correcto.

(S-15)

(...)De todas maneras no tendremos más remedio que impugnarlo (El Decreto de Cataluña), con lo cual se quedará todo parado si ganamos...y es una pena pararlo, porque para que se vuelva a dar la coyuntura adecuada van a pasar muchos años. Y además les va a costar dinero al Departamento de Salud, porque a lo mejor han empezado a dar títulos, y tienen que echarlos atrás. O sea, que se armará la marimorena.

(S-19)

- La primacía del Modelo Médico Hegemónico y el poder de la industria farmacéutica. A pesar de demostrar que los costes disminuyen y que los usuarios perciben como muy negativos los efectos secundarios de los fármacos, la influencia que tiene la poderosa industria farmacéutica sobre los gobiernos dificultará enormemente el proceso, así como las dificultades del cambio de mentalidad.

(...)disminuye el consumo de fármacos, a la sanidad eso le beneficia porque disminuiría el gasto en fármacos. Pero yo creo ahora que la mentalidad que tiene nuestra empresa no está por la labor. Están pensando en los gastos, y piensan que introducir a lo mejor otro profesional para dar shiatsu en un centro de salud va a ser una nómina más, un gasto más, y no creo que lo hagan, porque no tienen visión de conjunto normalmente. Por lo menos es los que yo percibo de la empresa.

(U-05)

Pero incluso dentro de las expectativas menos optimistas, hay quien ve que el que sea así es bueno, dado que llevará su evolución natural:

(...)creo también que cada época tiene su tiempo, y llegará el momento de la acupuntura cuando la sociedad se mentalice. Es cuestión de tiempo, entonces muchas veces las luchas llegan porque ha llegado su tiempo y se acepta.

(S-08)

(...) los títulos a largo plazo. Lo bonito de todo esto es la evolución natural. Si lo forzamos rompemos su evolución natural, y es un poco la filosofía detrás del mismo shiatsu o de la filosofía oriental. Si lo dejas dentro de su evolución el público lo pedirá, por un lado, las escuelas irán mejorando porque tendrán tiempo para mejorar...los alumnos aceptarán que cuesta una cierta cantidad de dinero, permitiéndonos alargar un poco los cursos...porque lo que limita muchas veces la parte didáctica es que el alumno dice: ¿cuánto cuesta? Y entonces si el alumno ve realmente la necesidad de ir a una escuela de calidad aceptará que esto tiene un pequeño precio. Es mi opinión dentro del mundo del shiatsu, pero el mundo del shiatsu es mucho más pobre, entonces no tenemos grandes esperanzas de ganar mucho dinero, por tanto no estamos tan animado para engañar. La naturopatía u homeopatía ya ha entrado la corrupción.

(S-06)

**TERCERA PARTE: SITUACIÓN
DE LA MEDICINA ORIENTAL
Y MEDICINA INTEGRADA EN
JAPÓN**

CAPÍTULO 8:

Cuidados de salud en Japón

8.1 Historia de los Cuidados de salud en Japón. Etapas

1. Introducción de la Medicina tradicional China y desarrollo de la medicina tradicional japonesa (*Kampo*) :
2. El encuentro entre la Medicina occidental y la Medicina japonesa
3. La Restauración Meiji y la “westernización”
 - I. 1868-90: Adopción del modelo germánico y exclusión de la medicina *kanpo*
 - II. 1890-1930: Desilusión de occidente y socialización de los cuidados médicos
 - III. El impacto de la 2ª Guerra mundial y su repercusión en los cuidados de salud

8.2 Sistema de atención de salud actual.

- Problemas y estrategias de futuro
 - a) Estancia media de hospitalización muy larga y congestión de los hospitales.
 - b) Importante tasa de población anciana.
 - c) Excesiva dispensación de fármacos.
 - d) Los defectos de la occidentalización y la biomedicina.

8.3 Resurgimiento de la Medicina tradicional japonesa (*kanpo*). Convivencia con la biomedicina.

En este capítulo hemos de abordar diversos aspectos de forma paralela: por un lado iremos viendo cuál ha sido la evolución de la Medicina tradicional China en Japón (*Kanpo*), y a la vez analizaremos la relación de Japón con los países occidentales y, por tanto, con la medicina occidental. No debemos olvidar que Japón, desde un punto de vista geográfico por el hecho de ser isla, y por otra serie de circunstancias culturales, religiosas, etc, no tuvo contacto con ningún país occidental hasta el siglo XVII.

A través de estas dos líneas básicas de trabajo, analizaremos cuál es la situación actual del modelo médico japonés.

8.1. Historia de los cuidados de salud en Japón. Etapas

Según sostiene un psiquiatra, el Dr. Tadeo Wilkinson (1991 85 /id}, los japoneses han sido siempre muy orgullosos y fuertes en defender sus raíces, pero sin embargo, y de forma paradójica, se han acostumbrado a verse en la periferia de los países poderosos: primero China, luego Europa y por último Estados Unidos. Incluso llegaron a desarrollar eslóganes que explican este proceso, como *Wakon kansai* (“espíritu japonés, técnicas chinas”) durante el período de aprendizaje de China y *Wakon Yosai* (“espíritu japonés, técnicas occidentales”) durante el período de aprendizaje de Europa y Estados Unidos. Estos eslóganes legitimaban el proceso de aprendizaje y a la vez mantenían los puntos fuertes del carácter nacional.

La raíz de este comportamiento puede estar en “*un deseo de pertenencia a alguien y una necesidad de ser amado*” (Wilkinson, 1991:40), lo cual explicaría el por qué son tan receptivos hacia un segundo modelo médico y de cuidado de salud: la necesidad de no sentirse aislado como nación. Los japoneses se ven a sí mismos como extraños, tanto en Asia como en occidente. No se identifican dentro de ningún grupo de países, y no han tenido buenas relaciones con ningún país de su entorno (puede ser por esa necesidad de territorio que siempre han tenido, que les ha hecho invadir en muchas ocasiones países cercanos)

Una consecuencia importante de este hábito de tomar otra cultura externa como modelo ha sido la idealización de la misma y el posterior desengaño. Después de la guerra con China en 1894-5, muchos japoneses quedaron en estado de shock al comprobar que China, cuya cultura habían reverenciado durante siglos, se tornó en un país débil y corrupto. De la misma manera, en el siglo XIX, cuando Japón, con todo el fervor de un

aspirante a miembro de un club adoptó el punto de vista europeo sobre el mundo, incluída la visión colonialista sobre Asia, no pudo entender el fracaso de la misma.

Hoy podría decirse que es el turno de Estados Unidos, que es su actual ídolo, ya que se empiezan a ver, aunque vagamente, signos de desilusión sobre el modelo americano.

Los japoneses permanecen en la historia, por tanto, con una especie de “crisis de identidad”. Como dice Wilkinson (1991:46) “*la gente a menudo ha estado dividida entre el interés filosófico por occidente y los imperativos nacionalistas-el deseo de ser moderno y aceptado por occidente, manteniendo a la vez su identidad como japoneses*”. La relación de los japoneses con los extranjeros es realmente interesante: tienden a hacer mitos de los extranjeros, dan lugar a muchos malentendidos, porque realmente los ven muy diferentes, física y psicológicamente discontinuos . La brecha entre el entendimiento conceptual entre Japón y occidente es realmente amplia {Nagatani, 1998}

La Historia de los cuidados de salud en Japón tiene las siguientes **etapas**:

1. Introducción de la Medicina tradicional China y desarrollo de la medicina tradicional japonesa (*Kampo*) :

Kampo, o medicina tradicional japonesa, fue construída con las teorías y prácticas importadas desde China y Corea en el siglo VI. Los japoneses imitaron sin modificaciones la medicina tradicional china hasta la era Edo (1603-1867), en que crearon su propia versión con la adaptación de estas prácticas a la cultura japonesa. Esta versión se denominó *Kampo*, que incluye hierbas medicinales (*kampo-yaku*), acupuntura (*shinkyu*) y shiatsu.

Acorde con escritos antiguos, los japoneses siempre fueron gente sana y longeva, con gran sentido de la limpieza como factor de prevención frente al contagio de enfermedades. Probablemente el desarrollo de los rituales de purificación viene derivado de ello.

El libro médico más antiguo que se conoce es *Inshipo*, escrito por Tanba Yasuori en el año 984. Es una recopilación de 30 tomos sobre diversos tipos de conocimiento: prescripción de hierbas, higiene, acupuntura, moxibustión, alquimia, magia, directrices de vida sexual, dieta, etc.

En ese tiempo, la medicina china estaba estrechamente conectada con el budismo: las instituciones de caridad incluyendo los hospitales estaban establecidos en el recinto de los templos, pero en la época Edo (1600-1868) se creó la “Escuela de Medicina del Último Día” (*Koseiho*), que se apartó del budismo y se desarrolló hacia el confucianismo, lo cual supuso la “japonización” de la medicina china “(Powell y Anesaki, 1990: 23). Conceptualmente supone un mayor escepticismo hacia las teorías abstractas, con una insistencia en experiencias verificables, lo cual es una de las características persistentes en la tradición de la medicina japonesa: son más “positivistas”, menos filosóficos y más pragmáticos, lo cual no se conoce en occidente, donde se piensa que la medicina oriental es la misma para toda Asia.

2. El encuentro entre la Medicina occidental y la Medicina japonesa

El segundo hilo conductor que teje las bases de la práctica de la medicina moderna en Japón fue la influencia directa de los europeos y misioneros cristianos.

Los misioneros españoles y portugueses (San Francisco Javier), así como los comerciantes que llegaron a Japón en el siglo XVI, fueron el primer contacto entre Japón y Europa. Se vieron como algo exótico y amenazante, por lo que fueron expulsados y prohibidas las ideas cristianas. Desde el año 1630 hasta 1858 el gobierno feudal adoptó una política de reclusión, siendo únicamente los chinos, los coreanos y los holandeses los extranjeros a los que se les permitía el comercio. Los holandeses ganaron este privilegio por su proclamada falta de interés en la evangelización, y fueron confinados en una isla artificial llamada *Dejima* en el puerto de Nagasaki, en el sur de la isla de Kiushu.

Los holandeses fueron los que comenzaron a introducir los conceptos de la medicina occidental que, junto con la Astronomía, fue el campo al que se abrió Japón, por su efectividad (en algunos casos mayor que la de la medicina china) y por su ausencia de conexión con el cristianismo. Especialmente interesados estuvieron en los estudios sobre anatomía occidental, (que difería de la oriental) y disecciones de cadáveres, así como en la cirugía. Hacia la mitad del siglo XVI, los médicos japoneses empezaron a introducir en sus prácticas algunos de los remedios occidentales, así como algunos elementos nuevos en la dieta (huevos, leche o vino). Los traductores jugaron un papel fundamental, y muchos japoneses comenzaron a aprender el idioma y a la vez otras

ciencias como medicina, astronomía, navegación, geografía, física y matemáticas. Fueron llamados los alumnos *Rangaku*.

También hubo intercambio de conocimientos desde la medicina japonesa a la occidental. Entre los autores holandeses que comenzaron a enviar escritos sobre ello destaca Willem Ten Rhijn, que realizó la primera descripción sobre acupuntura¹. Ten Rhijne no se limitó a la traducción de teorías orientales sobre medicina, sino que supo reproducir el conocimiento dentro de un contexto, haciendo la información “commensurable”, esto es, supo encontrar el denominador común entre cosas diversas, que es lo que permite la comparación {Cook, 2003}. Su prestigio fue tan grande en Japón que incluso fue llamado a Edo (Tokio) para atender al emperador. Sí que es cierto, sin embargo, y tal como comenta Wilkinson (1991) que contrasta el enorme interés de los alumnos *Rangaku* con la total indiferencia entre los europeos hacia Japón, hecho que se ha repetido a lo largo de la historia una y otra vez.²

Otro médico holandés con notable influencia fue Otto Mohnicke (1814-87), que vivió en Japón desde 1848 a 1850 y que introdujo la vacuna de la viruela. La introducción de la vacuna de la viruela y el uso del estetoscopio fueron factores fundamentales en la aceptación del conocimiento médico occidental y la gradual subyugación de la medicina tradicional china {Powell, 1990}.

En los 250 años que duró el shogunado de Tokogawa la Medicina Tradicional China en Japón creció como entidad científica más amplia, porque aunó conocimientos occidentales y orientales. Vieron la necesidad de una medicina basada en un conocimiento directo y empírico, y esto queda reflejado en los nuevos textos, como un ensayo sobre anatomía de Yamawaki Toyo (*Zoshi*) o Sugita Gempaku (*Kaitai Shinsho-Nuevo libro de Anatomía*). Por ejemplo, en la tradición china del diagnóstico basado en el aspecto de la mucosa de la lengua hay relativamente pocas ilustraciones, y las que aparecen son muy esquemáticas, mientras que los textos japoneses sobre el mismo tema

¹ Ten Rhijne, W. *Dissertatio de Arthritide*. (1683). London: R. Chiswell, Societatis Regalis typographi, at the rose and Crown in St. Paul's Churchyard. La historia completa de este médico explorador y aventurero se puede consultar en: Cook, Harold J. (2003)

² Ha habido excepciones a esta actitud, como es el caso del Dr. Edward Hume (aunque en este caso en sobre china, no sobre Japón), que a principios del siglo XX estuvo en China y después escribió un libro delicioso sobre sus experiencias, titulado *Doctores en oriente, doctores en occidente* {Hume, 1949}. En el libro afirma: “...me empecé a preguntar cómo era posible que el tiempo hubiera dado al médico chino una comprensión tan madura de la naturaleza humana y cómo llegaba a comprender con tanta precisión y presteza los factores sociales, religiosos y económicos que se encuentran detrás de las manifestaciones externas de la enfermedad...Este libro es un relato personal de cómo un médico americano descubrió que la medicina podía construir puentes entre las naciones y las culturas.”

están realizados con abundante color y detalle. Se tiene la idea de que el dibujo japonés debe ser “auto-explicativo”. De la misma manera ocurre con la descripción de la palpación del abdomen (*hara*), que los médicos japoneses desarrollaron durante la época Edo (Sakai, 2003) y que podemos ver en la siguiente ilustración.

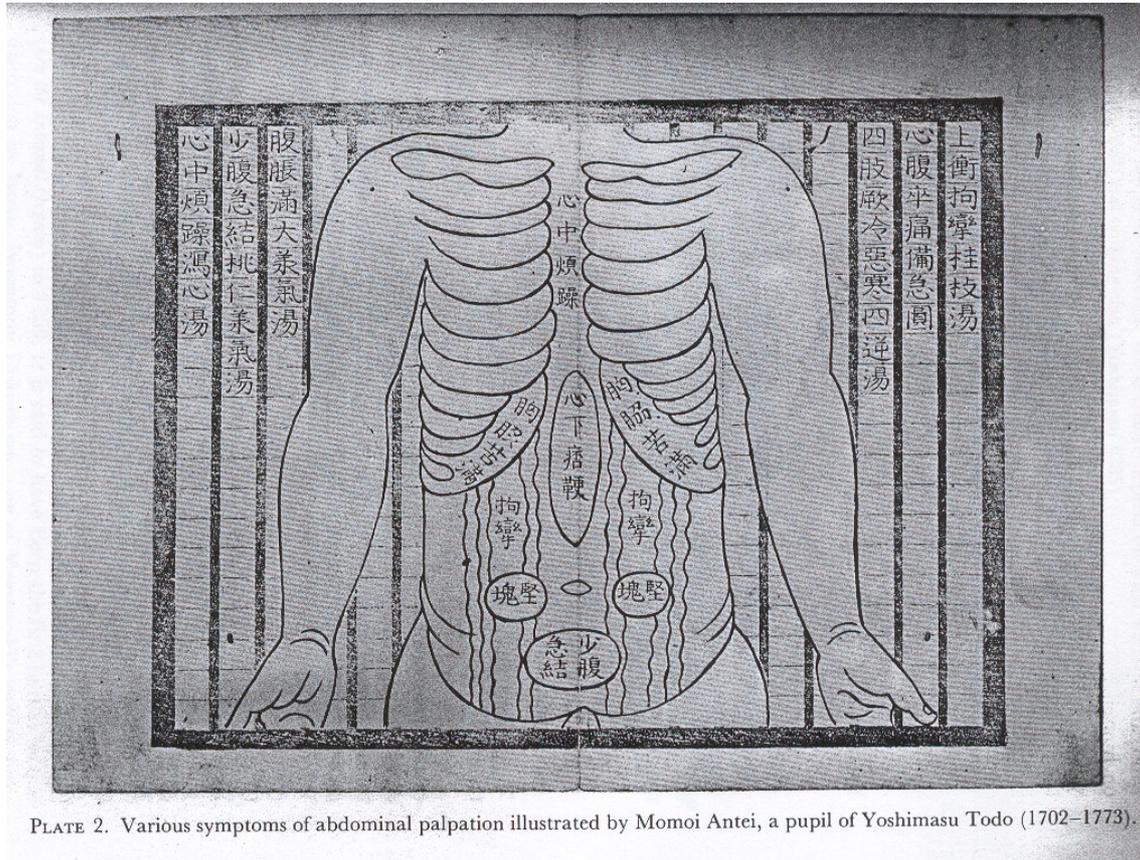


PLATE 2. Various symptoms of abdominal palpation illustrated by Momoi Antei, a pupil of Yoshimasu Todo (1702–1773).

Figura 19. Fuente: {Leslie, 1976: 86}

Los estudios de medicina occidental se centraron en Nagasaki, instaurándose a principios del siglo XIX una Escuela médica occidental, precursora de la Facultad de Medicina de la Universidad de Nagasaki.

Cuando se abandonó la política de aislamiento en 1858, se instaló formalmente, siendo su director el holandés Pompe Von Meerdervoot. Este hecho supuso el inicio “oficial” de los estudios sobre medicina occidental, así como la legitimación de los que la practicaban. En la época feudal cualquiera podía ser médico simplemente proclamándose a sí mismo como tal: no se requería ninguna cualificación o educación. Los médicos se dividían en dos clases: los que estaban empleados por los señores feudales y los médicos privados incluyendo los sanadores tradicionales, que vivían y

trabajaban entre el pueblo. Para la mayoría del pueblo la medicina *kanpo* era el recurso a utilizar.

3. La Restauración Meiji y la “westernización”

La sociedad japonesa ha tenido dos momentos históricos de gran repercusión en los tiempos modernos: la Restauración Meiji en 1868 y la derrota de la 2ª guerra mundial en 1945. Ambos momentos supusieron importantes cambios desde el punto de vista social, económico y político. Entre ambas fechas se pueden distinguir distintas fases (Powell y Anesaki, 1990):

I.1868-90: un período de rápida modernización; se adopta como modelo la medicina germánica. Se creó la Escuela de Medicina de la Universidad de Tokio en 1877, en un principio por un médico inglés, pero finalmente el gobierno decide decantarse por aplicar el modelo alemán porque la medicina alemana era, en aquel momento, preeminente en el mundo. Se contrataron médicos alemanes y se expandió la enseñanza de la medicina occidental.

II.1890-1930: revolución industrial y depresión económica; guerra chino-japonesa y ruso-japonesa, con graves problemas y movimientos sociales. Independencia de la medicina japonesa, por lo que han sido llamados los “años dorados” por los médicos japoneses. Surgen movimientos para la socialización de los cuidados de salud y la medicina de beneficencia. Nace la ley de seguro sanitario para empleados.

III.1930-40: ensalzamiento de la militarización. Derrota en la 2ª Guerra mundial. Expansión de la cobertura del seguro sanitario.

Pasamos a desarrollar cada una de estas etapas:

I.1868-90: Adopción del modelo germánico y exclusión de la medicina *kanpo*:

Después de la Restauración Meiji se adoptó de forma firme el sistema alemán, con la idea de estar entre los países más grandes del mundo. Ello supuso la oposición legal a la Medicina tradicional china. Desde la proclamación de la ley en 1875, aquél que quisiera ejercer como médico debía pasar necesariamente un examen de medicina occidental. Después de pasar este examen, podía entonces si lo deseaba estudiar *kanpo* y practicarlo, pero tal regulación supuso

prácticamente la prohibición de la Medicina china, ya que la educación alemana era muy rígida. Los principales contenidos de esta Ley fueron:

- Organización de la estructura administrativa sanitaria bajo el control del Ministerio de Educación.
- Establecimiento del sistema médico de educación modelado a imagen de la medicina occidental
- Instauración del sistema de licencia para practicantes de medicina
- Fundación de un sistema moderno de control y administración de fármacos y de un sistema de separación de prescripción de fármacos de los médicos de la dispensación en farmacias.

Los practicantes de *kanpo*, que eran la mayoría, formaron una asociación para quedar incluidos en el nuevo sistema, pero no tuvieron éxito, y fueron forzados al mismo. A los que estaban especializados exclusivamente en acupuntura y/o moxibustión se les permitió practicar en condiciones restringidas y regulación diferente de los médicos, ya que se consideraron actividades paramédicas, como las matronas.

En sus memorias, Chian Sagara explicó las siete razones por las cuales el gobierno decidió que se debía adoptar el sistema alemán; la 6ª y la 7ª razones son las siguientes:

“Sexta...Japón no puede seguir la elegancia de Francia debido al estatus económico japonés...”

Séptima...En aquellos días Holanda era débil políticamente y muchos de los libros médicos en holandés eran traducciones de libros alemanes o franceses; los británicos despreciaron a los japoneses; estados Unidos era un país joven y su medicina no estaba muy desarrollada, mientras que Alemania se asemejaba a Japón en régimen político y era nueva en Asia. Por tanto parecía apropiado que la medicina alemana fuera la escogida.”

(Ministerio de Salud y Bienestar japonés, 1925)³

Por otro lado, el idioma alemán era parecido al holandés, el cual muchos médicos japoneses habían aprendido, por lo tanto el cambio era relativamente poco complejo. Se

³ Japan Ministry of Health and Welfare, *Isei 50 Nenshi* (Fifty years of Medical Care System in Japan) Tokyo, 1925. Cit en : Powell, M. and Anesaki, M. (1990)

multiplicaron las Escuelas de Medicina occidental por todo Japón, pero los primeros años del régimen Meiji revelaron una fuerte inflación debido a los enormes gastos militares y de educación en numerosos programas de desarrollo. Sólo tres Escuelas supervivieron: Aichi (la actual Facultad de Medicina de Nagoya), Kyoto (hoy la Escuela Médica Municipal de Kyoto) y Osaka (la actual Facultad de Medicina de la Universidad de Osaka). En 1886 la Universidad Imperial designó como la única válida a la Universidad de Tokyo, lo cual supuso una estructura piramidal de la educación médica en Japón, con la Facultad de Medicina de la Universidad Imperial de Tokyo en la cúspide, seguida de las Facultades regionales (las tres arriba mencionadas), las Escuelas médicas de las Prefecturas, y finalmente las escuelas médicas privadas que sobrevivieron.

Los cuidados médicos de las clases más pobres se dejaron en manos de los médicos *kanpo*, mientras que se construyeron muchas clínicas privadas, pertenecientes a los médicos de medicina occidental. Es por ello que se estableció un patrón dominante de medicina privada.

La apertura al exterior supuso también la entrada de epidemias y nuevas enfermedades y de un incremento del número de casos de cólera, disentería, tífus y difteria, siendo necesaria la adopción de nuevas reformas para atajarlas.

II. Desilusión de occidente y socialización de los cuidados médicos (1890-1930)

Había una contradicción en este movimiento tan fuerte y decidido hacia occidente: no era posible convertir a Japón en un estado occidental simplemente adoptando la civilización occidental. La primera Constitución moderna fue promulgada por el Emperador Meiji en 1889, y se modernizó la industria, pero por muchos esfuerzos que hacían no conseguían ser iguales. A ello hay que añadir la desilusión de muchos de los japoneses que viajaban a una Europa idealizada que no coincidía con la realidad. Como apunta Wilkinson (1991: 74), este fenómeno ocurre también en la actualidad:

“Cada generación desde Meiji tiene que aprender a su propia manera la gran distancia que hay entre las imágenes idealizadas sobre occidente y lo que se percibe de las realidades occidentales”.

Japón volvió a sus propias tradiciones y a un nacionalismo militante que derivó en varias guerras, y en cuanto a la medicina, un nuevo movimiento de revitalización de la medicina tradicional china surgió.

En realidad, las medicamentos y hierbas chinas y japonesas seguían siendo estudiadas por botánicos o farmacéuticos, utilizando métodos de las ciencias naturales, es decir, de manera indirecta, pero también hay que decir que en verdad nunca estuvo prohibida por ley la Medicina *kanpo*, lo cual supuso una diferencia sustancial respecto a otros países del lejano oriente: el médico japonés tenía dos licencias, para la medicina occidental primero y luego la oriental, mientras que en otros países se tiene una u otra.

Después de la Ley Meiji, el número de médicos y de publicaciones sobre *kanpo* se redujeron drásticamente, pero a partir del inicio del siglo XX renació, como se ve en el cuadro siguiente:

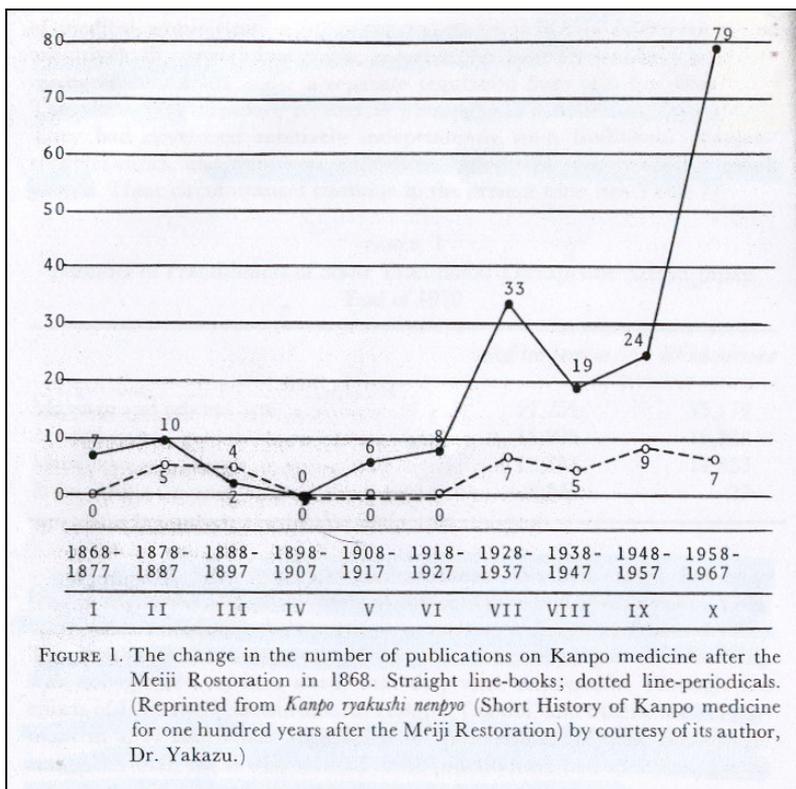


Gráfico 9: Desarrollo de las Publicaciones sobre medicina *kanpo*. Fuente: {Otsuka, 1976: 337}

En su “retorno”, Japón promovió el concepto de Seguro social, particularmente de salud, y lo introdujo, convencido de la importancia de la protección para mantener la paz social después de las revueltas industriales.

III. El impacto de la 2ª Guerra mundial y su repercusión en los cuidados de salud

En líneas generales, la pérdida de la 2ª Guerra mundial supuso un shock de gran magnitud para los japoneses, ya que estaban convencidos de su imbatibilidad. Especialmente doloroso fue el final, con las bombas atómicas de Hiroshima y Nagasaki, cuyos efectos aún perduran en la actualidad, más de 60 años después, a través de las mutaciones genéticas y leucemias de los descendientes de los afectados⁴. La política de ocupación se dividió en tres fases: primero un período de desmilitarización, a continuación reforma y democratización (Se redactó la Constitución de 1947) y finalmente la rehabilitación económica. Supuso el segundo período masivo de asimilación de occidente, aunque en este caso el modelo a seguir era Estados Unidos, no Europa. La economía se repuso rápidamente debido a la capacidad de trabajo del pueblo japonés y al tutelaje de Estados Unidos. Se continuó el desarrollo de la socialización de los sistemas de salud, aunque la idea norteamericana era la de limitación de los servicios preventivos {Roemer, 1980}.

En cuanto al desarrollo del *kampo*, durante la ocupación americana después de la guerra, el general Mc Arthur exigió la prohibición de la práctica de las diferentes técnicas orientales, argumentando que eran bárbaras y antihigiénicas. Muchos invidentes se quedaron sin trabajo, ya que era una profesión que muchos de ellos adoptaron como apropiada (ver tabla)

Número de sanadores de Terapias tradicionales en Japón en 1970

Técnicas de masaje y similares	27.751	35.172
Acupuntura	18.928	16.368
Moxibustión	18.787	14.833
Tratamiento de huesos	5.947	27

Tabla 14. Fuente: Traducido de Otsuka, Yasuo (1976: 338)

Ello atrajo la atención de una famosa escritora norteamericana sordomuda llamada Hellen Keller, defensora de los ciegos. Ésta hizo una petición al presidente Truman para

⁴ Existen en la actualidad dos museos en Hiroshima y Nagasaki dedicados expresamente a las bombas atómicas, así como un parque contiguo al museo en Hiroshima denominado “parque de la paz”. En él se encuentran colgadas pajaritas multicolores de papel que envían de todas partes del mundo, resaltando la idea de paz.

que volviese a admitir estas terapias, consiguiéndolo⁵. El gobierno permitió la regulación de estas prácticas terapéuticas en 1947, y aquéllos que querían estudiarlo podían hacerlo en lugares especiales, con licencias que eran expedidas por agencias locales.

En cierto modo quedó y queda todavía en la actualidad, sin embargo, el estigma social de que la práctica de las terapias manuales es “*cosa de ciegos*”, con connotaciones de menor nivel en la escala social, como estamos viendo en distintas partes de la investigación.

Como se ve en el cuadro de las publicaciones sobre *kanpo*, el incremento ha sido sustancial especialmente desde los años 50. Precisamente en 1950 se fundó la Sociedad de Medicina Oriental, la cual es ahora una de las organizaciones principales de investigación en *kanpo*.

El Instituto de Fármacos Japoneses y Chinos (*Wakanyaku-Kenkyushinsetsu*) fue fundado en 1963 en la Universidad de Toyama, siendo el primero dedicado expresamente a ello, pero cubre únicamente la parte química y farmacéutica, no la parte clínica. Desde 1968, se han celebrado anualmente simposium sobre fármacos chino-japoneses bajo los auspicios de este Instituto, lo cual ha estimulado a estudiantes universitarios a ampliar sus conocimientos respecto a este tema. Consecuentemente, se han ampliado los estudios clínicos.

En los años 80 se produjo una nueva desilusión de los japoneses frente a los occidentales, especialmente los norteamericanos, debido, según Wilkinson (1991) a las siguientes razones: la lenta recuperación de Europa y USA frente a la crisis del petróleo en los 70; la incapacidad de ambos de competir con los japoneses en los negocios; su falta de hábito de trabajo; el Watergate y el Irangate; las altas tasas de crimen y drogas en los países “civilizados”; el sentimiento de arrogancia y de constante desprecio hacia los japoneses que les hacía tener la convicción de que había prejuicios raciales (¿por qué, muchos se preguntaban en público, tiró Estados Unidos las bombas atómicas en Japón y no en Alemania?)

Sin embargo, aunque decline, todavía USA es considerada en Japón la “número uno” en muchos aspectos. No se puede decir lo mismo de Europa, cuyos países son considerados como fuentes culturales, algo así como museos que hay que visitar, pero poco más,

⁵ Buru, Yumi. *Origen histórico del shiatsu*. En la pag web de APSE (Asociación de Profesionales de shiatsu de España). <http://shiatsu-es.com>

exceptuando Alemania, que ha sido modelo de inspiración por su impresión de fuerza para tres profesiones-llave en el proceso de modernización: el ejército, la medicina y las leyes.

Japón cuenta en la actualidad con un sistema sanitario muy completo que vamos a pasar a analizar, para después observar la convivencia entre la medicina kanpo u oriental y la occidental.

8.2. Sistema de atención de salud actual.

Japón en la actualidad se caracteriza por tener un sistema de salud nacional descentralizado y basado en los estándares occidentales. Los sistemas descentralizados se diferencian de los sistemas de medicina socializada en que el control y la gestión por el gobierno de la prestación de asistencia sanitaria son más indirectos: actúa fundamentalmente regulando el sistema, no interviniendo en él. Con frecuencia, desempeña el papel de un tercero, mediando y coordinando la prestación de la asistencia sanitaria entre los proveedores y las organizaciones implicadas en la financiación de los servicios. En los programas sanitarios nacionales descentralizados, el gobierno (1) controla directamente la financiación y organización de los servicios sanitarios en una economía capitalista, (2) regula el pago a los proveedores, (3) posee algunas de las infraestructuras sanitarias, (4) garantiza el acceso igualitario de la población en general, y (5) permite cierta asistencia privada para los pacientes que desean responsabilizarse de sus propios gastos. {Cockerham, 2002}

Japón gasta el 7,3 % de su PIB en su asistencia sanitaria, que supone la mitad de lo que gasta USA (Organization for Economic Cooperation and Development, 2000), pero los japoneses han logrado resultados sorprendentes en los últimos treinta años. Por ejemplo, en 1955 la esperanza media de vida de un japonés era alrededor de cuatro años menos que la de un norteamericano. En 1967, la esperanza de vida había sobrepasado a la de USA, y actualmente es la más alta del mundo, tanto para hombres (78.3) como para mujeres (85.3). Las tasas de mortalidad infantil japonesas figuran entre las más bajas del mundo.

Expectativa de vida en Japón (años)

Año	Hombres	Mujeres
1950	50	53.96
1960	65.32	70.19
1980	73.35	78.76
1990	75.92	81.90
2000	77.72	84.60
2003	78.36	85.33
2005	79.87	86.76

Tabla 15. Fuente: Ministerio de Salud, Trabajo y Bienestar japonés (2006)

En 1961 fue establecido el programa de seguro nacional. La ley obliga a que cada persona se acoja a una de las tres categorías que existen: el seguro para trabajadores, el seguro nacional de salud o el seguro para personas mayores. Los pacientes japoneses pagan el 30% del coste de los servicios sanitarios y el plan nacional abona la cantidad restante. Sin embargo, si los gastos exceden de una cantidad prefijada, o el paciente tiene ingresos escasos, el seguro les reembolsa una cantidad mayor. Las personas mayores de 70 años tienen todos los gastos cubiertos, y son atendidas casi todas las necesidades de salud, incluyendo odontología, urgencias, enfermedades crónicas, atención domiciliaria y medicina preventiva. A los pacientes se les permite elegir sus propios médicos y se les anima a visitarlos de forma periódica..

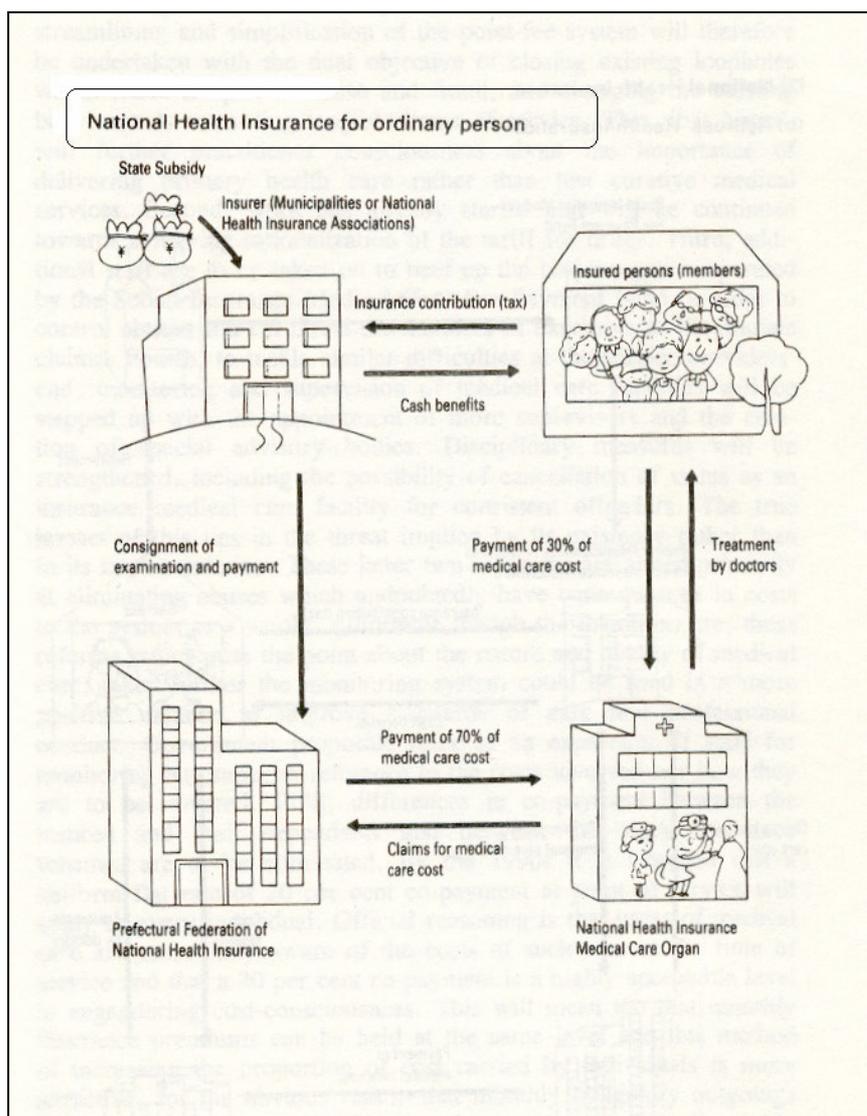


Figura 20. Esquema de la cobertura del Sistema Nacional de Salud japonés .
Fuente: Powell and Anesaki (1990: 141)

Aproximadamente una tercera parte de los médicos japoneses están en consultas privadas y se les paga por servicio; el resto son empleados a tiempo completo en los hospitales. Los médicos que no pertenecen al personal de un hospital no pueden tratar a sus pacientes una vez que éstos han sido hospitalizados.

El gobierno japonés es bastante directivo, y tanto los médicos como las organizaciones tienen poco margen de maniobra para marcar políticas. Las tasas son fijas y reguladas por el gobierno. Los honorarios de los médicos por visitas en las consultas son bastante bajos debido a que el gobierno establece las tarifas. Independientemente de la antigüedad o experiencia, o del área geográfica, todos los médicos japoneses que ejerzan en consultas privadas cobran la misma cantidad por el mismo tipo de

tratamiento médico. La revisión de los honorarios es negociada por el Consejo Central de Asistencia Social Médica del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social, compuesto por proveedores (médicos, dentistas y farmacéuticos), pagadores (aseguradores del gobierno y de la administración) y representantes de los intereses públicos (economistas y abogados); sin embargo, cualquier cambio en las tarifas es decidido en última instancia por el Ministerio de Finanzas, debido a que es una importante medida de control del gasto.

Sin embargo, los médicos japoneses reciben un ingreso complementario importante por los medicamentos que recetan (25% o más del precio del medicamento), **lo cual explica que los japoneses utilicen más medicamentos con receta que cualquier paciente de otro país** (Cockerham 2002, Ikegami, 1995, Powell & Anesaki 1990). Por otro lado, los médicos privados ganan muchísimo más (aproximadamente cuatro veces más) que los médicos que trabajan en los hospitales.

El plan nacional de sanidad se complementa con el fomento a organizaciones privadas, de tal manera que las empresas se encargan en gran medida de sus propios empleados. En Japón esta responsabilidad incluye proporcionar planes de jubilación, ayudar a los empleados retirados a encontrar trabajo posterior a su jubilación, organizar las vacaciones, ofrecer alquiler a bajo coste de viviendas compradas por las empresas (en Japón es muy extraño que un particular compre viviendas, lo suelen hacer las empresas debido al altísimo precio que impone la escasez de suelo), y proporcionar asistencia sanitaria. Existen programas independientes de servicios sanitarios para empleados de grandes compañías, pequeñas y medianas empresas, e instituciones públicas o semipúblicas. Algunas grandes empresas incluso emplean a médicos y poseen hospitales. Este fenómeno se puede enmarcar dentro de las connotaciones culturales del pueblo japonés en cuanto a su sentido de la lealtad en el trabajo, mucho más marcado que en occidente: en occidente el trabajador va cambiando de empresa o lugar de empleo en función de que obtenga mayores beneficios o ventajas, mientras que en Japón hay una gran cultura de empresa, con sentimiento de pertenencia a la misma, que hace que el ideal de un japonés sea entrar en una empresa al inicio de su vida laboral y jubilarse en ella {Conte-Helm, 1996}.

En consecuencia, el total de la población japonesa está cubierto por algún tipo de seguro sanitario y el japonés medio tiene un alto grado de seguridad en lo referente a asistencia

sanitaria {Anderson, 1995}; {Ikegami, 1991},{Ikegami, 1992}; Ikegami y Campbell 1995).

Ikegami señala (1992) que aunque el sistema japonés es similar al alemán, sin embargo es más igualitario, con importantes subsidios y planes de oportunidad para el pueblo sin necesidad de optar por la seguridad privada. Aún más, señala que puede argumentarse que la excelente salud de la población japonesa y los relativamente bajos costes médicos, son más un reflejo de vida y condiciones económicas, que de los sistemas de prestaciones de asistencia sanitaria y que, aunque ningún sistema sanitario puede ser perfecto, debido a que las demandas pueden fácilmente exceder a los recursos, los japoneses han establecido el sistema más eficaz del mundo: tienen un coste relativamente bajo, es eficaz y equitativo.

Es decir, han sido capaces en un tiempo muy corto de asimilar la estructura del capitalismo occidental con modelos similares a Alemania, Holanda y Francia, superándolos incluso. Sin embargo, existen problemas.

Problemas y estrategias de futuro

Podemos señalar como más importantes los siguientes problemas.

a) Estancia media de hospitalización muy larga y congestión de los hospitales:

Aproximadamente el 80% de los hospitales japoneses son propiedad privada de los médicos, pero muchas instalaciones son antiguas y carecen de espacio. Debido a que el gobierno japonés limita la cantidad que pueden cobrar, con frecuencia los hospitales japoneses necesitan admitir cada vez a más pacientes para poder cubrir sus gastos. Por lo tanto, la congestión en la mayoría de los hospitales resulta un hecho común. La estancia media de hospitalización de Japón es más larga que en occidente (Cockerham, 2002). Por ejemplo, para un parto normal, en occidente la estancia de la madre es de dos o tres días, mientras que en Japón es de una semana, en la cual la madre recibe enseñanzas sobre el cuidado de su hijo que en occidente se realiza antes o después del parto, pero que no requiere el ingreso de la madre.

b) Importante tasa de población anciana.

Como hemos visto, Japón tiene la esperanza media de vida más larga del mundo y la tasa más elevada de población anciana, mientras que el porcentaje de nacimientos es de los más bajos. Uno de los grandes problemas a los que se enfrenta Japón es el cuidado de esa gente mayor. Teniendo en cuenta los avances tecnológicos y el reducido número de niños, se calcula que en el año 2025 un cuarto de la población japonesa será mayor de 65 años.

En 1995, 14.5% de la población era mayor de 65 años (Statistics Bureau Management and Coordination Agency of Japan, 2003). El gobierno estima que se incrementará en un 25% en el 2018, 25,8% en el 2025, y 28,4% en el 2045. Y no será hasta el 2090 en que baje por debajo del 25% de nuevo ⁶

Si la gente mayor permanece sana, las estadísticas puede que no sean tan alarmantes, pero hay un alza en el número de ancianos encamados o seniles. El problema del sobretatamiento de los mayores, especialmente los encamados y en larga estancia, así como la falta de cuidadores en el domicilio y de enfermeras domiciliarias es una prioridad del gobierno japonés en los últimos años. En 1989 el Ministerio de Sanidad y Bienestar social lanzó un famoso “Plan de Oro”, un proyecto a 10 años vista para mejorar los cuidados de salud y los servicios sociales de los mayores⁷, con los siguientes objetivos: disminuir el número de ancianos encamados, incrementar el número de cuidadores y revisar el seguro sanitario de los mayores. Hay un evidente interés por pasar de una medicina que “cura” a una medicina que “cuida” y previene.

El “Plan de Oro” fue revisado en 1994 y sustituido por el “Nuevo Plan de Oro”, en el que como novedad se introdujo el pago por días para evitar largas estancias y reducir costes. El resultado es que efectivamente ha disminuído la cantidad de medicación y pruebas diagnósticas realizadas y se ha mejorado la habilidad de los mayores para desarrollar actividades de la vida diaria {Takagi, 2003}. Sin embargo, ha emergido un nuevo problema: el incentivo ahora está en admitir sólo pacientes con pocas necesidades de cuidados.

En el año 2000 Se puso en marcha un nuevo sistema de Seguro Social para personas con cuidados de larga estancia (*Kaigo hoken*), con la idea de potenciar los cuidados domiciliarios. Ésta era una necesidad denunciada desde hace tiempo por las enfermeras

⁶ Datos obtenidos del Institute of Population Problems of Japan. *Population Projections for Japan: 1990-2090*. Japanese Government Printing Office, Tokyo, Japan, 1992

⁷ Ministry of Health and Welfare (1990) *Ten year strategy to promote health care and welfare for the aged* (Tokyo)

japonesas {Yamauchi, 1999} y en general por la sociedad, ya que con frecuencia es un tema que aparece en la prensa⁸: “El sistema se colapsará en la primera parte del siglo XXI si no se realizan cambios drásticos”, dice el periódico Yomiuri en un editorial de finales de los 90. Es el seguro público y obligatorio para cuidados crónicos más amplio y radical de todo el mundo, teniendo en cuenta que cubre a unos dos millones de personas (aproximadamente entre el 10-12 % de las personas mayores de 65 años tienen algún tipo de discapacidad crónica física o mental). Los beneficiarios reciben servicios en función de su grado de discapacidad, e independientemente de si cuentan con ayuda familiar o no. Esto deja libertad para aquellos que consideran como responsabilidad familiar el cuidado de los mayores. En cualquier caso, las ayudas no se reciben en términos monetarios, sino en forma de servicios.

A través de un estudio sobre capacidad para las actividades de la vida diaria, un comité de expertos introduce al afectado dentro de uno de los 4 niveles de atención requerida, y el beneficiario sólo tiene que pagar un 10% de co-pago, y puede elegir si lo desea servicios adicionales que paga aparte.

El coste es muy elevado. En Alemania se puso en marcha un seguro de este tipo en 1995, pero con beneficios más bajos. Las personas pueden optar entre recibir una menor cantidad de dinero si reciben más servicios, o bien pagar a un miembro de la familia para que cuide al discapacitado. Aunque para el sistema sanitario de forma global, como hemos visto, Japón se basó en el modelo alemán, sin embargo en este tema consideró que no desarrollaba suficientemente los servicios, y que no liberaba a los cuidadores familiares (generalmente en Japón a la nuera) de su pesada carga. El cuidado de los mayores es una responsabilidad que el gobierno japonés ha asumido como propia, y que en los tres años que lleva funcionando está siendo apropiada y efectiva a juicio de expertos como {Campbell, 2003}. Es un problema al que parece que están plantando cara, sirviendo de modelo ellos en este caso al resto del mundo {Oberländer, 2000}

⁸ Como ejemplo, dos artículos de uno de los periódicos de mayor tirada en Japón, que tienen además versión en inglés: *The Asahi Newspaper*. Increasing the porcentaje of the personal total charge in the total income. 20-Nov-2001; *The Asahi Newspaper* Who takes care of new japanese national care service insurance? 4-Sept-2002

c) Excesiva dispensación de fármacos.

Los hospitales suelen dispensar en una gran mayoría sus propios medicamentos. Esto es un legado de la Medicina china, en la cual no hay separación formal entre médico y farmacéutico, sino que el mismo médico es el que elabora las propias medicinas. El incentivo para prescribir es la causa, como antes hemos comentado, del elevado consumo farmacéutico.

d) Los defectos de la occidentalización y la biomedicina.

El estilo de vida más “occidentalizado”, asociado al aumento de consumo de grasas animales y proteínas propio de la dieta occidental y a un estrés relacionado con la vida en una sociedad dinámica, trabajadora y con una gran densidad de población, han tenido como consecuencia un *cambio en los patrones de enfermedad* (Cockerham 2002, Powell y Anesaki 1990), con unas tasas históricamente inusuales de enfermedades cardiovasculares y accidentes cerebrovasculares {Ohmura, 1987}. El cambio hacia más cantidad de grasa en la dieta japonesa también ha contribuido al aumento en la incidencia de cáncer de colon y páncreas y el alto nivel de tabaquismo entre los hombres ha producido un aumento en la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón {Wynder, 1991}{Watanabe, 1996}. Los japoneses también tienen las mayores tasas de cáncer de estómago del mundo. Para Cockerham (2003) esto sugiere que Japón, a pesar de la alta tasa de esperanza de vida, puede que esté tocando techo.

En **salud mental** también han importado los defectos de la medicina occidental en cuanto a la separación entre cuerpo y mente: Japón tiene una de las tasas más elevadas de depresión y suicidio del mundo. El 40% de ellos están producidos por la desesperación producida por una enfermedad, otro porcentaje elevado se da entre los ejecutivos y, por último entre los adolescentes debido al fracaso escolar. Powell y Anesaki (1990: 77) opinan que el sistema de salud japonés se ocupa fundamentalmente de los síntomas, pero no de otros problemas, tal y como hace la medicina occidental:

“El sistema de salud japonés ...está estructurado para tratar primariamente la sintomatología física y pobremente equipado para cubrir aquellas necesidades derivadas de otra clase de problemas”.

Básicamente las quejas de los usuarios son sobre la **calidad** de los servicios: largas esperas, despersonalización...**La relación médico-paciente** es muy impersonal: A los

pacientes se les dice poco sobre sus diagnósticos, el tratamiento prescrito o los medicamentos que son administrados.

“Los médicos tienden a explicar el problema con términos tranquilizadores y sin proporcionar necesariamente información precisa sobre en qué consiste el problema. La relación médico-paciente está basada en la confianza y en los valores culturales tradicionales japoneses de respeto a la autoridad. Un paciente que requiere directamente información es visto como alguien que cuestiona directamente la autoridad del médico, su juicio y conocimiento. Por lo tanto, los pacientes tienen que confiar en lo que les dicen los médicos (o, normalmente, no les dicen)

(Powell y Anesaki, 1990:174)

Los médicos revelan el hecho de que un paciente tiene un cáncer terminal a la familia del paciente (como una forma de consentimiento sustituto), pero no al paciente. Un porcentaje de sólo un 5% de todos los pacientes que mueren de cáncer son conscientes de que tienen la enfermedad. Esta situación puede estar cambiando de alguna forma debido a decisiones en los Tribunales que confirman los Derechos de los pacientes, la posibilidad de pleitos por negligencia, y una creciente preocupación pública acerca del hecho de revelar el total de la información {Hattori, 1991 }

Otro debate abierto en la línea de los Derechos de los pacientes, y que además enlaza con el problema de los ancianos planteado más arriba, es el del derecho a elegir morir en el hospital o en la propia casa. En el Simposium que se realizó en Tokyo en el año 2000 sobre Salud Internacional y Ética médica, {Marui, 2000} planteó que hace 50 años el 80% de los pacientes morían en sus casas, mientras que en la actualidad es justo al contrario, como se ve en la figura siguiente:

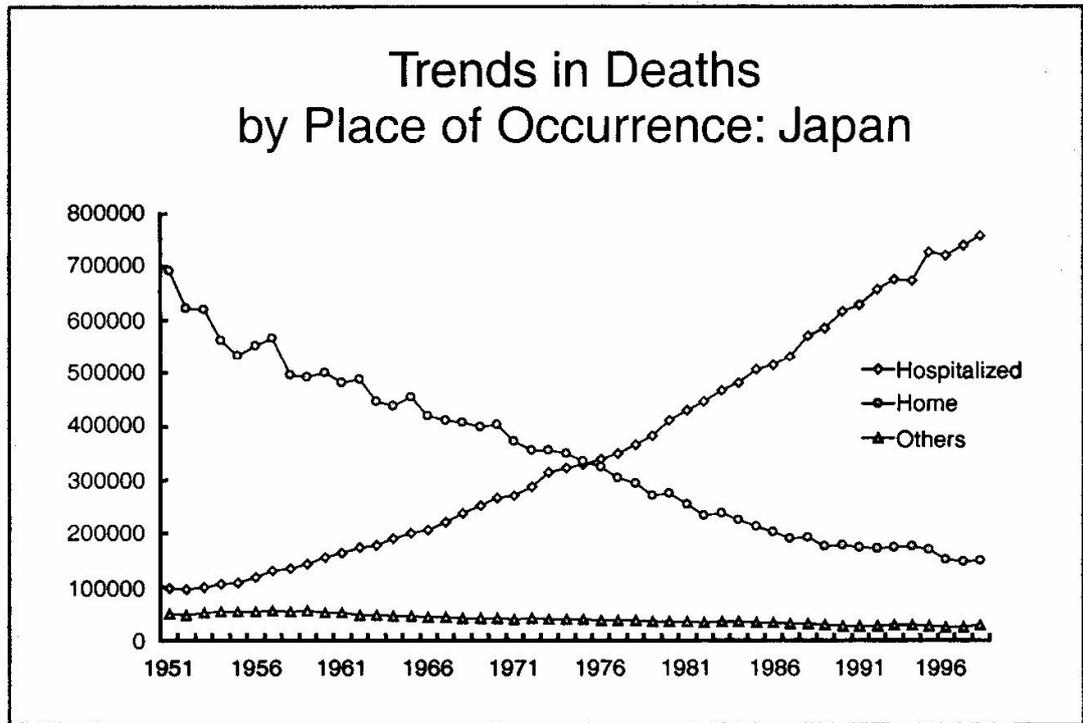


Gráfico 10. Tendencia de Fallecimientos según el lugar .Fuente: Marui, E. (2000)

Cuando se les pregunta a los ancianos, mayoritariamente contestan que preferirían morir en sus casas, ya que hay una creencia popular japonesa llamada *oba-suteyama* por la cual los miembros de la familia llevan al anciano hasta lo profundo de la montaña y lo dejan allí. La reverencia a los ancestros es, además, otra característica de la cultura japonesa, que les lleva a tener un altar dentro de las casas donde rendirles culto junto a las deidades. Por tanto, se ve como algo natural la muerte en los hogares. Es otro ejemplo de perversión de los sistemas altamente tecnificados.

La lucha por el consentimiento informado y por los derechos de información del paciente, por la mala práctica y por el sistema “cerrado” de la medicina japonesa fueron los objetivos de una de las asociaciones creadas en los últimos años, *zanja no kenriho wo tsukuru kai* (Asociación para el establecimiento de una ley de derechos del paciente), compuesta por 440 miembros entre abogados, médicos, enfermeras, trabajadores sociales y pacientes. Su Presidente, Makoto Kondo, es un profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad de Keio, que comenta: “*en Japón, la medicina es una ceremonia secreta. Enfermedades sin apenas relevancia son incrementadas por el hecho de no decir nada por la autoridad del médico*”. (The Japan Times, July 23,1992).

La explicación de por qué ocurre esto hay que darla en clave cultural, lo cual analizaremos un poco más adelante, pero en conjunto todo ello ha dado como resultado un resurgimiento de la Medicina tradicional japonesa como veremos a continuación.

8.3. Resurgimiento de la Medicina tradicional japonesa (*kanpo*). Convivencia con la biomedicina.

Hablamos de resurgimiento desde un punto de vista más oficial, puesto que nunca llegó a desaparecer a pesar de estar prohibido. Los japoneses son la prueba más evidente de que la presión de la demanda en el proceso de búsqueda de salud tiene fuerza por encima de la oficialidad, ya que han continuado con la medicina oriental durante los cien años que no ha sido oficial {Janska, 2005}.

Los estudios sobre porcentaje de población que utiliza *kanpo* en Japón hablan de tasas amplias, 75% {Yamashita, 2002}. En situaciones de cáncer hasta un 96% {Hyodo, 2005}. El recurso a medicinas complementarias está muy difundido entre la población geriátrica en Japón, donde hasta un 74,3% de los mayores de 59 años son usuarios de medicinas complementarias, frente a un 61% de la población de raza blanca y un 47.2% de la de raza negra en los Estados Unidos {Flaherty, 2004}

Sin embargo, estas cifras son engañosas por cuanto que en la mayoría de los casos se refieren a la utilización de hierbas medicinales. Efectivamente, la utilización de remedios naturales está más arraigada en oriente que en occidente, hasta el punto de que muchas veces cuando se habla en Japón de *kanpo* (que ya he comentado que abarca hierbas, acupuntura y shiatsu) se refieren exclusivamente a *kanpo-yaku* o remedios de hierbas.

(...) a mi mujer le gusta la oriental, porque ella tiene una niña y piensa que la medicina oriental no va a tener ningún impacto negativo en su cuerpo.

P: ¿quieres decir hierbas kanpo? ¿cuándo piensas en medicina oriental piensas en hierbas kanpo?

M: sí. Entonces ella prefiere tomar kanpo cuando, por ejemplo, se resfría o cuando tiene algo de asma, ella prefiere kanpo.

(UJ-03)

Esta concepción japonesa me ha supuesto una cierta dificultad metodológica a la hora de analizar el objeto de estudio, que recordemos que no incluía las hierbas debido a las diferencias y a la problemática específica que tiene (la adquisición de productos con la

prohibición, por ejemplo, que hay en Europa a la importación de hierbas orientales, las relaciones con el mundo de la farmacia y la homeopatía, etc.) que generaría otra investigación paralela. Esta dificultad ocurre también, sin embargo, en todos los análisis en cualquier parte del mundo, y ya hemos visto cómo la misma OMS comenta la multitud de conceptos y acepciones culturales que la medicina alternativa y complementaria suscita. Por ejemplo, los estudios de prevalencia en Estados Unidos se refieren en primer lugar a la terapia más popular allí, que es la quiropraxis, seguida de la acupuntura {Hyodo, 2003; Hyodo, 2005; Imanishi, 1999}

Los porcentajes de prevalencia, por tanto, asociados en Japón exclusivamente a acupuntura y shiatsu son menores: 14% para shiatsu y 6 % acupuntura {Yamashita, 2002}.

Otro elemento de confusión añadido es el hecho de que en Japón los complementos dietéticos o bebidas tonificantes son extremadamente populares: se toman sustituyendo en muchas ocasiones a los refrescos clásicos, y están disponibles en numerosas máquinas expendedoras. Por tanto, cuando se habla de remedios orales, hay que distinguir a su vez entre las hierbas *kanpo* y este tipo de suplementos dietéticos que no requieren prescripción.

Por último, ya comenté cómo en algunos estudios realizados en Japón la confusión consiste en que en el término “Terapias alternativas” incluyen no sólo medicina *kanpo* sino también curanderos y prácticas religiosas {Sato, 1995}

Yasuo Otsuka es profesor emérito de Farmacología de la Facultad de Medicina de Yokohama (Japón) y Director de la Japanese Society for Oriental Medicine⁹. Pues bien, para él el progreso de la medicina moderna u occidental ha sido muy grande en las últimas décadas, pero el desarrollo de la medicina tradicional japonesa ha ido paralelo y también ha progresado.

En su opinión este fenómeno tiene tres causas (Otsuka,1976):

1. El incremento de tasa de incidencias severas por efectos secundarios de fármacos sintéticos. La medicina *kanpo* utiliza sólo drogas naturales o extractos de ellas, y la mayoría de ellas se han

⁹ Aunque en la actualidad el Dr Otsuka está retirado, sigue teniendo sin embargo un gran peso específico en el campo del desarrollo de la medicina *kampo* en Japón porque durante muchos años ha sido de los científicos más influyentes. El Dr. Munakata lo conoce, aunque no pudo concertar una entrevista conmigo por razones ajenas.

utilizado durante miles de años. La gente está convencida de que tienen menos efectos adversos que las drogas sintéticas.

2. La hiperespecialización de la medicina moderna. El incremento del conocimiento y la división del trabajo ha separado la práctica de la medicina en divisiones muy pequeñas, de tal manera que la medicina interna ha sido dividida en cardiología, neurología, hematología, etc. Esta tendencia viene de la relación fundamental de la medicina moderna con la investigación científica, pero en la práctica clínica un paciente es un cuerpo en su conjunto. En la medicina *kanpo*, un paciente es siempre examinado y tratado de forma holística, incluso si padece de una afección de la nariz o del ojo. La palpación abdominal, por ejemplo, es indispensable en caso de enfermedad del oído.

3. La disgregación de las quejas del paciente en la medicina moderna. El mayor interés de los médicos de la medicina moderna es conocer la causa y naturaleza de la enfermedad. La biopsia representa esta tendencia. Las quejas del paciente es lo que menos interesa. Como a menudo se lamentan los pacientes: “Los médicos me dicen que estoy sano, pero yo realmente sufro”. En la medicina *kanpo* la causa y naturaleza de las enfermedades son relativamente poco importantes, mientras que las quejas del paciente son lo que realmente preocupa. En la medicina moderna, las ciencias básicas han progresado mucho, pero los remedios terapéuticos no. En la medicina *kanpo* es al contrario.

Como vemos, el discurso de Otsuka, el cual escribió este documento en los años 70, que fue cuando empezó a resurgir con más fuerza la medicina *kanpo*, va en la línea de las causas que analizamos de la crisis del modelo biomédico, es decir, a Japón le está afectando en la misma manera, puesto que todo su sistema está organizado y basado en el estilo occidental como hemos visto. La diferencia entre Japón y occidente es que ellos tenían otro sistema propio previo.

Por otro lado, en los años 60 el *kanpo* se recuperó debido a que la economía del país también lo hizo, y el seguro comenzó a cubrir la acupuntura y algunas hierbas en

determinados casos. Volvió a decrecer, sin embargo, a partir de 1992 en que sobrevino la crisis económica {Horiguchi, 2000 }.

CAPÍTULO 9:

El proceso de búsqueda de salud en Japón asociado a los factores culturales

9.1 Perfil del usuario de medicina oriental

9.2 Factores culturales como determinantes de búsqueda de salud.

9.3 Patrones de conducta hacia la salud y la enfermedad en Japón

- El *Jibyō* (mi propia enfermedad) y el *taishitsu* (mi constitución innata)
- El significado de la higiene: pureza e impureza
- El proceso de hospitalización
- Las “enfermedades de la modernización”
- Las enfermedades mentales y de manejo de estrés

9.4 Las relaciones sociales del usuario y la familia con el médico

9.5 Percepción de los profesionales de salud ante las Terapias Complementarias

9.1. Perfil del usuario de medicina oriental

Las razones por las que los japoneses acuden a la medicina *kanpo* en la actualidad difieren algo a las que apuntó Otsuka y que acabamos de comentar, y parece que son de orden más práctico. La principal razón no es la decepción de la medicina oficial. Algunos usuarios manifiestan como motivos los aspectos negativos de la misma, como las esperas o los efectos secundarios, pero la primera razón, con un 60%, es que la dolencia no es lo suficientemente grave como para acudir a la medicina oficial, y casi el 50% lo utiliza a título preventivo o como promoción de la salud.

Razones para el uso de medicina no convencional entre los japoneses

Razones	Porcentajes (N=760)
Malestar leve, no lo suficientemente grave como para acudir a la medicina occidental	60.4%
Expectación de promoción de salud o prevención de enfermedad	49.3%
Lectura de un artículo o publicidad en los medios de comunicación (tv, periódico, etc)	27.8%
Evitar las largas esperas de la medicina	27.8%
Recomendación o compra por parte de familia o amigos (no médicos no paramédicos)	26.8%
Más relajante que la medicina occidental	25.1%
Hábito de largo tiempo	20.0%
El efecto de la medicina occidental no fue suficiente	19.2%
Temor a los efectos secundarios de las terapias occidentales	17.1%
Mayor expectación en los efectos que en la medicina occidental	15.3%
Menor dolor o sufrimiento que en la medicina occidental	13.4%
Recomendación de un médico	9.6%
Otras razones	10.1%

Tabla 16. Fuente: adaptado de { Yamashita, 2002 }

En la actualidad los japoneses se han hecho más dependientes de la medicina occidental, sobre todo en las grandes ciudades, y en su itinerario terapéutico la tienen en primer lugar, acudiendo a la oriental cuando ha fallado la occidental. En esto difieren de los chinos, tal y como comentaba uno de los terapeutas:

(...) La medicina occidental es todavía muy fuerte. No es como en Hong-Kong. Allí el paciente primero va a la medicina oriental, porque primero se utilizan las hierbas chinas, y si en dos o tres meses no funciona, entonces pasan a la medicina occidental. También en Singapur, que primero van a la medicina oriental. En Japón la medicina oriental es popular en algunos sitios, pero no tanto.
(SJ-01).

La razón fundamental es que prácticamente toda la población está cubierta por el seguro nacional y que realmente su fe en la curación a través de la medicina oficial es muy fuerte

(...)si tengo una enfermedad más importante entonces iría al hospital para saber las razones de mi enfermedad. Por ejemplo, si tengo fiebre y tengo que bajarla, tomo medicinas si pueden ayudarme. Si tengo una enfermedad más importante como un ataque al corazón, por supuesto las tomo. Para los dolores musculares, voy al shitasu
(UJ-04)

Esta alta dependencia ha dado como resultado lo que se denomina el patrón “*doctor-shopping*” (la traducción es difícil, pero sería algo así como el usuario que va al médico como el que va de compras) {Sato, 1995}. El fenómeno del “*doctor-shopping*” se define como los frecuentes cambios que hacen los médicos para tratar al mismo paciente con la misma sintomatología. Está en relación directa con una alta tasa de la yatrogenia “cultural” (de la que hablaba Iván Illich en su “Némesis médica” (1978), y por otro lado con las enfermedades mentales relacionadas con el estrés

El perfil del usuario no está, por tanto, bien definido. Hay algunos rasgos diferenciadores, pero en general todos los entrevistados sostienen que acude población de todo tipo. Esta afirmación está avalada también por diversos estudios {Sato, 1995; Yamashita, 2002}. Veamos si son relevantes los factores predisponentes:

El sexo sí que aparece como relevante, ya que es más frecuente en mujeres, igual que en otras partes del mundo, por los mismos motivos de una “mayor sensibilidad”

(...) ahora no hay mucha diferencia, pero de siempre ha habido muchas más mujeres,

porque creo que las mujeres tienen más cercanía a las cuestiones del espíritu y de la energía
(SJ-03)

(...)Más mujeres que hombres. Mi maestro me decía que si dejan de venir mujeres a verme, que me preocupe, querrá decir que he perdido la sensibilidad, que estoy demasiado técnico.
(SJ-05)

La edad es más difícil de delimitar, ya que acuden de todas las edades. Lo que varía probablemente es el problema de salud por el que van, ya que los mayores van por problemas crónicos y los más jóvenes por problemas relacionados con el estrés o con la práctica deportiva

(...)Tengo también de todas las edades, tengo uno de 17 años con problemas musculares por práctica deportiva, y el más mayor que tengo tiene 91 años.
(SJ-01)

El nivel socioeconómico tampoco es determinante, excepto en los casos en los que no está cubierto por el seguro. En estos casos es caro y no puede acceder todo el mundo.

Tipo de problema de salud y percepción de la eficacia.

Aquí sí que hay que detenerse, ya que si bien la popularidad y la percepción de la eficacia del *kanpo* son altas, están circunscritas a un relativo listado corto de indicaciones. El pueblo japonés tiene ciertos estereotipos respecto al tipo de problema al que debe acudir a la medicina *kanpo*, probablemente basados en sus experiencias tradicionales: acuden al masaje cuando tienen algún problema muscular, toman bebidas reconstituyentes y hierbas cuando se encuentran fatigados, y se tratan con acupuntura cuando tienen dolor.

Relacionan por ello el *kanpo* con problemas mentales y derivados del estrés, y muchos acuden también debido a la escasez de psiquiatras y al poco interés con el que tradicionalmente ha tratado la medicina biomédica todo este tipo de problemas, pero sobre todo se debe a la visión cultural que como pueblo tienen sobre la salud

9.2. Factores culturales como determinantes de búsqueda de salud

En los apartados anteriores nos hemos referido a la historia y a los factores políticos y económicos (seguro sanitario, políticas de salud...) que influyen en el proceso salud/enfermedad/atención y en la convivencia de modelos de salud en Japón. Sin embargo, es necesario referirnos también a los factores culturales, en los cuales, según {Menéndez, 2000 285 /id}, no caben los anteriores.

“Si cultura es el fruto de una historia, un lenguaje, unos conocimientos y unas experiencias comunes, una visión más próxima a las ciencias sociales podría permitir incluir como factores culturales del entorno de la salud y la atención sanitaria infantil factores culturales históricos como son las costumbres, las tradiciones familiares, los condicionantes religiosos, etc” {Allué, 2000}. Xavier Allué se refiere en este caso a la pediatría, pero la frase puede hacerse extensiva a todos los demás órdenes.

La visión sobre la influencia de los factores culturales en el proceso salud/enfermedad/atención es uno de los campos más activos dentro de la Antropología de la Medicina. Por ejemplo, las diferencias entre la percepción de un fenómeno como la menopausia entre las mujeres estadounidenses y las japonesas es analizado minuciosamente por Margaret Lock (1993), y descubre cómo se le da mucha mayor importancia a este proceso entre las primeras que entre las últimas, incluso lo perciben físicamente de forma diferente: parece que los sofocos y los episodios de sudoración son síntomas ampliamente reconocidos entre las americanas, mientras que entre las japonesas no, ellas refieren otros síntomas como mareos, dolores de cabeza, contracturas de cuello o pitidos en los oídos¹. La terapia hormonal sustitutiva, que tan necesaria se ve en occidente para contrarrestar el avance de las enfermedades cardiovasculares y la osteoporosis, en Japón se ve contraproducente por sus efectos secundarios. El fin de la menstruación se percibe en Japón como un proceso absolutamente natural, y sus síntomas usualmente se contrarrestan con hierbas *kampo*. Hay un término técnico para este momento – *heikei*- pero la palabra que engloba el proceso de forma global es *konenki*, mucho más holística y cultural, que representa una parte natural del proceso de envejecimiento, de la misma manera que la aparición de canas o el empeoramiento de la vista. Sin embargo, se percibe un aumento de la

¹ Lock, M.; Kaufert,P; Gilbert, P(1988) *Cultural Construction of the Menopausal Syndrome: the Japanese case.* Maturitas, vol 10: 317-332. Cit en Lock, M (1993)

medicalización en la menopausia en Japón debido a dos motivos fundamentales: el aumento de ingresos que supone para los ginecólogos privados, y la presión ejercida por la industria farmacéutica (Lock 1992,1993).

Otro ejemplo claro que ilustra cómo los factores culturales actúan como determinantes en relación a la salud es el de la **percepción del dolor**, ya que el dolor tiene unas connotaciones socioculturales muy intensas. Como dice Leriche: *El dolor físico está ciertamente dominado por un elemento moral, por la energía, por la voluntad. ¿Pero cómo intervienen? ¿Se limitan a frenar la expresión, la mímica del dolor, o son capaces de disminuir la agudeza de las percepciones dolorosas?* (RENÉ LERICHE, *Chirurgie de la douleur*)

Las personas, según su historia personal y la cultura a la que correspondan, no reaccionan de la misma manera ante una enfermedad idéntica. La anatomía y la fisiología no bastan para explicar estas variaciones sociales, culturales, personales e incluso contextuales. Todas las sociedades humanas integran el dolor en su concepción del mundo, confiriéndole un sentido, y hasta un valor.. Al integrarse de esta manera en la cultura, el dolor atenúa su aspereza. Como indica LeBreton (1999), “*todas las sociedades definen implícitamente una legitimidad del dolor específica para circunstancias sociales, culturales o físicas consideradas penosas*”. El parto es un ejemplo de ello. La dosis de dolor esperada y las maneras convencionales de responder a él se transmiten de generación en generación.

Me quiero referir como ejemplo al determinismo cultural en la percepción que las mujeres japonesas tienen sobre el dolor de parto porque conozco bien el tema debido a la experiencia personal de haber tenido un hijo allí². El punto fundamental gira alrededor de la frase que un médico japonés le dijo a otra embarazada extranjera amiga mía que iba a dar a luz en Tokyo y que le solicitaba analgesia epidural para evitar el dolor del parto: “Si una mujer tiene dolor en el parto la relación que tenga con ese hijo será mejor”. Este médico había estudiado en una buena universidad y sus conocimientos sobre la parte técnica del tema eran los adecuados.

² Este tema no es el objeto de esta tesis doctoral, así que no lo desarrollaré. Ya lo hice como proyecto fin de carrera de Antropología y quedó presentado en una comunicación con el título “Determinismo cultural en la percepción del dolor en el parto en la sociedad japonesa” en las II Jornadas de Cultura de los Cuidados. Alicante. 14-11-2002

El análisis de las coordenadas sociológicas por parte de LeBreton (1999) demuestra que la percepción del dolor es *fruto de un aprendizaje social confirmado por la relación con los semejantes*. El autor defiende que en las capas sociales medias, y sobre todo privilegiadas, la distinción entre salud y enfermedad no tiene ese carácter tajante e inapelable de los medios populares. El malestar no tiene tiempo para instalarse. Todo dolor es tratado tan pronto como se manifiesta. Al estar puesto el acento en la necesidad de mantenerse en forma, se crea una atención de sí mismo que no admite demora ni fallo..En los medios obreros suele vivirse con el malestar mientras éste no altere gravemente la relación con el mundo. “Esto acabará por pasar”. Antes que perder una jornada de trabajo y consultar al médico “se aguanta”. Durante largo tiempo, el hecho de no haberse dado nunca de baja en el trabajo a pesar del sufrimiento, fue una de las razones de orgullo del mundo obrero, un signo de excelencia personal, de resistencia y de fuerza. Pero los valores de la modernidad han conducido a una ínfima tolerancia a la enfermedad. En los medios rurales la dureza ante la enfermedad es más pronunciada, se apoya en imperativos económicos y sobre todo en una organización que exige el trabajo diario.

Si admitimos, tal y como afirma la llamada *Escuela de cultura y personalidad*, que existe un intercambio constante entre el individuo y su medio ambiente, y que nos comportamos de acuerdo con una serie de preceptos, normas y códigos que hemos ido aprendiendo e incorporando a nuestra propia estructura psicológica, entonces, digo, nos encontramos con que **la educación** es un aspecto fundamental

“El proceso mediante el cual el niño se transforma en un ser adulto, en esa complicada versión individual de su pueblo y de su época, constituye uno de los objetos de investigación más sugestivos que se ofrecen a la curiosidad de los estudiosos¿Qué parte de sus futuras cualidades trae el niño al nacer?¿Hasta qué punto rigen el desarrollo de su personalidad determinadas leyes?¿Hasta qué extremo y en virtud de cuáles medios depende ese desarrollo de las primeras enseñanzas, de la personalidad de sus padres, de la de sus maestros, de sus compañeros de juego o de la época en que le tocó vivir?”

{Mead,M 1992:9}

Sobre la educación en Japón hay que señalar que es muy dura, y que los alumnos reciben todos la misma enseñanza (no existe autonomía en las escuelas); da una gran importancia al aprendizaje de la vida colectiva y a la adquisición de unas cualidades morales y humanas para que cada uno tenga un papel positivo en la sociedad. El día

empieza con el ritual de saludo al maestro cuando él entra en clase; en muchos colegios todavía se iza la bandera nacional y la del colegio en el patio; las actividades de club y las ceremonias estacionales ocupan gran parte del tiempo del alumno japonés. Los exámenes son extraordinariamente difíciles: para ser admitido en la clase superior, el alumno debe pasar un verdadero concurso en el que entre 40 y 60% de los candidatos son eliminados. Por ello, aunque la enseñanza es gratuita, casi todos los alumnos deben asistir a una segunda escuela privada llamada *juku*, que es una institución que ofrece un complemento de formación. Las últimas encuestas señalan que el fenómeno *juku* afecta a los niños cada vez más pronto. Se creó una “Comisión sobre la Educación” a nivel estatal para valorar el creciente aumento de suicidios de alumnos, aumento de la violencia..., pero aunque se han propuesto algunas medidas, en Japón se continúa dando prioridad al grupo frente al individuo, a la estandarización en detrimento de la personalidad.

En Japón la centralización y alta estandarización del proceso de la educación -desde la concepción hasta la educación adulta- ha sido estudiada por diversos autores³, que básicamente han incidido en la socialización que se produce mediante la memoria cultural de los profesores como miembros de la comunidad y la continuidad de ciertas prácticas. Simplemente con el título de estas investigaciones se puede hacer una idea de las conclusiones, todas ellas muy directivas. {Ben-Ari, 2002} apunta dos niveles de estandarización: un primer nivel en el que los profesores hacen un uso activo de los materiales de texto, y un segundo nivel organizacional, relacionado con los horarios y la estructura escolar.

Se considera como muy positiva la estandarización, mientras que las causas del aumento de la delincuencia o del abuso de niños se apuntan hacia occidente, según la idea de que todo lo externo es “impuro”.{Fujimoto, 1994:35} nos proporciona un buen ejemplo de esta idea

³ Hendry, J(1986). *Becoming japanese: the world of the pre-school child*. Manchester University Press;
Peak, L (1989) *Learning to become part of the group: The japanese child's transition to preschool life*.
Journal of Japanese Studies, 15(1):93-124
Peak, L (1991) *Learning to go to school in Japan: The transition from home to preschool life*. Berkeley.
University of California Press
Tobin,J.; David,YH Wu; Davison,D H (1989)*Preschool in three cultures: Japan, China and United
States*. New Haven. Yale University Press
*Todos ellos citados en:*Ben-Ari, Eyal.(2002) *State, standardisation and “normal” children: an
anthropological study of a preschool*. In: Goodman, R (ed). *Family and Social Policy in Japan*.
Cambridge University Press

“el abuso de los niños nunca ha sido un gran problema social a nivel nacional en Japón...sin embargo, con la infiltración del estilo de vida europeo y americano en el nivel cultural, económico y social, un problema social como el abuso de los niños que ocurre en Europa o América afecta seriamente a Japón”

Esa seguridad en que la estandarización y centralización de la educación eran lo mejor para producir individuos para uso directo del estado, fue lo que, aparentemente produjo en los 80 el milagro del crecimiento económico. Sin embargo, después de diez años de recesión económica, se han empezado a preguntar si es bueno o no para una economía “madura”, y en los últimos años se ven esfuerzos para liberalizar y diversificar la educación {Goodman, 2002}{Goodman y Philips, 2002}

Otra de las claves importantes a la hora de resolver en un pueblo su apreciación del concepto de salud y dolor es **la religiosidad**. Como dice Kleinman (1974) *“En la mayor parte de las sociedades tradicionales, el sistema médico está interpenetrado por otros sistemas culturales, especialmente por el sistema religioso”*

Numerosos autores han estudiado antropológicamente la religión, ya que es un hecho universal incuestionable, aunque Mary Douglas en *Purity and Danger* sugiere que hay muchas culturas tribales que tienen perspectivas del mundo profanas⁴. Desde los fundadores de la ciencia social como Spencer, Durkheim y Weber, pasando por Radcliffe-Brown o Evans-Pritchard, todos le conceden a la religión un lugar privilegiado como forma de concebir el mundo.{Morris, 1995}⁵. En su estudio *Psicología y religión*, Jung señala que la religión no es sólo un fenómeno sociológico e histórico, también tiene un significado psicológico profundo. Su perspectiva es empírica y fenomenológica y sus escritos van más allá de la simple descripción, pues defiende una comprensión de la religión, una realidad psíquica compartida por todos los humanos, basada en el “inconsciente colectivo”

Desde este punto de vista cabe señalar que todas las grandes religiones orientales como el hinduismo o el budismo, tiene el sufrimiento en el centro de sus metafísicas. Al mismo tiempo que comprueban el carácter doloroso de la condición humana, unas y

⁴ Douglas, M. “Purity and Danger” (1966), Harmondsworth, Penguin, 1970a (trad cast: “Pureza y peligro: análisis de los conceptos de contaminación y tabú”, Madrid, siglo XXI, 1991

⁵ En este importante libro, Morris hace una recopilación y exposición de todas las ideas sobre el tema de los diferentes autores y corrientes del panorama intelectual de nuestra época

otras, cada cual de acuerdo con su camino, proponen la liberación; pretenden sustraer al ser humano, mediante una disciplina constante, de un sufrimiento de otro modo inexorable. “*El cuerpo es dolor, porque es el lugar del dolor; los sentidos, los objetos, las percepciones son sufrimiento porque conducen al sufrimiento; hasta el placer es sufrimiento, porque viene seguido de sufrimiento*”, resume Anirudha.

Pero la espiritualidad oriental no se hunde en la desesperanza, sino que hace de la toma de conciencia del dolor una condición de la liberación. La emancipación del sabio se logra mediante el retiro de la vida mundana, la ascesis, la adhesión sin fisuras a los principios espirituales, la práctica de las técnicas corporales. El dolor se origina en el principio de retribución que rige el *karma* (principio espiritual que acoge a las formas sucesivas antes de su disolución última en el *brahman* o el universo). Las dosis personales de sufrimiento y su naturaleza están sometidas a esta ley inmutable. Toda acción procura una suma particular de méritos. Si toda alegría es merecida, los sufrimientos no lo son menos. El dolor es retribución por las faltas cometidas. El niño que sufre enfermedades y muere hereda frutos de su *karma*, igual que los miembros de la familia en duelo pagan las consecuencias de las malas acciones cometidas en otros tiempos. Por tanto, el hombre que sufre debe enfrentarse a sí mismo. Nunca está en condiciones de reprochar a Dios la injusticia de la prueba padecida. Si el dolor lo lacera, su existencia presente no se cuestiona, sino su desidia o indignidad en sus otras vidas. En consecuencia, resistir el dolor forja la determinación del carácter y aumenta la consciencia de sí. El *atman* que sufre en su vida presente como hombre dolorido le prepara futuros mejores en el trayecto de su transmigración. De esta manera se acerca a la liberación de todo dolor en que consiste la liberación del *karma*.

En Japón no existe una única creencia: las religiones más practicadas son el shintoísmo (70 millones de practicantes) y el budismo (81 millones de practicantes). Así, el número de creyentes de estas dos religiones (151 millones) es más elevado que el de la población total (115 millones): esto viene de la extrema confusión que existe en la mente de los japoneses respecto a la pertenencia a una u otra creencia.

El budismo es originario de la India y es el que más expresa el carácter descrito arriba, fue introducido en Japón durante el siglo VI por medio de China. En el transcurso de la historia de Japón tuvo una inmensa influencia política y cultural.

El shintoísmo es la fe indígena, desgajada del budismo y nacida a la vez que el inicio del pueblo japonés. No tiene un fundador ni unas escrituras sagradas. Los *kami* son los objetos sagrados, los dioses, que pueden tomar formas diversas de la naturaleza como el sol, las montañas o los árboles, o bien toman formas abstractas como la fertilidad, los ancestros, los héroes nacionales o los protectores de cada familia. Es una fe optimista: piensa que los hombres son fundamentalmente buenos, y que todo lo malo lo producen los malos espíritus. Por ello, el propósito de la mayoría de los rituales es evitar los malos espíritus mediante la purificación, las ofrendas y los rezos. Practicada con la esperanza de obtener satisfacciones de la vida material (cosechas, preservación contra catástrofes naturales...), el shintoísmo se manifiesta hoy, sobre todo, por un conjunto de tradiciones y costumbres.

Esta confusión entre creencias hace que, por ejemplo, en general los nacimientos y las bodas se celebren por el rito shintoísta, mientras que los servicios fúnebres siguen el rito budista, ya que creen en la reencarnación. Cuando el budismo fue introducido en Japón, se produjeron algunos conflictos entre las dos religiones, pero pronto fueron capaces de coexistir armónicamente e incluso complementarse. Este es el punto de vista de la mayoría de los japoneses. Muchos budistas argumentan que los *kami* son manifestaciones de Buda.

Respecto al sufrimiento, los japoneses por un lado, ofrecen numerosas ofrendas como ya hemos comentado para que los malos espíritus no les envíen desgracias, pero por otro lado toman parte de las ideas budistas respecto a que, una vez producido el sufrimiento, es debido a malas acciones anteriores, pero uno puede alcanzar el estado de perfección o *Nirvana* elevándose por encima de ese sufrimiento y escapar de él y del ciclo de las reencarnaciones.

Religiosidad, creencias y medicina se entremezclan (Candill 2002). Los orientales asocian la religión cristiana a la forma de practicar la medicina de los occidentales, y en los primeros contactos, como hemos visto, rechazaron de frente el cristianismo. En la actualidad es muy escaso el número de creyentes cristianos en Japón, y se atribuyen los males de la medicina occidental a la filosofía cristiana:

“La espiritualidad es universal. Todas las grandes religiones buscan lo mismo, pero la única cultura que ha dividido el cuerpo de la mente es la occidental” (Wong Kiew Kit, 2003: 470)

Las investigaciones sobre diversidad cultural y sus confrontaciones con los problemas de salud son necesarias para intentar comprender el mecanismo que {Kleinman, 1981} denomina de re-patrón (*re-patterning*) cultural. **El re-patrón cultural se refiere a los cambios que la medicina occidental ha tenido después de ser introducida en sociedades no occidentales.** Aunque en principio el modelo sea el mismo y se intente copiar, siempre tendrá un tinte y unas características propias.

Como apunta Sepelli (2000:39), el objeto de la Antropología de la Medicina es descubrir esos datos, no ya como una mera recopilación, sino como instrumento necesario para obtener datos con los cuales proponer respuestas eficaces a los problemas cotidianos. Es decir, el objeto último de esta investigación que estamos llevando a cabo es descubrir una realidad que existe tanto en España como en Japón, y es la inquietud que tienen las personas por buscar otras formas de curación.

9.3. Patrones de conducta hacia la salud y la enfermedad en Japón

En líneas generales, el japonés muestra unas actitudes y patrones de conducta con algunas características propias, entre las que cabe destacar las siguientes:

- El *Jibyō* (mi propia enfermedad) y el *taishitsu* (mi constitución innata)

Lo primero que llama la atención después de todo lo comentado sobre el aguante del dolor, la educación restrictiva o la religiosidad oriental es la gran preocupación que tienen los japoneses respecto a la salud, que autoperciben como “débil” en un amplísimo porcentaje.

El concepto de *Jibyō* refleja claramente la actitud de los japoneses frente a la enfermedad. *Jibyō* significa “la enfermedad innata que tengo que sobrellevar durante toda la vida” (enfermedad en el sentido de *illness*). En occidente se ha denominado hipocondría, pero en Japón el significado es diferente. En un estudio realizado en Japón {Ohnuki-Tierney, 1984} un 88% de las mujeres respondieron que tenían algún tipo de *Jibyō*: el más frecuente era dolor de cuello (*katakori*), seguido de estreñimiento, hipotensión, dolor de cabeza, dolor de cadera y mareos. El primero de ellos, el *katakori*,

en español no tiene una traducción exacta, pero correspondería a “hombros cargados” (*stiff shoulders* en inglés) o “contractura de cuello y hombros por estrés”. Aunque en occidente esto ocurre con relativa frecuencia, los japoneses creen que ellos lo tienen más, por razones genéticas o de debilidad muscular, y acuden a los masajes para resolverlo. A dos de los usuarios que entrevisté les ocurría.

(...)katakori o kurikori. Es el dolor alrededor del cuello y hombros debido a una contractura

P. pero en realidad no tiene ninguna enfermedad importante ¿no?

R. no. En realidad no se le puede llamar a esto enfermedad. Siento algo de dolor, pero no soy un enfermo. De hecho no voy al hospital. Voy a esta clínica de shiatsu cuando siento esto. El shiatsu significa masajear mis músculos y relajarlos, así como hacer que los músculos respiren. La sangre entonces fluye por mi cuerpo. Cuando siento este dolor los músculos de esta zona se contraen, y con el shiatsu los presionan y mejoran, sintiéndome mejor

P: ¿cuál cree que es la razón de ese dolor?

R: ¿por qué me pasa? Puede ser algo hereditario, en el DNA, es decir, puede que porque le pasase a mi padre, y por tanto puede que le pase a mi hija. Además puede ser porque mi cabeza y cuello siempre está bajo una forma de presión. Estoy en el ordenador, en el trabajo, voy también a la montaña, juego mucho al tenis...me canso. Es una cosa natural que le ocurre a muchos japoneses. Hay más japoneses que tienen katakori que europeos. Puede que sea hereditario o que los músculos sean más débiles...

(UJ-04)

(...)si, en realidad este dolor es casi todos los días, así que desde mi punto de vista, y creo que es el de muchos japoneses, primero decidí ir al shiatsu, que es un tipo de masaje, pero no es un dolor que se vaya fácilmente. Después de que me hagan el shiatsu me siento bastante aliviado, pero al día siguiente ya tengo el dolor otra vez...

(UJ-02)

El concepto de *jibyō* está íntimamente unido con otro concepto, el *taishitsu* o “constitución innata”. La naturaleza o constitución con la que una persona nace le va a condicionar toda la vida, porque además es algo imposible de cambiar, y a lo cual se le achaca como causa última de todos los males. Los tipos más comunes de *taishitsu* son: *jobu* (saludable), *futsu* (normal), *kyojaku* (débil y falta de energía), *senbyoshitsu* (débil y constitucionalmente susceptible a la tuberculosis), *horyushitsu* (débil) y *shinkeishitsu* (muy sensible). Las distinciones entre estas categorías son muy finas y difíciles de delimitar para nosotros, pero {Caudill, 1976} sugiere que detrás de esa gran preocupación que existe por las imperfecciones físicas y por afecciones banales, hay una excusa para no realizar determinadas tareas o acudir a lugares.

En mi experiencia personal con los japoneses he de confesar que este aspecto es uno de los que más me ha costado aceptar. Resulta difícil entender cómo personas jóvenes y, en principio, sanas, se encuentran siempre cansadas o débiles. Antes de profundizar sobre el tema, en ocasiones me desconcertaba el que continuamente deshicieran planes porque se encontraban “cansados”, y a lo mejor esa cancelación suponía el no poder encontrarte con amigos que hacía años que no veíamos y a los que, en principio, tenían ganas de ver (o por lo menos eso pensaba yo)

Hay una especial sensibilidad acerca del cuerpo que a menudo les hace estar orgullosos de tener una salud débil. Es difícil delimitar los grados de “debilidad” en nuestras coordenadas y dentro de nuestro idioma, ya que tenemos una misma palabra para todos, mientras que la riqueza de la lengua japonesa es capaz de expresar múltiples matices. Se expresaba en inglés uno de los entrevistados utilizando continuamente la palabra “*weak*”, que efectivamente significa débil, pero estoy segura de que no pudo expresar realmente todo lo que quería.

*(...), yo no soy una persona muy fuerte mentalmente. Es fácil herirme mentalmente, es fácil impresionarme y deprimirme. No soy una persona fuerte mentalmente. Es difícil para mí.
(UJ-02)*



Foto 9: el maestro Namikoshi practicando shiatsu-bebé con mi hijo en el año 1993



Foto 10. Exhibición de shiatsu en un parque de Tokio. Muy popular para el tratamiento de *katakori*

El último de los términos, *shinkeishitsu*, Ohnuki-Tierney lo traduce como “muy sensible”, pero Caudill lo traduce como “temperamento nervioso”, con la particularidad de que por razones físicas son más sensibles que otras personas y más predispuestas a padecer enfermedades. En salud mental lo han denominado *shinkeishitsusho*, o enfermedad del temperamento nervioso. Sugieren que la enfermedad es percibida como un momento en el cual se pueden expresar los sentimientos hacia las personas de forma no verbal. Es, en cierto sentido, una “forma de comunicación” en un país donde les resulta muy difícil expresar sus sentimientos. La enfermedad provee el momento tanto para el enfermo como para el cuidador de expresar sus emociones con hechos y no con palabras. Caudill (1976:86) presenta esta imagen:

“Los japoneses no expresarán sus sentimientos diciendo “te quiero” o “no me gustas”. Más que usar palabras, a menudo ofrecen sus sentimientos a través de las conductas, y la enfermedad es un momento apropiado para ello. Es el momento en que puedes expresar al otro cuánto le quieres. A menudo en las parejas de recién casados la mujer se siente sola porque el marido vuelve tarde a casa y ella siente que no la quiere, entonces él cae enfermo y ella le cuida con cariño, haciéndole ver que está enamorada. Entonces él entiende lo que ella está haciendo y sus sentimientos hacia él. Es una buena ocasión, para ambos, de comunicarse, no con palabras, sino de otra manera.”

Lock (1980) apunta que esta forma de comunicación es más frecuente entre los hombres que entre las mujeres.

Esta necesidad de comunicación se percibe también en el hecho de que tienden a dormir juntos en la misma habitación con sus hijos hasta que éstos tienen 12 años, Y si hay un abuelo en la casa, dormirán con él. Independientemente del problema del espacio físico –que lo hay- pocas personas eligen dormir solas aunque puedan, para no sentirse tristes (*sabishii*). Esta palabra expresa el sentimiento de tristeza relacionado con la soledad, no tiene traducción directa, porque no significa ni tristeza ni soledad, sino ambas cosas.

Me llamó la atención que uno de los terapeutas de shiatsu entrevistados reconociese que utilizaba el masaje como medio de comunicación con sus hijos

(...) si, yo les hago shiatsu a mis hijos desde pequeños. Mi hija, que tiene ahora 13 años, no me deja que lo toque si no es para shiatsu, así que a través del shiatsu puedo tener contacto con ella.

(SJ-05)

- El significado de la higiene: pureza e impureza

Otra característica distintiva consiste en la gran preocupación por la limpieza y la higiene, pero con un comportamiento “ritualista”, similar al rito de purificación que deben hacer al entrar en un templo shintoísta en Japón, donde deben ser lavadas las manos y la cara. Esto se debe a que hay una clara distinción entre, por ejemplo, la limpieza de dentro de casa y la suciedad y polución del mundo exterior, que hace que los japoneses se quiten los zapatos al entrar en su casa o en las casa de los demás, o en los templos. Con frecuencia se lavan las manos cuando vuelven para eliminar las impurezas del exterior, y el ritual del *Ofuro* o baño japonés se realiza introduciéndose los miembros de la familia (si el tamaño de la bañera lo permite) después de lavarse con jabón fuera, en la ducha. Es decir, el baño japonés es de placer, la higiene se realiza

previamente, y no tienen pudor en compartirlo con otros familiares o personas en lugares públicos.

La distinción entre dentro o *uchi* y fuera o *soto* se aplica también a las personas: los miembros de la familia, colegio, vecindario, grupo de trabajo son *uchi*, mientras que todo lo de fuera está contaminado {Ohnuki-Tierney, 1984} {Hendry, 1991}. La palabra *hitogomi* –abarrotado o masificado- quiere decir literalmente *gente sucia*.

La enfermedad es, por sí misma, contaminante o sucia, y por ello se hace una énfasis importante en los ritos de limpieza.

Cuando una enfermedad severa aparece en una familia y alguien tiene que ser hospitalizado, se percibe como una agresión, ya que el hospital por definición está lleno de gérmenes y es un sitio contaminado. El familiar intentará estar siempre al lado del enfermo para proporcionarle un espacio *uchi*, o “de casa”, lo más “purificado” posible, y es costumbre que vayan los miembros de la comunidad de ese enfermo a visitarlo: vecinos, amigos, etc. Por ello, como hemos visto anteriormente, los ancianos japoneses prefieren morir en casa, y es la familia la que tiene la responsabilidad de cuidarlo.

- El proceso de hospitalización

Efectivamente, el proceso de hospitalización supone una crisis, un “drama humano” en palabras de {Ohnuki-Tierney, 1984} y mediante el análisis de este microcosmos se revela el sistema de valores y la organización social japonesa: la red social se activa y todos los participantes en este “drama” se ven obligados a reexaminar sus relaciones.

Aunque básicamente la biomedicina tiene los mismos conceptos a nivel global, no olvidemos que cada cultura “la adapta” en cierto sentido, y se puede dar “tipos de biomedicina”. En Japón la biomedicina está firmemente basada en la afirmación cultural de la enfermedad como “illness” y se protege de forma especial al paciente ingresado, potenciando la dependencia, mientras que en occidente la independencia se persigue como valor a alcanzar por los discapacitados o los ancianos. Al paciente no se le margina de la sociedad, sino que por el contrario se le da la oportunidad de sentir la experiencia individual y socialmente. La estancia media de hospitalización es la más larga del mundo, y se activan mecanismos como la figura del *Tsukisoi* (voluntarios que acuden a los hospitales a confortar psicológicamente a pacientes y sus familiares, generalmente son amas de casa), se potencian los regalos, se cuida a los familiares tomándoles por ejemplo la temperatura, etc. Paradójicamente, como señala Ohnuki-

Tierney (1984), *es irónico que en el país en el que se hace énfasis en lo colectivo trata culturalmente la enfermedad como una red individualizada alrededor del paciente, mientras que en occidente, donde el individualismo se valora tan alto, se haga menos énfasis en los factores humanos*

▪ Las “enfermedades de la modernización”

Como país urbano e industrializado que es, las causas de enfermedad y de mortalidad han ido cambiando y en la actualidad se parecen mucho a las de las sociedades modernas: cáncer y enfermedades cardiovasculares están a la cabeza, así como enfermedades crónicas y degenerativas⁶, y están asociadas a un ritmo de vida estresado, polución urbana, deterioro medioambiental, elevadas concentraciones de población...de hecho la población en general percibe que la aparición de “enfermedades de la modernización” está íntimamente asociada con la pérdida de los valores tradicionales y con la adhesión al individualismo {Lock, 1993:63}

El japonés medio en una ciudad como Tokyo necesita de media una hora u hora y media de desplazamiento para llegar de la casa al trabajo, para luego quedarse hasta tarde porque está mal visto salir a la hora que corresponde. La ciudad está muy masificada, aunque los transportes públicos funcionan muy bien, pero es una de las ciudades del mundo donde más se “palpa” el estrés.

Aunque las tasas de cáncer son altas la localización, sin embargo, es diferente a la de otros países occidentales: la incidencia de cáncer de pulmón en los hombres y de pecho en las mujeres es baja, pero la incidencia de cáncer de estómago es una de las más altas del mundo, probablemente relacionado con los hábitos dietéticos japoneses {Kushi, 1996}.

Otra de las causas elevadas de mortalidad es el suicidio, debido a la aureola de romanticismo que ha impregnado este hecho entre los japoneses desde la época de los samurais, y que de alguna manera continúa en la actualidad. Especialmente es alto el índice entre los jóvenes, y está relacionado también con un aumento de estrés en el estudiante por la gran presión a que se ve sometido para entrar a determinados colegios o pasar exámenes.

⁶ Datos extraídos del Ministerio de Sanidad y Bienestar Social de Japón

▪ Las enfermedades mentales y de manejo de estrés

En este contexto de “afición” por hablar del propio temperamento débil y enfermizo, la alta tasa de enfermedades relacionadas con el estrés de los japoneses o, por lo menos, la *percepción* que ellos tienen de que es así, se traduce en frecuentes somatizaciones

(...)dejé de tomar las pastillas porque las medicinas no tienen una connotación positiva para mí, así que cuando el dolor pasó dejé de tomarlas. Pero recientemente he ascendido en el trabajo y me ha sobrevenido nuevo estrés, así que el dolor ha vuelto.
(UJ-02)

Además de los conceptos de *jibyō* y de *taishitsu*, existen otras causas por las que culturalmente perciben los japoneses que es más frecuente en Japón y por las que las tasas del fenómeno “doctor-shopping” son más altas.

El manejo del estrés y los problemas mentales de los japoneses asociado a los factores culturales es una de las especialidades del profesor Munakata { 1986; 1989a; 1989b; 2003 }. Sostiene, por ejemplo, que las enfermedades mentales y el acudir a un psiquiatra está (relativamente) bien considerado en occidente, mientras que en Japón este tipo de enfermedades no se consideran enfermedades “reales”, sino que se considera una falta del autocontrol que se espera que tengan los ciudadanos. Hemos visto cómo, en general, la educación japonesa está basada en la disciplina y a menudo en la ausencia de expresividad de las emociones.

Existe un estigma social asociado a las enfermedades mentales, y para evitar ese estigma y rechazo a menudo se recurre al fenómeno de *falsificación de diagnóstico*: es más fácil de aceptar por la familia y por la sociedad un diagnóstico de “Neurastenia” que otro de ansiedad o depresión, por las connotaciones de debilidad de carácter. También se utilizan otros diagnósticos “suaves” como “enfermedad psicosomática” o “malfuncionamiento del sistema nervioso autónomo”. Aunque esto puede ocurrir en otros países, es poco probable que se utilicen en Japón términos como “reacción psicótica” o “debilidad mental”. Y entre todas, la enfermedad más estigmatizada es la esquizofrenia.

(...)esos 30.000 suicidios quieren decir enfermedad de mente. Todavía los japoneses piensan de alguien que es muy perezoso y no quiere trabajar y quiere estar en casa. Nadie entiende las situaciones. Aquí se desarrolla mucho la psiquiatría, los problemas de la mente, pero en Japón no se desarrolla mucho. Los occidentales de medicina

occidental ven anatómicamente lo que hay dentro de la mente, en Japón los médicos de medicina occidental no estudiaron nada.

P: en Japón hay poca psiquiatría

R: poca, si. Por eso yo digo que ahora mismo se necesitan estudios de psiquiatría, el mundo de la mente. En Japón están 10 o 20 años atrasados en esto (S-09-japonés)

Esta es una de las causas, por tanto, de que haya tantas somatizaciones y tantos diagnósticos de “enfermedad psicosomática”: al no reconocer las enfermedades mentales como reales, se etiquetan como físicas, añadido a la falta de comunicación, que provoca que realmente se somatice y que haga muy difícil el entendimiento entre el paciente, su familia y el médico

9.3. La relaciones sociales del usuario y la familia con el médico

Abordaré esta cuestión abundando en las cuestiones culturales que hacen diferentes estas relaciones en Japón, ya que está, creo, sobradamente argumentado cómo una buena relación entre médico y paciente es un factor determinante en el proceso salud/enfermedad/atención y es una demanda que se da en todos los países, también en Japón:

(...). Creo que la medicina oriental tiene un enfoque más holístico. Fui a un médico occidental y él siempre va algo más concreto. Creo que las filosofías son distintas y las personas se ven influenciadas por ello. (UJ-01)

¿Qué hay de diferente entonces? La respuesta, como digo, se encuentra en las coordenadas culturales. Como dice {Munakata, 1989b} “*para entender la forma en que los diagnósticos se esconden en Japón, hay que profundizar en las relaciones interpersonales de la sociedad japonesa en general, y de la relación médico-paciente en particular*”.

El japonés siempre pondrá énfasis en limitar la distancia psicológica y reprimir su opinión personal, pero una vez que se hacen amigos sienten que pueden esperar cosas del otro como si fueran miembros de la misma familia y a su vez esto les pone en situación de ser capaces de responder a esos favores. Esta relación de “*lazo de obligación o de favor*” se da especialmente en relaciones asimétricas, como entre jefe y subordinado : si el jefe presta ayuda a un subordinado, pone a éste en la obligación de

gratitud. Doi⁷ lo definió por primera vez con el término “Cultura del *Amae*”, como una forma única de relaciones humanas que se da en Japón.

Por otra parte, es difícil decir “no” directamente a la petición que hace otra persona, porque les hace sentirse avergonzados. Lo que hacen en estos casos es decir que sí y añadir otra respuesta vaga que indirectamente indique la dificultad en la consecución del requerimiento. Por lo tanto, cuando los japoneses interactúan, adivinan la respuesta del otro por su expresión facial, no por lo que dicen, como hacen los occidentales, puesto que no pueden decir que no. Esta habilidad para adivinar lo que el otro quiere decir realmente se denomina *sassuru*, y son entrenados en ella desde la infancia. Los padres dicen a sus hijos: “tienes que entender lo que la otra persona está pensando antes de que diga nada, mirando detenidamente su cara”.⁸

Pues bien, la misma relación de *amae* y *sassuru* ocurre entre médico y paciente: los pacientes intentan crear lazos emocionales de obligación, y si no se producen se crea una frustración. En esta relación el médico es el jefe y el paciente el subordinado⁹ y se espera de los pacientes que desarrollen dependencia del médico, igual que los niños la tienen de sus padres. Los médicos tratan a los pacientes como si fueran de la familia, asumiendo la responsabilidad y sin dar apenas explicaciones. En este contexto entonces ni siquiera se plantea que se cuestionen sus diagnósticos o tratamientos.

Por otro lado, los pacientes y la familia deben “adivinar” por sí mismos la situación a través de la comunicación verbal y, sobre todo, no verbal, del médico. El médico debe

⁷ Doi, K (1962). *Amae: A key concept for understanding Japanese personality structure*. In R.J Smith and R. K. Beardsley (ed). *Japanese culture: its development and characteristics*. Viking Fund Publication in Anthropology 34:132-139. Cit en (Munakata, 1989b)

⁸ Esta es una de las razones por las que es muy difícil a un occidental entender al pueblo japonés, puesto que el occidental nunca sabrá lo que el japonés quiere decir. Nunca contestará que no lo sabe o que no puede. Si, por ejemplo, se le pregunta a alguien por la calle por una dirección y no la sabe, el japonés se queda “bloqueado”, esperando probablemente que el otro “adivine” que no lo sabe pero le cuesta admitirlo. El extranjero, por su parte, al no interactuar en esta clave, no entenderá el bloqueo, y pensará que por qué directamente no se lo dice. Particularmente esta situación la he vivido en numerosas ocasiones y ha sido vivida por amigos de otras nacionalidades.

Se empieza a entender cuando se estudia la lengua japonesa, en la que son extensos y abundantes los circunloquios para no decir directamente “no”. Hay siete u ocho maneras de decir “lo siento”, en virtud de la situación concreta: no es lo mismo pedir perdón por haber molestado, que por haber hecho esperar o por pasar delante. Igualmente ocurre con “gracias”

⁹ Hay que entender también que la sociedad japonesa está muy estratificada, y esto también se refleja en la lengua: existen varias acepciones para una misma palabra, cada una de las cuales se utilizará en función de la persona a la que se dirija: no es la misma palabra la que se utiliza para, por ejemplo, el verbo “comer”, si se trata de dirigirse a un superior, a un igual o a un inferior o un niño. Por ello necesitan imperiosamente saber cuál es el grado de la persona con la que están hablando, para saber qué lenguaje utilizar. Esta es la base de la extendidísima costumbre de intercambiarse tarjetas de visita o “meji” cuando son presentados, de tal manera que puedan conocer el cargo o posición del otro.

también adivinar los deseos del paciente y asumir la postura que considere apropiada y toda la responsabilidad, y en el caso de que no se consigan los efectos deseados, también tácitamente el paciente y familia deben adivinar los límites de lo que el médico puede hacer (aporto mi experiencia personal de dar a luz con médicos japoneses. Todo lo más que conseguí en las visitas mensuales del embarazo fue un “daiyobu”, que quiere decir “todo bien, ok”).

Evidentemente, esta “adivinación” mutua de lo que no pueden decir entre paciente y médico, así como las relaciones asimétricas y el disfrazar diagnósticos dan lugar a situaciones frecuentes de confusión. Sin embargo, la principal razón que argumentan los médicos para hacerlo es precisamente “proteger” al paciente. Consideran que en occidente se dan demasiadas explicaciones a los pacientes para que tomen decisiones que no pueden tomar porque les faltan conocimientos. Esto, según ellos, les crea más confusión y desesperanza. Esto explica por qué no se suele dar el diagnóstico de cáncer a los pacientes. Una de las pacientes entrevistada para este estudio era precisamente enferma de cáncer, pero no entraba en estas coordenadas y acudía a una clínica de integración porque no le satisfacía la forma en que se relacionaba con el médico oficial

(...)El primero, cuando iba a visitarlo solo miraba al ordenador y al informe, introduciendo nuevos datos. No había comunicación, ni cuidado mental, ni diálogo. Solo cuidaba de mi cuerpo, pero no de mi. Aquí el médico me toca y me chequea, así que me siento más segura porque el médico me mira a mí, no al ordenador.

(UJ-03)

Enmarcado en este contexto, una de las “vías de escape” a esta situación está siendo precisamente el resurgimiento de las terapias complementarias, ya que el paciente siente que puede hablar de problemas de ansiedad o depresión más libremente y la relación con este sanador tiene cierta asimetría pero no tanta.

(...)hay pocos psiquiatras. Es un prejuicio, no es algo natural el hablar de ello, nadie quiere decir que va a este tipo de médico. Últimamente ha empezado a ser más normal, pero poco a poco, antes no.

P: ¿entonces la gente cuando tiene un problema mental va más bien a un tipo de médico como él?

R: la realidad es que el área que yo cubro es una especie de psiquiatra. Originalmente no lo es, pero lo es porque hay mucha gente que lo demanda.

(SJ-04)

Efectivamente, según las estadísticas hay pocos psiquiatras por las razones expuestas, pero además los que hay tienen una visión en general muy biomédica y desde este plano de superioridad. La medicina oriental tiene más éxito porque no exige que el paciente “se desnude” tanto como en el psicoanálisis occidental, ya que esto culturalmente les hace sentirse incómodos. A la vez funciona porque tienen la sensación de que los fármacos para la depresión o ansiedad tienen más efectos secundarios que la medicina oriental.

Ohnuki-Tierney (1984) atribuye la escasez de psiquiatras a la diferencia del concepto de la medicina oriental y la occidental. El desequilibrio o bloqueo del *ki*, que los occidentales no entendemos muy bien qué quiere decir exactamente, si energía, mente o espíritu, impregna la causa de todas las enfermedades. Realmente no existe la psiquiatría dentro de este paradigma.

Un último aspecto a destacar dentro de la relación médico-usuario es que, aunque a este último se le presupone una pasividad que por lo anteriormente expuesto sería más intensa en Japón que en otros países, el usuario está cambiando y toma más decisiones:

(...)P: ¿por qué vino a esta clínica?

R: tuve problemas depresivos, problemas mentales, y al médico del principio no le importaban esos problemas. Ya había tenido el tratamiento de quimioterapia y la cirugía, así que buscaba otro tipo de tratamiento. Eso fue después de la cirugía.

P: ¿Cómo encontró esta clínica?

R. una amiga me lo dijo, y además este médico es muy famoso

(UJ-03)

Lo que aumenta entonces es la ausencia de comunicación, llegando a índices del 60% del número de usuarios que no le dicen a su médico que están acudiendo a otras medicinas.

9.5. Percepción de los profesionales de salud ante las Terapias Complementarias

Casi todos los estudios sobre actitudes de los médicos frente a las TC se están realizando en Estados Unidos, y poco a poco en Europa. En Japón hay pocos, y además casi todos se refieren a utilización de hierbas (ya he comentado que sobre todo igualan medicina oriental a *kampo-yaku*), y están hechos por Facultades o Departamentos de Farmacia {Hyodo, 2003; Imanishi, 1999} En Estados Unidos, sin embargo, casi todos los estudios se refieren a la terapia que más éxito tiene, que es la quiropraxis, seguida de

la acupuntura.

Este hecho complica la investigación, ya que el 25% de los médicos entrevistados no consideran el *kampo-yaku* medicina complementaria. Un elevadísimo número de médicos en consulta no integrada (96%) prescriben recetas hierbales a los pacientes, ya que, aunque ha estado fuera de la oficialidad durante 100 años, de alguna manera sigue muy impregnado en la sociedad japonesa. Este hecho ha dado lugar a una terminología diferente, “*ethical kampo*”, que se aplica al kampo prescrito por médicos no especialistas en medicina oriental. {Yamashita, 2002}

Respecto a acupuntura y shiatsu, los estudios dicen que un 14% de médicos derivan a las mismas {Imanishi, 1999}. En general suelen tener actitudes relativamente positivas respecto a la medicina oriental y creen que es eficaz para ciertos problemas mentales como insomnio o estrés, más que para problemas físicos, pero en cambio la actitud es muy negativa respecto a los terapeutas {Furnham MA, 1993}. Las relaciones entre ambos las analizaré en el apartado dedicado a los conflictos, pero efectivamente no son buenas:

*(...) No (suave pero segura)... Aquel médico fue contra esta terapia, no es que no la conociera o que le diera igual, es que la pareció mal. No le pude ni siquiera explicar...así que pensé en cambiar. Cuando le dije que iba a cambiar....no puedo volver.
(UJ-03)*

Respecto a la enfermería, y de acuerdo con {Kodama, 1984:102}, en Japón surgió como tal sólo 20 años después de que empezara en Gran Bretaña y 10 años detrás de Estados Unidos. Fue introducida a través de hospitales extranjeros y a menudo por misioneros. La profesión de enfermería siempre ha estado considerada como un trabajo de bajo estatus porque la enfermera tiene que estar cerca de la suciedad y la enfermedad. Aunque después de la 2ª guerra mundial la presencia de enfermeras americanas elevó bastante el estrato social de las chicas que elegían esta profesión, continuó en cierto modo esta idea por razones culturales.

La profesión de enfermería siempre ha estado vinculada al género femenino y, por ende, a las connotaciones culturales que la mujer tiene en Japón. Todavía en el Japón moderno continúa la idea de los preceptos confucionistas que asocian a la mujer bajo la obediencia primero del padre, luego del marido y por último del hijo, y que cuando se casa debe dejar el trabajo. Por ello se ve natural la obediencia y asistencia al médico,

cuya denominación “*sensei*” quiere decir literalmente maestro (Hendry and Martínez 1991:63) La palabra japonesa que significa enfermera, *kangofu*, expresa esa imagen: *kan* significa cuidar, prestar atención; *go* expresa el rol de defensa, quiere decir soportar, defender, obedecer; *fu* significa mujer (aunque es difícil en ocasiones la traducción literal porque un mismo carácter o ideograma representa varias cosas nos hemos atrevido a interpretarlo).

Sin embargo, la falta de enfermeras ha obligado al gobierno a una serie de medidas de incentivación, sobre todo de cara a la potenciación de los cuidados en el domicilio, por el grave problema de aumento del número de ancianos que hemos comentado anteriormente. Especialmente se han desarrollado las enfermeras de Salud Pública y de cuidados domiciliarios. Japón tiene tres especialidades en enfermería: Salud Pública, matronas y enfermeras asistenciales, estando las primeras especialmente protegidas y experimentando “el mayor período de cambio de su historia” {Murashima, 1999, Hayakawa 2003}. El título del artículo de Murashima indica ese cambio y esas expectativas: “*Public Health Nursing in Japan: new opportunities for health promotion*” (*Enfermería de Salud Pública en Japón: nuevas oportunidades para la promoción de la salud*). El gobierno ha llegado a pagar hasta el 50% de los costes de construcción de nuevas Escuelas de enfermería, tanto públicas como privadas, y se prevee que en los próximos años siga creciendo el número de total de enfermeras, continuando la línea ascendente de los últimos años (tabla).

En el año 2002 se dejó la carrera en dos niveles: 4 años para programa bachelor y 3 años para diplomatura, y se han incrementado los máster y cursos de especialización.

**Número de profesionales sanitarios y ratios 100.00 habitantes en Japón
(1970-2000)**

<i>Año</i>	<i>Médicos</i>	<i>Dentistas</i>	<i>Farmacéuticos</i>	<i>Enfermeras Comunitarias</i>	<i>Matronas</i>	<i>Enfermeras y auxiliares de Enfermería</i>
<i>Número</i>						
1970	117.195	36.914	65.179	14.000	28.087	273.572
1980	154.578	52.369	95.319	17.957	25.867	487.169
1990	210.197	73.041	130.604	25.303	22.918	745.301
2000	253.644	89.720	199.983	36.781	24.511	1.042.468
<i>Ratio por 100.000 habitantes</i>						
1970	113,0	35,6	62,8	13,5	27,1	263,8
1980	132,0	44,7	81,4	15,3	27,1	263,8
1990	170,0	59,1	105,7	20,5	18,5	602,9
2000	201,5	71,6	171,3	29,0	19,3	821,4

Tabla 17. Fuente: Traducido de Hayakawa 2003:502

Respecto a su actitud frente a la medicina oriental, no hay muchos estudios que hablen de ello debido a que se suele hablar sólo de los médicos, mientras que las enfermeras suelen estar a las órdenes del médico. Tienen una concepción bastante centrada en el modelo biomédico y bajo las órdenes del médico.

Yo hablé personalmente con algunas de ellas en los centros de integración a los que acudí, aunque no las entrevisté formalmente y con grabadora ya que no entraban dentro de los criterios de inclusión del grupo de terapeutas. En estos casos estaban muy de acuerdo –como no podía ser de otra manera- con el planteamiento holístico, pero entre sus atribuciones no estaba tomar decisiones o decidir tratamientos. Siempre se remitían al médico. En algunas ocasiones también aprenden a poner agujas y lo hacen.

CAPÍTULO 10:

Diferentes dimensiones de los sanadores en Japón

10.1 Dimensiones personales y profesionales

10.1.1. Interés por la terapia y enfoque/corriente en la que se enmarcan

10.1.1.1. Motivo: Acontecimiento de vida. Transmisión generacional.

Razones prácticas. Medio para ganarse la vida en el caso de los invidentes.

10.1.1.2. Escuelas de shiatsu

10.1.1.3. El *anma* y las escuelas de invidentes

10.1.1.4. Escuelas de acupuntura

10.1.1.5. Enfoques o corrientes desde la medicina oficial .

- *Kanpo* ético
- Medicina integrativa
- Medicina holística

10.1.2. Condiciones laborales

10.2. Dimensiones jurídicas/sociales

10.2.1. Regulación de la práctica de la medicina oriental. Formación.

- Las Facultades de Medicina. El punto de inflexión de la Ley de 2001

10.2.2. Asociacionismo. Estructura y papel de las Asociaciones

10.1. Dimensiones personales y profesionales

10.1.1. Interés por la terapia y enfoque/corriente en la que se enmarcan

Incidiré en los aspectos distintivos con respecto a lo analizado en este apartado en los sanadores en España. Básicamente estos aspectos vienen dados por la vinculación histórica.

10.1.1.1. Motivo

En cuanto al motivo por el que empezaron a interesarse tenemos los siguientes:

- Acontecimiento de vida:

Hay acontecimientos de orden vital que marcan la trayectoria profesional, igual que veíamos que ocurría en occidente

(...) tenía dolor de espalda cuando tenía 20 años. Desde los 21 años a los 23 fui a la escuela, y desde los 23 estoy enseñando. Llevo 31 años enseñando
(SJ-05)

La diferencia de matiz es que en el pueblo japonés eso no solo se traduce en una decisión que afecta individualmente a la persona, sino que se traslada a la colectividad, a un deseo de aportar al grupo que quizá es más fuerte que en occidente

(...) (pensativa) desde pequeña me ayudó en mi vida. Y pensé que había recibido tanto, que debía devolver algo a la siguiente generación, y pensé que ésta era la mejor manera.. .. más que el que yo me curase a mí me ayudaba el saber que podía hacer algo bueno con mis manos.
(SJ-07)

- Transmisión generacional:

En oriente existe un bagaje histórico que, como he comentado, hizo que la medicina *kanpo* no se perdiera durante los 100 años que estuvo prohibida. El mecanismo principal fue la transmisión generacional de esa ciencia, ya que no podía ser estudiada en la universidad. Lo que no es tan normal es que ocurriese en médicos, pero también los hubo. En Japón es muy frecuente que un hijo varón siga los pasos del padre y del abuelo. Hay colegios de élite en los que la mayoría de los niños son hijos de médicos, porque son colegios muy competitivos en los que los niños están orientados a entrar luego en una buena universidad donde estudiar medicina. Es un tipo de creencia no

tanto espiritual-vivencial cuanto cultural, de "obligación".

(...) soy la tercera generación de mi familia que somos médicos. Mi padre era ginecólogo y hacía a la vez kanpo y acupuntura. Para mi, desde pequeño, en mi mente ya tenía las dos cosas... Lo mío fue una situación especial, un ambiente de gracia. Mi familia entonces era un poco "extraña". Cuando yo estaba estudiando medicina oriental la gente pensaba que era un médico un poco raro
(SJ-06)

▪ Razones prácticas:

Las razones de búsqueda de otro tipo de terapias por parte de los médicos frente a las deficiencias que percibían de la medicina occidental ocurren también como en occidente

(...)Antes trabajaba en otro hospital como cirujano, pero veía las limitaciones de la medicina oriental, así que quise conocer otras cosas
(SJ-03)

(...) cuando empecé a estudiar medicina en el año 65, empezó el interés por la medicina oriental. Fue muy importante para mí cuando el seguro nacional empezó a cubrir los dos tipos básicos de hierbas kanpo (en el año 50 de la era sowa¹, hace unos 30 años más o menos). En Japón la sociedad empezó a hablar entonces de ello.

P: ¿pero su interés es por creencia o por un sentido práctico, porque realmente funciona)

R: porque es muy práctico y funciona.

(SJ-04)

La diferencia está en que aquí lo tenían "más a mano", es decir, su búsqueda ha sido menos dificultosa porque no tenían que "viajar a oriente" para descubrirlo, ya que estaba impregnado en la sociedad, y aunque no fuese oficial, la búsqueda por ejemplo de maestros expertos no era tan problemática

▪ Medio para ganarse la vida en el caso de los invidentes.

Ya hemos comentado el estigma social que de alguna manera existe todavía hacia los invidentes, que se ven abocados a la ocupación reservada para ellos, sin que a lo mejor hubiesen tenido ninguna vocación previa (aunque luego al meterse en el tema les haya gustado)

¹ Las eras corresponden al sistema de calendario japonés, que coinciden con los períodos de mandato de cada emperador. El año 50 de la era sowa corresponde al año 50 desde la entronización del emperador anterior, Hiro-Ito. Nos encontramos actualmente en el año 19 de la era Hei-sei (del actual emperador) y que en el calendario cristiano corresponde al año 2007.

(...)Yo soy deficiente visual. Cuando tenía 11 años enfermé, tuve un problema de degeneración en la retina. Después de mi graduación en la escuela secundaria, estudié dos años literatura inglesa, pero no pude encontrar trabajo en Japón porque era disminuida visual. Entonces decidí hacer terapia de masaje y acupuntura, y entré en la escuela de ciegos para ello.... Cuando yo era muy joven, no tenía familia relacionada con ello, con la medicina oriental y yo no pensaba que la medicina oriental fuera una medicina de verdad.

(SJ-02)

En cuanto a las escuelas o corrientes en las que se enmarcan, señalaré las diferencias que existen respecto a lo ya explicado en el apartado correspondiente en los resultados de España:

10.1.1.2. Escuelas de shiatsu

Como ya comenté, la Escuela Namikoshi es la única oficial en Japón y la más conocida, y se creó con un acento occidental en el sentido de basarse mucho en la parte física para poder ser reconocida oficialmente como “científica”. El otro objetivo en su creación fue deslindarse de las connotaciones sociales de un oficio que tradicionalmente había sido para invidentes.

Recordemos también cómo de la Escuela Namikoshi se desgajó un alumno suyo, Masunaga, que creó una línea más espiritualista, el zen-shiatsu. Ambas tienen éxito tanto en Japón como en occidente, pero en occidente quizás más la segunda y las escuelas que posteriormente derivaron de ella.



Foto 11. Escuela Namikoshi (Tokio)

10.1.1.3 El *anma* y las escuelas de invidentes

Pues bien, la tónica diferenciadora está en la controversia con las Escuelas que preparan a invidentes, primero porque éstos reivindican la profesión desde un punto de vista laboral pero también conceptualmente, ya que consideran que ellos lo que trabajan es el *anma* o masaje tradicional japonés, y el shiatsu es *sólo una parte* de él. Una de las entrevistas fue a una profesora discapacitada visual que no se identificaba con ninguna de las escuelas de shiatsu, sino que defendía el *anma* y el masaje en general como terapia muy apropiada para los invidentes debido a su sensibilidad táctil, y opinaba que Namikoshi se desgajó del *anma* con la intención de desligarse de los invidentes. Defiende un estilo de masaje como señal identitaria de grupo, aunque no todos los que practican *anma* son invidentes, y su objetivo es dar a conocer el *anma* {Donoyama, 2004 298 /id}. Actualmente publica y acude a conferencias internacionales sobre temas relacionados

(...) no son lo mismo, pero tampoco son muy diferentes. Anma es el masaje tradicional japonés y el shiatsu es solo un método de anma. Es solo un método, presión. Shiatsu quiere decir "presión con el dedo pulgar", también palmeo y presión. Es un método de presión, eso es lo que quiere decir, pero anma quiere decir presión, presión con las rodillas, golpeteo, estiramiento...toda clase de técnicas en terapia de masaje...

yo no enseño el estilo de ninguna escuela de shiatsu. Yo solo enseño un método de shiatsu, si se aprieta más o menos o gradualmente...

P: pero, por ejemplo, Namikoshi presiona más fuerte y Masunaga más suave

R: Aaahh...no conozco la diferencia entre ellos (risas)

(SJ-07)

.(...)Yo creo que es una forma de discriminación. Es una situación difícil porque el anma tiene una gran tradición entre los discapacitados visuales, y ellos dicen que el anma es solo para darle una ocupación de los ciegos, pero solo el 26% de los terapeutas de anma en Japón en la actualidad son deficientes visuales. Muy pocos, pero ellos piensan que es para ciegos

(SJ-07)

Según datos de la Asociación Japonesa de Profesores de Masaje y Acupuntura, hay alrededor de 100.000 licencias de terapia de masaje y 70.000 de acupunturistas, y un 60% de las primeras y un 40% de las segundas son de invidentes y discapacitados visuales, así que realmente desde que en la época Meiji se estableció como profesión para invidentes, continúa en la actualidad

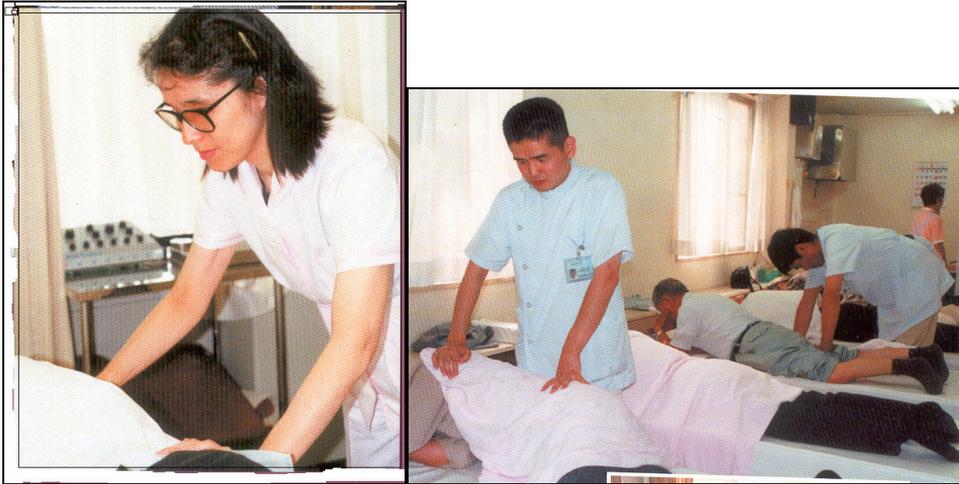


Foto 12 y 13. Terapeutas de Masaje invidentes

La palabra *anma* se nombra muy poco porque efectivamente desde una perspectiva social, tiene un estereotipo marcado

(...)La palabra anma está como prohibida, no se puede decir en la televisión, la imagen que tiene la gente es que era para ciegos y no es muy científico. Yo lo distingo, pero la gente y los medios de comunicación no lo distinguen, por eso lo han prohibido. En la constitución está escrita la palabra anma, pero por discriminación no lo dicen en los medios de comunicación

(SJ-05. Escuela Namikoshi, no invidente)

Desde un punto de vista técnico, el *anma* es un masaje fuerte, porque a los japoneses les gusta así, aunque se aplica con más o menos fuerza según le guste al usuario, de manera individualizada . Los occidentales parece que piden más suave, con meditación, más respiración...

(...) En USA y en Europa creo que está siendo más famoso el estilo Masunaga que el Namikoshi, creo. Cuando fui a USA vi muchos, muchos libros sobre el shiatsu de Masunaga, pero en cambio no vi libros de Namikoshi

...generalmente anma es una técnica fuerte, muy fuerte, y a los japoneses les gusta el toque fuerte, no les gusta suave. Yo enseñé fuerte, fuerte, pero algunos clientes no necesitan fuerte, así que entonces les enseñé a los alumnos suave. A diferente situación, diferente técnica.

(SJ-02)

Pero independientemente de estas diferencias que son de orden social o técnico, no existen apenas diferencias en cuanto a la ideología que impregna a todas las corrientes, y que no es otra que la de la curación del espíritu a través del cuerpo. Estas son frases de diferentes escuelas:

(...) la medicina oriental tiene una visión holística, pero no desde la mente sin desde el cuerpo. La acupuntura y el masaje se aplican al cuerpo, no a la mente directamente(Escuela de invidentes)

(SJ-02)

(...) Namikoshi tiene como frase más famosa: “el corazón del shiatsu es como el corazón de la madre”. Hace falta el cariño. Es como una máquina con dos ruedas: la técnica y el cariño, que necesita a las dos para poderse mover. Si no hay dos ruedas no se puede avanzar (Escuela Namikoshi)

(SJ-05)

(...) para los problemas mentales es muy eficaz. Tocando el cuerpo se provoca la curación también del espíritu. En japonés hay dos palabras, una para tratamiento y otra “te-o-ateu”, curación por las manos. Tiene que ver también con que cuando te golpeas y luego te tocas esa zona, te sientes aliviado.(Escuela no identificada en ninguna de las corrientes mencionadas)

(SJ-07)

10.1.1.4. Escuelas de acupuntura

La licencia de acupuntura se puede conseguir pasando un examen a nivel nacional. Hay muchas escuelas que preparan para conseguir tres licencias: la de acupuntura, moxibustión y masaje (*anma*). Escuelas de este tipo son, por ejemplo, las de los invidentes. Por tanto, no existe tanta pugna en este campo por diferenciarse como en España, ya que en muchos casos los practicantes de ambas terapias son los mismos.

Técnicamente existe una diferencia entre el estilo chino y el japonés de aplicar la acupuntura, según las modificaciones que se hicieron a partir de su introducción desde China. Difiere el tipo de aguja, ya que la japonesa es más fina y aplica técnicas más modernas como la electroacupuntura (aplicación de corrientes eléctricas en los puntos de acupuntura)

(...)Algunas veces los japoneses utilizan la técnicas chinas y otras veces no. No es exactamente clásico, como cuando vas a China, que estudias Medicina tradicional china. En China es más clásico. En América si tú vas a un acupuntor, utiliza MTC, medicina tradicional china. En Europa también es MTC, y en Australia, pero en Japón es algo diferente. ¿has visto alguna vez las agujas de acupuntura? Las agujas japonesas son mucho más finas, y se utilizan otras técnicas como la electroacupuntura...nadie en China viene a estudiar a Japón, creo que tienen cosas que decir, Japón y Corea. En China es más clásico. Nosotros utilizamos menos agujas, ellos más puntos.

P: ¿entonces para usted es mejor la forma japonesa porque es más moderna?

S: no, algunas veces utilizo más las técnicas chinas y otras veces más las japonesas. Hago una mezcla. No todo el mundo necesita lo mismo, ni la misma medicación. La

medicina oriental es como cuando vas al sastre, si nos hacemos el mismo traje una persona alta y delgada y yo que soy más grueso, probablemente nos vendrá una manga corta, una pernera larga....todos tenemos algo diferente. La medicina oriental es como un sastre que te hace un traje a medida.

(SJ-01)

10.1.1.5. Enfoques o corrientes desde la medicina oficial .

Los médicos no necesitan ninguna licencia para practicar *kanpo*, ya que se considera que están legitimados para ello por el hecho de ser médicos, igual que en España y siguiendo la teoría de Bordieu (1996) de la universidad como elemento legitimador. Aunque ya hemos visto que se crearon escuelas, no había universidades o escuelas específicas dedicadas a los médicos para estudiar, por lo que muchos de ellos fueron autodidactas o con algún maestro. Son minoría los que acudieron a estas escuelas para “no médicos”, como es el caso de los siguientes informantes:

(...) en aquel momento no había universidad para eso, y al terminar medicina estudié directamente, por mi cuenta, y también con un profesor que me enseñó. Título oficial no tengo. Ahora hay gente que tiene licencia en medicina oriental, pero en aquel momento no había

(SJ-06)

(...)P: ¿cuánto duraron sus estudios de medicina oriental?

R: Casi 5 años, 4 años. Estaba trabajando por el día en el hospital y por la tarde iba a estudiar a la escuela. 4 años, sí.

(SJ-01)

Dentro de este grupo que tiene en común el ser médicos, pero que casi ninguno tiene titulación o licencia de medicina oriental, se han creado varias filosofías de trabajo que no coinciden exactamente con la diferenciación entre más “espiritualistas” o más “pragmáticos” que hacíamos en España. Las características de una filosofía más arraigada culturalmente determinan las siguientes corrientes:

- Kanpo ético:

Se denomina así al *kanpo* prescrito por médicos, pero casi siempre se refiere a *kampo-yaku* (prescripción de hierbas). La utilización de éstas está muy extendida entre los médicos. Algunos estudios hablan de cifras hasta del 96% {Imanishi, 1999}. Sin embargo, los terapeutas de medicina oriental no están muy de acuerdo en la forma en la que lo utilizan, ya que lo hacen a la manera occidental, como si fuera un fármaco más

(...)Muchos médicos están utilizando hierbas como si fuera farmacología, al estilo occidental. Tienes un dolor de cabeza y te dan indistintamente una hierba o un fármaco, pero eso no es medicina oriental. La medicina oriental tiene su propio sistema diagnóstico, que varía de una persona a otra.

(S-07)

▪ Medicina integrativa:

Esta corriente está representada por los centros que están en vanguardia en cuanto a investigación. Su idea es que tiene que ser un médico que domine ambos campos el que integre en su cabeza ambas para razonar qué es lo mejor para el paciente. Si se deriva de un terapeuta a otro, no los consideran integración sino *colaboración*. Esta idea también se daba de alguna manera en España entre los médicos que se autodenominan de “acupuntura occidental”, pero la diferencia está en que los médicos de esta filosofía en Japón creen que, por su idiosincrasia, sólo se puede dar una integración “real” en Japón, que es el país que tiene ambos paradigmas asentados. En otros países se podrá integrar con sus propias medicinas tradicionales, pero no con la oriental, que no es la suya. En esta idea se percibe el fuerte sentimiento de cultura propia y única que tiene el pueblo japonés. Queda muy bien reflejada en el discurso del siguiente informante, que es el Director de uno de los centros más punteros en investigación sobre medicina oriental de Japón y centro colaborador de la OMS, y que a su vez es el Presidente de la Sociedad japonesa de medicina oriental:

(...)El que un terapeuta de medicina oriental vea un paciente eso no es integración, eso es colaboración... cuando un médico estudia y piensa en medicina oriental también, no quiere decir que esta medicina esté por debajo de la occidental, sino que este médico intenta integrarlo y el pensamiento que nace de ahí es algo nuevo. Esto es lo que yo llamo integración, si lo hacen entre dos personas, eso otro es colaboración

P: es que hay diferentes formas de ver la integración..

R: lo que yo llamo integración es que la misma persona sea la que piense, si es entre dos, es colaboración. No puedes compararlo con una persona que solo sabe kanpo. Esta persona no puede opinar de lo otro porque no sabe, ahí no hay integración...

En Japón creo que inconscientemente se está haciendo esta integración, no solo en mí. Inconscientemente Japón es un país que integra...El kanpo NO es una ciencia dentro de la medicina occidental, y la acupuntura no es un tratamiento de la medicina occidental. De la misma manera, hay tratamientos de la medicina occidental que no son apropiados para la oriental. El médico debe discernir y decide a lo mejor que necesita uno u otro tratamiento o los dos. Las dos se complementan y entre las dos nace algo mejor. No es que una absorba a la otra. Las dos tienen las ideas, los fundamentos, pero...

En Japón estamos en un ambiente más favorable. El resto de países de occidente lo que tiene que hacer es respetar la medicina tradicional que hay en cada país, porque en cada país hay una. Esto es algo que ayuda al paciente. Cuando llamamos a esto tercera

medicina, no es correcto, los pacientes no lo entienden, porque para ellos es lo normal, su tratamiento normal. Esta idea nace de pensar que el centro es la medicina occidental. Esta es mi opinión personal. ¿qué ocurre cuando se tiene este concepto? Que entonces es cuando sobreviene el terrorismo, las guerras...cuando se piensa que lo propio es lo único y lo más importante. Como en las Cruzadas. Tenemos que respetar, porque para la gente esta medicina es lo natural, no es una alternativa. Y es eficaz, incluyendo problemas espirituales o emocionales. No es una alternativa de la medicina occidental. Es medicina tradicional. Respetando las dos, quizá la palabra integración no es tampoco la correcta, pero creo que los países deben avanzar en ese sentido, en el respeto. Si pensamos así no vamos a tener guerras...
(SJ-06)



Foto 14. Dr. Ishino,(SJ-06). Director del Instituto Kitasato de Medicina integrativa. Centro colaborador de la OMS, junto con la autora

▪ Medicina holística

Este grupo de médicos se reúnen en torno a la Asociación japonesa de Medicina Holística, y propugnan una apertura a la integración no solo con la medicina *kampo*, sino con otras terapias complementarias o alternativas con origen en occidente, como la osteopatía o la aromaterapia. Son, por tanto, más aperturistas, y en este tipo de clínicas se utilizan terapias *kampo* (hierbas, acupuntura o shiatu) junto con terapias occidentales y junto con clases de taichi o chi-kung, macrobiótica (nutrición), terapia de apoyo psicológico, cursillos de meditación...para ellos el holismo se refiere al cuidado de el cuerpo, la mente y el espíritu a partes iguales, y sin rechazar ninguna terapia que ayude en este sentido. No tienen, sin embargo, connotaciones religiosas sino de “formar parte del universo” como habla la medicina oriental en general

(...) la medicina holística tiene acupuntura y técnicas de medicina oriental , pero también tomamos de occidente. Somos así...

... una parte es medicina integral, pero otra parte de lo que hacemos es medicina holística. Hay una parte en común. La medicina holística es más grande. Aparentemente estamos haciendo medicina integral, pero la holística es más grande. Habla de la muerte, también, por ejemplo.

(SJ-03)

(...)estoy organizando cursos de meditación en la naturaleza, fuera de Tokyo, durante 4 días, descansando, alimentándose bien, para poder tener fuerza para continuar (me enseña la hoja informativa).

Yo soy médico de esta área, pero al ser holístico también tengo relación con estas cosas

P: ¿tiene alguna relación con la religión?

R: no hay ninguna relación (sonriendo). Simplemente que cuando uno está en contacto con la naturaleza se siente bien.

(SJ-04)



Foto 15. Publicidad de la Clínica de medicina holística. El director médico se caricaturiza junto con una representación del triángulo cuerpo-mente-espíritu

10.1.2. Condiciones laborales

En general las jornadas laborales son muy largas, se trabaja mucho, pero esto tiene relación con la cultura japonesa en general, no con la sanitaria. La sensación de

aportación a la sociedad y el sentido del deber lo tienen muy arraigado.

(...)Yo vuelvo a las 11 de la noche a casa, también el sábado y el domingo. No tengo vacaciones...Para el hombre japonés el sentido de la vida y el trabajo van unidos P¿ y la familia?

R: dicen que no hay nada que hacer². En Japón se dice que si el marido está fuera y está sano, todo va bien... El hombre japonés piensa que a través de trabajar mucho está amando a su familia. Si le das mucha importancia a la familia no puedes vivir económicamente

(SJ-05)

Dado que un porcentaje muy alto de los terapeutas son ciegos, cabe hacer una mención expresa a las condiciones laborales de este colectivo: El número de ciegos o discapacitados visuales en Japón es de 301.000, de los cuales 72.000 (23.5%) tienen trabajo. 24.000 de esos 72.000 (33.3%) trabajan como acupunturistas y/o masajistas. Como se ve, es el trabajo más común³. Las formas de trabajo más frecuentes son:

- En una clínica propia o ajena
- Dando tratamientos a los pacientes en sus casas, especialmente a los ancianos y enfermos crónicos.
- Trabajando en un gimnasio deportivo o sauna
- En un hospital en el servicio de Rehabilitación (aunque la cobertura sanitaria para este punto ha decrecido)
- Contratados por las empresas como promotores de salud y bienestar. Esta modalidad se ha puesto de moda últimamente: se aplican sesiones cortas a los trabajadores que regresen de un viaje, o que hayan terminado algún trabajo o que simplemente quieran relajarse en su tiempo de descanso. Mejora el bienestar físico y mental, y si el terapeuta detecta algún síntoma que le sugiera enviarlo al médico, lo hace.
- Por último, como profesores en las Escuelas de masaje y acupuntura, especialmente las de invidentes.

Es frecuente, por otro lado, que los que se licencian pasen un tiempo haciendo prácticas con un terapeuta porque hacen pocas prácticas en la escuela y de esta manera van adquiriendo seguridad:

² “Sho ga nai” es una frase muy frecuentemente utilizada. Aunque la traducción más parecida es “no hay nada que hacer, es lo que hay”, la realidad expresa una cuestión más de fondo, como es el sentimiento de resignación ante las vicisitudes de la vida, ante lo que el destino depara. Este sentimiento de resignación ante un futuro que no se puede cambiar está concentrado en esta frase.

³ Fuente: Asociación japonesa de profesores de acupuntura y masaje

(...) no estoy recibiendo dinero todavía por los tratamientos que hago, estoy como en prácticas. Este es el sistema que siguen en la clínica a la que voy, que es un poco el sistema que llevan en USA: Cuando terminas y te sacas la licencia, después vas con un terapeuta para practicar, y haces los tratamientos sin que el paciente te pague.

P: ¿pero en Japón eso no es necesario, no?

R: no, no es necesario. Yo lo hago porque no tengo mucha seguridad en mí misma. La escuela sirve para sacarse el título, pero se hacen pocas prácticas.

(SJ-07)

10.2. Dimensiones jurídicas/sociales

10.2.1. Regulación de la práctica de la medicina oriental. Formación.

Aunque existen otras terapias, cuando en Japón se habla de terapias alternativas, básicamente se habla de *kanpo* (*aunque ya he comentado que también puede incluir otros tipos*). La práctica está regulada ya que cualquier persona que tenga una licencia obtenida en el examen nacional puede ejercer. Existe en la actualidad una gran demanda de estas terapias y muchos abren sin tener la licencia, aunque la ley lo prohíba

(...) hay muchos que no tienen licencia. Ahí entra la ley japonesa y creo que dentro de poco se va a solucionar, porque van a condenar en un juicio a uno que no tenía licencia. Es un caso muy interesante. Estas personas piensan que como no hacen daño, pueden hacer lo que quieran, pero esto es un problema. Creen que hacen lo mismo, masaje, anma o shiatsu, pero no tienen licencia.

(SJ-05)

Para pasar este examen que facilita la Licencia de especialista en acupuntura y masaje generalmente hay que estudiar durante tres años después de la educación secundaria, aunque hay diferentes niveles tal y como se observa en el siguiente gráfico

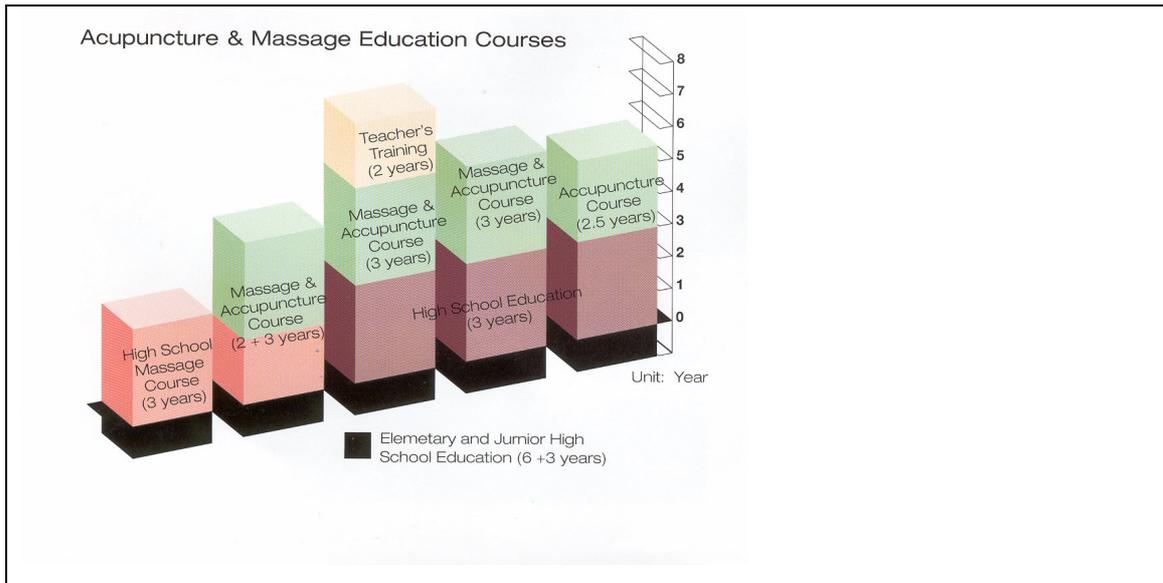


Grafico 11. Niveles de Formación para Acupuntura y Masaje
Fuente: Asociación japonesa de profesores de acupuntura y masaje

Según la misma fuente (la Asociación japonesa de profesores de acupuntura y masaje), en Japón existen unas 60 escuelas para invidentes y unas cuantas escuelas privadas que ofrecen estos cursos de tres años.

La primera escuela para invidentes se fundó en el siglo XVII por un invidente, Waichi Sugiyama (1610-1694), que en la actualidad es muy venerado. Después de extenderse con cerca de 50 escuelas, fueron abolidas y clausuradas en la era Meiji (1868-1912) como ya comentamos. Después de reestablecerse de nuevo en 1880, tras la segunda guerra mundial las fuerzas de ocupación americana prohibieron la medicina oriental por “bárbara”. Consiguieron cambiar la situación en 1947, y en este año también se estableció la estandarización del currículum para invidentes y no invidentes, ya que antes la formación era diferente

En 1988 se produjo un salto cualitativo en la mejora de las condiciones de formación pasando a ser universitaria. Si es universitaria, como es el caso de la Universidad de Tsukuba (Tokyo) y la Universidad de Sinkyo (Kyoto), la formación requiere un año más, con más contenidos de Anatomía y Fisiología, y pasa a ser licenciatura (bachelor), con acceso al doctorado. Actualmente conviven ambos programas: el universitario y el no universitario.

(...) esta escuela pasó a ser College (universitaria) desde el pasado octubre. Los estudiantes del próximo curso tendrán que estudiar acupuntura y masaje en cuatro años el próximo año. Ahora es un programa de 3 años, pero el próximo curso, a partir

de abril, habrá un nuevo plan de estudios de 4 años. Después de 4 años recibirán su “bachelor degree” (licenciatura)
(SJ-02)

Después de la formación básica y obtención de la licencia, se pueden estudiar dos años más en centros especializados (como de nuevo ocurre en la Universidad de Tsukuba), para conseguir ser profesor. Es el caso de mi entrevistada invidente

(...)Estuve trabajando de profesora en la escuela de Sapporo, donde yo había estudiado, durante 14 años. Y en abril de 2001 vine a Tokio y me convertí en profesora asistente en esta Universidad, en Tsukuba.
(SJ-02)



Foto 16. Prof Donoyama.(SJ-02). Discapacitada visual.



Foto 17: La autora en el Centro y Escuela de Medicina Integrativa. Universidad Tsukuba

Las Facultades de Medicina. El punto de inflexión de la Ley de 2001

Desde que fue prohibido su estudio en las Facultades de medicina, la medicina *kanpo* ha ido dando pequeños pasos en este sentido. Hay que decir que fundamentalmente el estudio es sobre las hierbas *kanpoyaku*, aunque simultáneamente se aprenden conceptos como los cinco procesos elementales o los meridianos.

En los años 60 y 70 no había ningún interés en las Facultades por este tema. Los alumnos que tenían alguna inquietud se reunían en grupos con algún experto, pero eran considerados “extraños” tal y como me comentaba un médico que perteneció a uno de ellos:

(...)teníamos un grupo privado, un club dentro de la universidad, de aficionados a ello,

como el club de fútbol, etc... teníamos un líder, un médico chino que nos impartía regularmente clases, pero era opcional. Había un grupo de aficionados al kanpo y otro a las brujas

(SJ-01)

En los años 70 se iniciaron estudios en diversas universidades. En 1979, la Facultad de Medicina y Farmacia de la universidad de Toyama estableció un departamento de Medicina *kanpo*, con uno de los alumnos de la Sociedad para la investigación de Medicina Oriental de la Universidad de Chiba (Tokyo), Kasutoshi Terasawa {Terasawa, 2003}. Mediante un acuerdo con el hospital de Toyama, se preparan y se administran decocciones de hierbas de *kanpo*.

Establecida en 1950, la Sociedad japonesa de Medicina Oriental hoy en día tiene unos 9000 miembros, y en 1989 empezó a impartir estudios y certificar la especialidad, el *senmon-i seido*. Con este paso, aunque no había unos estudios oficiales, al menos los pacientes tenían la seguridad de que los sanadores habían recibido unos conocimientos.

En muchas universidades se han ido incrementado gradualmente las horas dedicadas a la Medicina *Kanpo* en el porcentaje del currículum, de tal manera que los estudiantes de medicina, aunque realizan los estudios de medicina occidental, son capaces de comprender términos y expresar conceptos básicos de fisiopatología *kanpo*, así como de conocer hierbas y medicamentos orientales. El primer estudio exhaustivo sobre la presencia de la medicina complementaria (fundamentalmente oriental) en los contenidos de los estudios de medicina en universidades japonesas fue realizado en 1998 y 1999 {Tsuruoka, 2001} y concluyó que el 20% de la facultades de medicina la incluían, si bien con disparidad de criterios en cuanto a obligatoriedad y tiempo de dedicación. Se hace énfasis en el campo sobre todo de la anestesiología, ya que es asociada frecuentemente con la acupuntura como uno de los métodos más eficaces para combatir el dolor.

Como se ve en el cuadro siguiente, otros Departamentos que lo ofertan son los de Psiquiatría o Psicología, y hay algunos (pocos), que tienen Departamento propio de Medicina oriental

Characteristics of Japanese medical school courses in complementary medicine					
course	Department	Title	Teaching method	Time (min)	Number Type
1	Anesthesia	Oriental medicine (Kampo)	Lecture	120	1 Required
		Acupuncture/Kampo	Practice	120	1 Required
2	Pharmacology	Kampo	Lecture	100	2 Required
3	Philosophy and Ethics	Medical history (traditional world medicine)	Lecture	120	1 Required
4	Anesthesia	Oriental medicine and Pain-clinic, Kampo in palliative care	Lecture	90	2 Required
5	Ophthalmology	Primer of Oriental medicine	Lecture and practice	75	10 Elective
		Oriental medicine as a today's medicine	Lecture	75	4 Elective
6	Physiology	Western medicine and Kampo, Theory and practice of Kampo	Lecture	60	3 Required
7	Internal medicine	Liver diseases and Oriental medicine	Lecture	60	1 Required
8	(A company of Kampo)	Oriental medicine	Lecture	90	10 Elective
9	Pharmacology	Oriental medicine	Lecture	90	2 Required
		Self-examine(including Kampo)*	Lecture	90	20 Elective
10	Oriental medicine	Oriental medicine	Lecture	90	10 Required
11	Physiology	Flexion reflex and acupuncture	Lecture	90	1 Required
12	Psychiatry	Kampo	Lecture	120	3 Required
13	Anesthesia	Primer of Oriental medicine/Pain clinic	Lecture	120	1 Required
14	Japanese oriental medicine	Japanese Oriental medicine	Lecture	100	15 Required
		Japanese Oriental medicine	Bedside learning	‡	1 Required
15	Anesthesia	Oriental Medicine	Lecture	90	1 Required
		The clinical center of Oriental medicine	Observation	180	2 Required
16	Acupuncturist, orthopedist, otorhinolaryngologist	Characteristic of Oriental medicine, meridian (meridian points), Kampo, Oriental medicine in otorhinolaryngology, Kampo in rheumatoid arthritis, Kampo in internal medicine, Linking Oriental medicine in Western medicine, etc.	Lecture	90	9 Required
		Effect and contraindication of acupuncture and moxibustion	Lecture and practice	90	1 Required
17	Anesthesia	Oriental medicine	Lecture	90	1 Required
		Kampo	Seminar	90	10 Elective
18	Anesthesia	Oriental medicine	Bedside learning	90	1 Required
19	Psychiatry	Quantitative Kampo medicine in the field of psychiatry	Lecture and Practice	‡	1 Elective

‡Bedside learning in course 14 was conducted for 4 weeks.
 †Lecture and practice in course 19 was conducted irregularly for 4 weeks.
 *Student studies their favorite theme, including Kampo.

Tabla 18. Oferta de Medicina Complementaria en las Facultades de Medicina en Japón. Fuente: Tsuruoka, K (2001: 30)

Precisamente en 1999, la “Asociación para la Medicina y Cura en el siglo XXI”, un órgano consultivo del Ministerio de Educación, Cultura, Deportes, Ciencia y Tecnología, propuso un sistema educativo para médicos y dentistas en el que se incluyera la obligatoriedad de ciertos conocimientos básicos de este tipo dentro del cuerpo curricular. En el 2001 se hizo efectivo y, aún más, la recomendación de entender el sistema *kanpo* se extendió a todo el profesorado. Esta medida ha supuesto un punto de inflexión, a pesar de que hay discrepancia en la interpretación de la norma, puesto que se habla de recomendación, no de obligatoriedad, y además no se aplica de una manera homogénea, pero se está aplicando en casi todas las 80 Facultades de Medicina que existen en Japón.⁴ Para uno de los médicos que más influyeron en que se pusiera en marcha esta ley la interpretación es la siguiente:

(...)Creo que es casi una obligación, porque está escrito en una ley del gobierno, y aunque dice recomendación, es prácticamente una obligación

P: ¿y lo están haciendo realmente en muchas universidades?

R: hay 80 facultades de medicina en Japón. Hay una diferencia de horas, y de obligatoriedad y opcionalidad, pero en todas hay alguna asignatura relacionada con

⁴ Recordemos cómo (Wetzel, Kaptchuk, Haramati & Eisenberg, 2003) sugerían diferentes formas de inclusión dentro del apretado currículum de medicina. En Japón se han utilizado diversas fórmulas, pero sobre todo incluídas dentro de las asignaturas o Departamentos de Farmacia.

esta materia. En todas hay, pero hay diferencias entre ellas. La asignatura es distinta, por ejemplo a veces se estudia dentro de la asignatura de Farmacia. Si se incluye todo esto, sí que se puede decir que está en todas las universidades.

(SJ-06)

Según Terasawa (2003), las ventajas de introducir la medicina *kampo* en el currículum del universitario son las siguientes:

- Visión global de los estudiantes a través del entendimiento de otras culturas
- Cultivar el deseo de curar
- Aprendizaje de un modelo de salud que trata al paciente sin separar el cuerpo del alma
- Habilidad para realizar medicaciones hechas de encargo
- Una nueva forma de entender un poder de curación natural
- Vuelta a la confianza en los cinco sentidos humanos (el diagnóstico *kanpo -sho-* se realiza a través de ellos, sin necesidad de sofisticadas máquinas ni técnicas diagnósticas)
- Talento para construir un nuevo sistema de aprendizaje de la medicina.

Sin embargo, el médico aplica él directamente sólo la terapia de hierbas, mientras que en algunas universidades las técnicas de la acupuntura, moxibustión o masaje no se estudian para aplicarlas, sino *para saber cuándo se tienen que aplicar*. La licencia para estas técnicas ya hemos visto que también se puede obtener en la universidad, pero no a través de la Facultad de medicina. Entienden, por tanto, que el médico dictamina el diagnóstico y el tratamiento, y la persona con la licencia lo aplica. Ésta es la forma de operar de varios de los médicos entrevistados

*(...)en mi hospital hay otra gente que enseña, como enfermeras o así, y los que hacen acupuntura son los que tienen licencia para hacerlo. Y los que hacen las hierbas *kanpo* o la homeopatía son especialistas. También hay psicólogos...todos tienen su parte. Pero yo soy el que veo al paciente en su globalidad, y si quieren consultar algo, lo hacen a mi*

(SJ-03)

*(...) estudié en el Instituto Kitasato , que es un centro donde estudian mucho el *kanpo* y la medicina oriental. Allí he estado yendo a aprender.*

P. ¿pero no le dan ningún tipo de título?

R: no. He ido a un grupo que hizo un curso o especialidad de medicina oriental.

P: ¿y no la necesita para ejercer?

R: no, no la necesito, pero en la clínica hay terapeutas licenciados de kanpo, acupuntura y masaje anma y shiatsu

(SJ-04)

En cualquier caso, esta norma del Ministerio ha sido la que ha dado un gran impulso de forma oficial a la Medicina oriental, y bajo esta estela la Sociedad japonesa de Medicina Oriental publicó en diciembre de 2003 el “*Tratado de Medicina kanpo para principiantes*” (*Nyumon kanpo igaku*) para ser utilizado como libro de texto de los estudiantes. Tasuya Kawaguchi es portavoz de la Asociación y afirmó en una entrevista en el Japan Times (5-Marzo-2004) “*En la actualidad hay unos 6000 o 7000 doctores en medicina oriental en Japón, pero con esta medida se incrementará de forma segura*”. Sin embargo, todavía no existen muchos resultados sobre la repercusión de estas medidas, aunque seguro que será objetivo de próximos estudios. El proceso es todavía muy lento, porque hay muchos médicos que ni siquiera se han enterado de la medida. Varios de los entrevistados se enteraron por mí, a pesar de estar inmersos de una u otra manera en el mundo de la medicina oriental (SJ-01, SJ-03)

Otra de las medidas que se están planteando es la inclusión de preguntas sobre kanpo en los exámenes de medicina:

(...)A nivel nacional, cuando los alumnos se tienen que examinar para sacar el título de medicina, estamos colaborando con el ministerio para que en los exámenes se incluyan preguntas de kanpo. Esto es una visión hacia el futuro.

(SJ-06)

Esta sería una medida muy útil y es una de las que planteaba Weil (2000) como imprescindibles para que tuviese éxito la integración en la educación médica, ya que de otra manera siempre se argumenta la densidad de las otras materias y la falta de tiempo para no tratar ésta con el suficiente interés. Otra de las conclusiones de Weil y que también propugnan los médicos de enfoque de medicina integrativa en Japón va más allá, ya que considera que no se trata de añadir otros contenido adicionales junto con los actuales, sino que se trata de una **transformación del concepto en sí de la medicina**, forzados por dos motivos principales: las necesidades económicas de frenar un sistema excesivamente tecnificado y caro y la presión de la demanda del usuario.

10.2.2. Asociacionismo. Estructura y papel de las asociaciones

En Japón, como en occidente y como país desarrollado que es, existen muchas asociaciones, cuyos objetivos son la formación, la investigación e información. Se editan revistas, libros, se organizan congresos...se realizan diferentes actividades de investigación y difusión, tal y como nos comenta el Presidente de una de ellas

(...)Cuando la gente lee, de esa manera se ayuda a propagarlo, mediante la información. La investigación que hacemos sobre medicina oriental es siguiendo los métodos occidentales... hacia el futuro lo que hacemos es colaborar con la OMS y colaboramos también con China y Corea y los países de Asia del Este para propagar el kanpo, y para que la palabra kanpo no tenga connotaciones negativas y pueda ser conocido y universal. También estamos ayudando a nivel nacional con el gobierno. Estamos intentando unificar los nombres y los lugares de los puntos tsubo, porque según el país o el lugar hay diferencias. Colaboramos con una asociación de aquí de Japón de acupuntura y shiatsu , y también con otros dos países.

(SJ-06)

La Asociación tiene otra función legitimadora de sus miembros, *asegurando que los profesionales que están en la asociación están preparados (SJ-05)*

Las Asociaciones japonesas más conocidas relacionadas con el tema son:

- De médicos: Asociación japonesa de medicina holística; Asociación japonesa de medicina alternativa, complementaria y tradicional; Asociación de medicina oriental japonesa; Asociación japonesa de historia de la medicina.
- De terapeutas no médicos: : Asociación japonesa de profesores de acupuntura y masaje (agrupa a los invidentes fundamentalmente); Asociación shiatsu-practor (de la Escuela Namikoshi); Asociación de shiatsu Iokaai (de la Escuela Masunaga)

Las de médicos, sobre todo, están empezando a tener repercusión a nivel internacional en occidente, traduciendo poco a poco sus páginas web y artículos a inglés, sobre todo la que colabora con la OMS (Instituto Kitasato). Tienen más proyección en el sudeste asiático

(...) Desde hace años decimos que lo vamos a traducir. Ahora tenemos algunos artículos con el abstract traducido, pero solo el abstract. Algunos sí que están el texto completo. La revista se llama "kanpo medicine".

(SJ-06)

Tienen más proyección internacional hacia occidente las asociaciones de shiatsu, porque "están de moda" en occidente y muchos lo practican (especialmente en Francia, Alemania, Países Bajos, Italia). Este hecho es manifestado despectivamente por algún terapeuta japonés, asegurando que la escuela de la línea Masunaga en Japón "*está llena de extranjeros*"(S-09)

Pero igual que en España, también se detectan problemas de luchas de poder. En uno de los casos, el sanador llegó a salirse por no querer entrar en estos juegos, y de hecho ahora es uno de los pocos médicos en Japón que no trabajan como médicos occidentales, sino que tiene una consulta propia de medicina oriental

(...)en Japón estaba muy politizado, era un instrumento de poder. Es una asociación que está regida por los políticos y tienen que pagar luego un precio. Ya no quiero pertenecer a estas asociaciones porque no me interesa la política. Están preocupados en quién va a ser el líder, y a mi no me importa. En las reuniones muchas veces estábamos una hora o media hora estudiando y otras dos horas hablando de política

(SJ-01)

(...)no funciona sanamente, sino que utiliza la asociación como un instrumento de poder, es un poco dictatorial. Están esperando, aguantando, a ver si pasa un poco de tiempo y se va. Es profesor honorífico de la universidad de Tokyo. Él empezó, y por tanto puede hacer presión al gobierno o a las universidades. En ese sentido tiene influencia y hay que agradecersele, es bueno.

(SJ-04)

CAPÍTULO 11:

Visión sobre la integración de modelos de salud

11.1 Formas de integración

- Centros de medicina integrativa
- Clínicas del dolor/Departamentos de anestesia
- Clínicas de medicina holística
- Centros terapéuticos de acupuntura y masaje dentro de las empresas .
- Centros privados
- Centros no sanitarios

11.2 Opinión de los usuarios sobre la integración

11.3 Recursos/costo que supone la integración

11.4 Conflictos derivados de la integración

- a) Conflictos de orden interno: Recelos entre iguales
- b) Conflictos de orden externo: Intrusismo. Cuestionamiento de la autoridad.

11.5 Percepción sobre la evolución

Con el marco histórico de fondo, plantearemos las estrategias que se están utilizando y los diferentes conceptos que se tienen sobre lo que es la “Tercera Medicina”

11.1. Formas de integración

Nos vamos a referir a las formas en las que se entrecruzan ambos sistemas, al margen de la utilización que ya he comentado que hacen un porcentaje muy alto de los médicos de las hierbas. Cuando también se utilizan acupuntura y masajes nos encontramos los siguientes modelos:

- Centros de medicina integrativa. Facultad de Ciencias de la Salud (Universidad de Tsukuba) o el Instituto Kitasato. Estos centros son pioneros y tienen gran prestigio, no solo en Japón, sino a nivel mundial. El Instituto Kitasato es centro colaborador de la OMS para el desarrollo de este tipo de medicina y su labor de investigación es muy importante. El sistema funciona de manera que el paciente es visto por un médico que conoce ambos sistemas, y en el caso de que decida recomendar una terapia oriental, pasa al terapeuta. Ellos pueden o no aplicarla directamente. Están en la corriente que se autodenomina integrativa, en la cual no se deriva al terapeuta para que diagnostique, ya que para ellos eso es *colaboración*, no integración.

(...) El sistema de este hospital es que la acupuntura la hace un médico que sabe hacerla o una persona de las que tiene licencia. Trabajamos en equipo. Lo ve el médico para ver primero si necesita medicina oriental o más bien tratamiento occidental.
(SJ-06)

En este caso la figura del terapeuta de acupuntura y masaje sustituye a la figura de la enfermera como técnico capacitado o legitimado para realizar las órdenes del médico.

- Clínicas del dolor/Departamentos de anestesia: También en Japón el dolor es uno de los grandes campos de actuación de la integración debido a sus excelentes resultados. Existen clínicas derivadas de los departamentos de anestesia. La primera y una de

las más conocidas es la del Osaka Medical Collage¹, liderada por el Dr. Hyodo, que cuenta con numerosas publicaciones (ver bibliografía). En el Instituto Kitasato también se trata el dolor, pero es difícil entrar en ellas porque la demanda es amplia

(...)Hay una muy famosa sobre esto, la Kitasato. Tienen medicina oriental, pero tratar de entrar ahí es muy difícil. Muchos pacientes lo intentan pero tienen que esperar mucho. Está incluido en el seguro, pero los tratamientos son cortos.

(SJ-01)

- Clínicas de medicina holística (no solo medicina kanpo como TC, sino aromaterapia quiropraxis, osteopatía, hipnosis, reflexología, nutrición, taichi). Aunque tratan cualquier enfermedad, principalmente se ocupan del cáncer (el 70% en la clínica que visité). Aquí también es el médico el que hace el diagnóstico, pero se decide con el paciente el método a seguir de una manera más consensuada. Las técnicas posteriormente las realizan los terapeutas. Algunas son hospitales donde el paciente se queda ingresado y otras no. Tomemos como ejemplo estas dos formas de actuar, que difieren algo en el proceso diagnóstico:

(...) por supuesto, tengo un equipo, pero la decisión la tomamos el paciente y yo. Por ejemplo, ante un problema emocional, se plantea qué tipo de ki tiene después de hablar de la vida, después se le dice qué se puede hacer en medicina occidental, y qué hay en hierbas kanpo, en aromaterapia, en musicoterapia, en homeopatía...el proceso es así, primero hablamos del corazón, del espíritu, y después de las posibilidades de tratamiento. Decidimos así de una manera única e individual para ese paciente.

Aunque el médico piense que es lo mejor, si el paciente no lo cree así, no se hace.

(SJ-03)

(...)primero hablo con el paciente y le hago una valoración con dos tipos de métodos: uno es un cuestionario de la universidad de Cohen (USA), llamado Cohen Medical Index, con 300 preguntas. Se le preguntan cuestiones psicológicas y físicas. Otra cosa es una máquina de exploración sanguínea y de nervios (un pletismógrafo). Es para valorar el grado de estrés, porque una persona que está bien su sangre se mueve, pero cuando está mal, no se mueve mucho. En Japón y en Corea se usa mucho esta máquina para ver cómo se mueve la sangre, y en la manera en la que se mueve se ve si esa persona está enferma. Hay que ver entonces si la persona está enferma a causa del estrés o del cansancio, o está en medio. Entonces valorando mediante estos dos

¹ <http://www.osaka-med.ac.jp>

sistemas, puedes averiguarlo.

Los que tienen algo psicológico tendrán que hacer más terapia de hablar (counseling). La gente que está enferma más por causa de cansancio o estrés utilizan más hierbas kanpo o acupuntura o shiatsu. Los que están entre estos dos tipos utilizan kanpo y también shiatsu, aromaterapia...para relajarse.

Antes como médico no sabía cómo poder analizar estos tres tipos de causas, pero ahora con este método que hace tres años que empecé a utilizar, ya puedo saberlo más claro.

P: después decide que si se hace acupuntura o kanpo, o lo que sea lo manda a los terapeutas ¿no?

R: si

(SJ-04)



Foto 18. Clase de medicina holística. Clínica Obitsu (Japón)

- Centros terapéuticos de acupuntura y masaje dentro de las empresas . Ya hemos comentado que se ha puesto de moda. Esta fórmula está siendo utilizada sobre todo por los ciegos porque el estado paga parte de la nómina de los discapacitados

(...)los ciegos son los que normalmente lo hacen. En las empresas grandes hay una ley por la que el gobierno paga la mitad del salario de los discapacitados que se contraten. Por eso lo hacen.

(SJ-05)

En principio a los terapeutas entrevistados no les parece mal, siempre que no se haga únicamente con fines lucrativos

(...)Entonces la empresa que contrata al médico tiene mentalidad de negocio y a lo mejor aumenta el seguro.Si está hecho con buena conciencia, me parece bien, pero si

las empresas llaman a los médicos para hacer una clínica dentro de la empresa y van a manipularlos, eso no me parece bien. Eso es el capitalismo. Un médico puede vivir bien trabajando normal, pero si quiere ganar más...

(SJ-04)

- Centros privados . Dependiendo del seguro que tenga la empresa, el estado paga el tercio. No tienen que ser necesariamente derivados por un médico, sino que el paciente elige

(...)el masaje o la acupuntura están cubiertos por el seguro si lo necesitamos. No he tenido ninguna enfermedad, yo solamente he venido aquí (al shiatsu). El dinero no es importante , porque tienes la posibilidad de elegir entre los dos.

P: Si el shiatsu está cubierto, ¿es necesario que vaya primero al médico para que firme algún papel para que luego se lo pague?

R: si me rompo una pierna, primero tengo que ir al hospital a que me hagan el primer tratamiento. Después le puedo sugerir al médico ir a algún terapeuta, pero no es el caso. No he ido nunca para eso. Voy directamente porque está cubierto

(UJ-04)

- Centros no sanitarios: Aunque no corresponde a ningún tipo de integración de las que estamos hablando, cabe mencionar la gran variedad de lugares en los que se puede administrar un masaje. Uno de los más curiosos es la peluquería, donde forma parte del servicio



Foto 19: Shiatsu en centros no sanitarios

Estamos viendo entonces que para la integración hay una cuestión clave: ¿quién decide qué tipo de tratamiento utilizar? ¿el médico o el paciente?. Está claro que en Japón el paciente, a pesar de las connotaciones culturales que comenté anteriormente, no se conforma tan fácilmente cuando el problema no se le resuelve o cuando percibe que psicológicamente no está bien atendido, pero por otro lado se encuentra perdido cuando recibe informaciones de diferentes fuentes.

En algunas clínicas de Estados Unidos hemos visto cómo se está trabajando en otra línea, la línea del consenso entre terapeutas: este tipo de clínicas, como el Integrative Medicine Center de Connecticut, están codirigidas por un médico alopático y uno naturópata, y entre ambos y el paciente se decide la mejor alternativa. {Katz, 2003}

11.2. Opinión de los usuarios sobre la integración

Debido a las razones históricas y culturales que apuntábamos anteriormente los usuarios tienen un sentimiento favorable hacia la intergración

(...) la medicina occidental resolverá sus problemas cuando vuelva a los principios de la oriental
(UJ-03)

Esta frase fue pronunciada por una paciente con cáncer. El paciente desea en general recibir toda la información de una única fuente, sobre todo en Japón por la relación de amparo que establece con el médico. Por eso se encuentra tan frustrado cuando no consigue empatizar y recibir un tratamiento psicológico adecuado

(...)Fui a un médico de este Departamento general porque no sabía adónde tenía que ir o cuál era el problema, para que me viera en general. Él me vio desde diferentes puntos de vista para averiguar si el problema era del músculo, del hueso, de dentro...pero no me vio desde el punto de vista oriental, que es externo. Puede ver a través de los rayos-x si hay un problema en los huesos, pero no puede ver si hay un problema en el estómago, por ejemplo, no puede ver desde un punto de vista oriental.
(UJ-02)

11.3. Recursos/costo que supone la integración

Ya comenté cómo los estudios de coste-beneficio dictaminarían de una manera clara si la percepción subjetiva que tanto terapeutas como pacientes tienen sobre la rentabilidad

de estas terapias se corresponde con datos. Referidos a Japón yo no he encontrado artículos sobre este tema (traducidos a inglés).

El sistema nacional ya sabemos que paga algunos tratamientos, pero si no es una decisión del paciente, va una vez y ya no vuelve. Tanto es así que uno de los médicos acupuntores ya no recibe pacientes del seguro

(...) el sistema actualmente lo acepta, pero para que la acupuntura sea gratis tiene que ser recomendada por un médico. Tiene primero que ir al médico

P: ¿usted recibe este tipo de pacientes?

R: no, no acepto pacientes del sistema nacional porque es engorroso y además muchos pacientes vienen una vez y luego no siguen el tratamiento.

P: ¿y qué le parece tratar a los pacientes con acupuntura en el hospital?

R: Hay alguna clínica que lo hace, pero tienen que ver a los pacientes en 30, 40 minutos, quizás una hora, y ver 50 o 60 pacientes en un día. Yo les dedico entre dos y tres horas.

La idea está bien porque es barato, pero es como una máquina de producción

(SJ-01)

Cubre algunos tratamientos, pero es confuso y a veces se recurre a distintas fórmulas “picarescas” para que no tenga que pagar mucho el paciente:

(...) lo mejor es que se cubriera todo, pero en Japón todavía no se hace.. en Japón si se hacen dos tratamientos, uno cubierto y otro no, el paciente tiene que pagar los dos, por eso dividimos, y por eso está en dos pisos, para que el paciente no tenga que pagar más. Ahora sin embargo el gobierno está discutiendo cambiar esta forma. Hay un movimiento de que el paciente no tenga que pagar también lo del seguro si decide acudir a una terapia que no esté cubierta.

(SJ-04)

(...) es privado, pero en medicina occidental atendemos a personas del seguro nacional

P: ¿y la medicina oriental no está cubierta en ningún caso?

R: aquí hacemos gratis el taichi, hierbas kanpo, también gratis; después...la alimentación como es como un hospital normal, también lo cubre. La acupuntura, la homeopatía, no está cubierto.

(SJ-03)

Los tratamientos de masajes, sin embargo, no los cubre

(...)en mi caso pago 4.000 yenes (25 euros) por 50 minutos de sesión (de shiatsu). No es muy barato, no puedo ir todos los días

(UJ-02)

Por último, dependiendo de los seguros de las empresas, muchas cubren el 70% de los gastos de estos tratamientos

*(...) paga el seguro nacional pero a través de la empresa. Cubre el 70% del costo, y el otro 30% lo cubro yo. Mi empresa, donde yo trabajaba, lo tramita.
(UJ-03)*

11.4. Conflictos derivados de la integración

Seguiré el mismo esquema de Nadel que seguí en el análisis de contenido de este punto en España: conflictos de orden interno y de orden externo

a) Conflictos de orden interno:

Recelos entre iguales

No insistiré mucho porque creo que ha quedado suficientemente explicado el conflicto de legitimidad por un lado entre las escuelas de masaje *anma* para invidentes y la escuela Namikoshi, con el estigma social de aquéllos, y por otro lado entre la escuela Namikoshi y las derivadas a través de Masunaga. Todas ellas consideran que su filosofía es la auténtica

(...) En la era edo, en el siglo XVIII, anma era muy popular, pero la mayoría de los terapeutas eran ciegos. Pero a Tokujiro Namikoshi no le gustaba esa situación, quería hacer una técnica diferente a la técnica de los ciegos. Es una situación muy política

P: Sí. Ellos dicen que son los únicos que pueden conseguir la licencia porque dicen que Namikoshi hizo una técnica muy occidental para poder conseguir el consentimiento del gobierno.

*R: no es mentira.....pero anma también tiene conocimientos de anatomía y fisiología...
No creo que el shiatsu sea especial*

(SJ-02)

Entre los médicos que practican *kanpo* hay bastante corporativismo, sólo se detectan ciertas luchas de poder en las Asociaciones, como hemos visto, y diferencias de opinión entre los que han estudiado oficialmente en una escuela medicina oriental y los que no, pero este punto lo explicaré en relación a los conflictos de orden externo

b) Conflictos de orden externo:

Intrusismo:

La sensación de intrusismo aquí no se da desde las profesiones sanitarias oficiales a las

no oficiales, puesto que no existe la figura del “no sanitario” o práctico sin estudios. No existe la pugna sanitarios frente a no sanitarios porque las profesiones están reguladas y tienen sus estudios. En esta parte del mundo se considera más bien el intrusismo de los médicos, que sin estudios oficiales sobre medicina oriental, sólo siendo autodidactas o aprendiendo como pueden, están teóricamente capacitados para ejercer. Bien es cierto que la mayoría no aplica directamente las técnicas, sino que decide cuándo es necesario aplicarlas y de ello se encarga después el técnico

En líneas generales también hay menos conflictos en este sentido porque en Japón hay una estratificación social muy estricta, se sabe quién está por encima o por debajo. Culturalmente hay un menor cuestionamiento de la autoridad del médico, unido a una tradición de muchos años de conocimientos de medicina oriental. Los terapeutas están divididos en sus posiciones en cuanto a si están capacitados para diagnosticar directamente sin que el paciente pase por el médico o si pueden decidir el tipo de tratamiento, pero suele quedar oculto

(...) si, decide el paciente, ahora en Japón, pero en esta universidad el médico tiene más poder y decide. Es una situación extraña. Es muy diferente de la situación en el resto de Japón. Algunos profesores piensan como yo, pero otros no. Esos otros piensan que ésta es la mejor forma. ¿cuál es la mejor? No lo se

P: los profesores de medicina oriental opinan que es mejor que decida el médico?

N: Hay algunos, si, pero otros no están de acuerdo

(SJ-02)

(...)Hay algunos conflictos, pero no se dicen en voz alta, quedan ocultos. Algunos médicos no están de acuerdo con que se haga medicina oriental. Por ejemplo, yo no estoy de acuerdo con que en la clínica no se haga anma, solo hacemos acupuntura ¿por qué? Porque algunos piensan que la terapia de masaje está en un nivel inferior a la acupuntura, y no estoy de acuerdo. Piensan que la acupuntura es más efectiva que el anma, pero ¿por qué? Yo no lo creo ¿es discriminación por el anma?

(SJ-02)

Entre los propios médicos sólo lo cuestiona el que ha estudiado oficialmente medicina oriental en una escuela. Para él la base está, no en un problema de conocimientos, sino en un problema de mantenimiento del estatus social y el poder (hay que tener en cuenta que este médico es de padre americano y madre japonesa, ha vivido muchos años en Estados Unidos y no se identifica con ninguna asociación de médicos japonesa, trabaja sólo como médico oriental, y ve el problema como espectador)

(...) porque no quieren perder a los pacientes, ni el poder, ni su estatus. Cuando vienes

al mundo, te ve un médico, y cuando mueres un médico firma el certificado de defunción. El médico quiere serlo todo, pero yo creo que soy un sanador, nada más. ... no tiene sentido. Yo no se cómo será la medicina occidental en España, pero la especialidad de medicina oriental es diferente. ¿por qué tiene que estudiar medicina occidental si es una especialidad diferente? Estudian de diferente manera, y no creo que sea necesario.

(SJ-01)

Otras profesiones como fisioterapeutas o farmacéuticos no están tan arraigadas, y no se cuestionan el enfrentamiento con terapeutas orientales que poseen un recorrido histórico de siglos

Cuestionamiento de la autoridad.

Tanto la resistencia al cambio como el escepticismo por parte de los médicos los he enfocado en este sentido. Ambos efectivamente existen como en España, pero en Japón el conflicto se produce sobre todo si se cuestiona la autoridad del médico por las connotaciones culturales comentadas. El conflicto es mayor que en occidente, y es algo que llama la atención: no demuestra indiferencia hacia el paciente si le dice que va a ir a otro terapeuta, sino que directamente se enfada. Tanto es así que el paciente hasta decide no volver. Así lo explican en primer lugar un médico y a continuación una usuaria:

(...) pero en América si el paciente le dice al médico que va a pedir una segunda opinión, le parece bien, pero en Japón el médico se enfada. En Europa no se. Los médicos japoneses más jóvenes les explican algo más a los pacientes, pero los otros no le dicen nada, y se enfadan con los pacientes si no hacen lo que se les pide.

(SJ-01)

(...) Aquel médico fue contra esta terapia, no es que no la conociera o que le diera igual, es que le pareció mal. No le pude ni siquiera explicar... así que pensé en cambiar. Cuando le dije que iba a cambiar....no puedo volver.

(UJ-03)

11.5. Percepción sobre la evolución

En general todos, tanto sanadores como usuarios, tienen una percepción positiva de la evolución por varios motivos: la presión de la demanda por un lado, por otro la ley que incluye los conocimientos de medicina oriental dentro de la formación de los médicos, y por último también por cuestiones económicas

(...) la ley ha sido clave...ha habido muchos intentos de realizar esta ley, porque es entrar en una forma de pensamiento distinta
(SJ-06)

El escepticismo lo perciben los no médicos como una cuestión de orgullo por parte de los médicos, pero que irá cambiando con el tiempo cuando vayan teniendo más conocimiento

(...) orgullo, solo orgullo...cuando no tienen poder, lo aceptan, pero cuando adquieren algo de poder, lo desprecian. Y cuando están cerca de la muerte, lo vuelven a aceptar (risas). Creo que esto es universal
... hay una tendencia a que los médicos con buen currículum no lo aceptan, pero después de ser tratados sí que confían, con una experiencia personal. Si no es bien tratado, por supuesto no va a confiar, pero si su primera experiencia es positiva, entonces sí.
(SJ-05)

Hay otra cuestión importante en el planteamiento definitivo: muchos de ellos no buscan la expansión hacia occidente de la medicina oriental, sino que se miran hacia ellos mismos, considerando que los japoneses o, como mucho los orientales, son los que están legitimados para ello y tienen la posibilidad. Volvemos de nuevo a unas señas de identidad fuertes, que les hace por un lado desear parecerse a otros países, tal como mantenía Wilkinson (1991), y por otro mantenerse en sus fuertes tradiciones y creencias. Las escuelas que miran hacia occidente, como son las derivadas de la línea de Masunaga, son miradas con recelo.

¿Qué pueden hacer entonces los países occidentales para trabajar con la medicina integrada? La solución que ofrecen es que deben crear sus propios modelos con sus propias medicinas populares-tradicionales

(...)N: mmmm....(pensativa) ahora en Asia estamos enseñando a los ciegos el anma. En Tailandia, Malasia...en muchos países en desarrollo...porque ellos son pobres, entonces no tienen escuelas para enseñar a los estudiantes ciegos. Nosotros les ayudamos.

En Europa tienen sus propios tipos de masaje, el masaje sueco...
(SJ-02)

(...)El resto de países de occidente lo que tiene que hacer es respetar la medicina tradicional que hay en cada país, porque en cada país hay una. Esto es algo que ayuda al paciente. Cuando llamamos a esto tercera medicina, no es correcto, los pacientes no lo entienden, porque para ellos es lo normal, su tratamiento normal. Esta idea nace de pensar que el centro es la medicina occidental.
(SJ-06)

De nuevo la contradicción entre la relación amor-odio con el exterior sale a la luz. Algunos terapeutas no opinan como estos últimos, sino que creen que Japón se amoldará al modelo americano

(...)Pero a Japón le encanta imitar a USA, y allí el nivel de los terapeutas de acupuntura es muy alto, así que si los japoneses importan el estilo americano, el estatus va a subir. Pero ellos no tienen licencia de medicina occidental. A lo mejor tenemos que estudiarlo

(SJ-07)

CUARTA PARTE:
PROBLEMÁTICA COMÚN

CAPÍTULO 12:

Los intereses creados

12.1 ¿La legitimación pasa por la evidencia científica? El problema de la investigación

- El efecto placebo
- La Medicina Basada en la Evidencia: un nuevo ritual
- Idoneidad metodológica. El método etnográfico y la evidencia en Terapias Complementarias
- Otras propuestas metodológicas
 1. La propuesta metodológica mixta de Lewith
 2. El modelo de jerarquización de la evidencia de Katz
- Recursos para la investigación

12.2 ¿Cuáles son las fuerzas e intereses sociales y económicos que actúan respecto al fenómeno?

- Dos grandes cuestiones éticas: la apropiación de la propiedad intelectual y la guerra de patentes, y el fenómeno de la “invención de enfermedades”

12.1.¿La legitimación pasa por la evidencia científica? El problema de la investigación

“Puesto que la mayoría de las terapias alternativas y complementarias carecen de plausibilidad científica y de pruebas que las avalen, sus defensores recurren al relativismo posmoderno para cuestionar la validez de la ciencia médica”{Marcus, 2003:71}

Puesto que la falta de evidencia científica es el mayor argumento de la biomedicina en contra de las TC, no solo en Europa y en Japón sino en todo el mundo, vale la pena analizarlo con detenimiento como tema común.

Es más, se ha llegado a considerar que “éste el desencuentro principal entre ambos paradigmas: el distinto tipo de valoración que hacen del método científico” {Foz, 2003:53 }

Efectivamente, la crítica de la biomedicina en contra reconoce que las TC *funcionan*, pero no pueden aceptar que *funcionen* si no se somete a los criterios de cientifismo que la biomedicina impone. ¿Por qué tiene tanto éxito? Además de porque funciona, algunos hacen cierta autocrítica y atribuyen el éxito y el aumento de demanda a ciertos problemas del modelo biomédico, como el exceso de expectativas creadas por la medicina oficial que no se convierten en realidad, las consecuencias nocivas de algunos tratamientos o el deterioro de la relación médico-paciente {Foz, 2003 }

La mayoría, sin embargo, no asume la autocrítica y atribuye el éxito a la autosugestión del paciente y al efecto placebo

El efecto placebo

“El efecto placebo explica la práctica totalidad de los éxitos de las medicina alternativas. El principal elemento curativo es el propio médico (Foz, 2003:58)

Es la mayor explicación que la biomedicina da sobre la causa de la eficacia de las TC y constituye, a su vez, un ejemplo muy curioso de la actitud de occidente ante estos temas y de la separación entre cuerpo y mente. La respuesta placebo es una clara muestra del poder de la mente sobre los síntomas de la enfermedad: la persona responde al tratamiento por la expectativa de que funcionará y no porque en realidad lo haga. Se produce como resultado de la producción natural de endorfinas, que son sustancias bioquímicas similares a la morfina. Cuando se combina con una sugestión negativa, se

ha visto que causa efectos laterales negativos similares a los de fármacos poderosos, como por ejemplo, en los casos de personas depresivas.

Pues bien, si uno echa una ojeada a los libros y artículos clínicos de la medicina occidental, percibe un claro desprecio hacia este fenómeno, siendo la persona que responde a él de personalidad débil o infantil. Como muestra, en el siguiente artículo se habla del perfil del paciente que acude a TC:

“...la consideración del papel de las emociones y de los sentimientos en la patogenia de los diferentes trastornos complace a aquellos pacientes que gustan de sentirse víctimas de agresiones exteriores, ya sea de miembros de su misma familia, de su entorno o de su medio laboral. Las MAC (Medicinas alternativas y complementarias) tienen también más aceptación entre los que creen en la superioridad de lo natural sobre lo manufacturado, que no son pocos, y en los que adoptan una actitud anticientífica, mezclada con cierto grado de misticismo o de gusto por lo exótico” {Bruguera i Cortada, 2003}

Al paciente quejicoso se le “engaña” con una medicación que no es tal, y si surte efecto suele provocar en ocasiones la burla del personal que se lo administra. La ciencia médica tiende a tomar estas afirmaciones como poco confiables, dependientes de la creencia popular o sugestión; muchas veces es considerado como una variable molesta que interfiere en los resultados de los experimentos cuyo efecto hay que medir y aislar para determinar el verdadero valor de un tratamiento o medicamento (estudios doble ciego){Mainieri, 2005}.

La paradoja consiste en que, a pesar de la creencia del sistema en la separación entre el cuerpo y la mente, a su vez admiten que la relación entre el sanador y el paciente es fundamental para la mejoría, y que un mayor grado de optimismo del médico y el tiempo dedicado a la prescripción, incluyendo la explicación del fundamento de la decisión médica, son factores que favorecen la aparición de un efecto placebo{Bruguera i Cortada, 2003}. De hecho, conviene en que es previsible que el efecto placebo se de con mayor intensidad en las TC que en la medicina oficial¹

Pero sin embargo, con lo que no cuentan es con que **el efecto placebo está presente en cualquier relación terapéutica**, sea de la medicina convencional o complementaria y muchas veces es la causa de la mejoría en una u otra medicina. Es la ausencia de demostración objetiva de las mayor parte de las TC lo que ha propiciado su consideración de placebo{Ballvé Moreno, 2003}. Di Blasi y Klijnen (2003)

¹ Kaptchuk TJ The placebo effect in alternative medicine: can the performance of a healing ritual have a clinical significance ? Ann Intern Med 2002; 136:817-23 Cit en Bruguera (2003)

demonstraron cómo el placebo actúa en los estudios doble ciego no solo en el grupo “control”, sino también en el grupo “caso”.

¿No existe entonces un inmenso poder que se está infrautilizando? si realmente la mente tiene esos poderes de curación, ¿no será mejor explotarla y trabajarla para una autocuración en lugar de la masiva utilización de fármacos que en una abrumadora mayoría tienen efectos secundarios no deseados o causan dependencia o tolerancia? El placebo es *por sí mismo* una forma de tratamiento potente capaz de inducir mejorías e incluso curaciones. La confianza en el sanador es fundamental en cualquier tipo de práctica sanadora, y pretender que no existe esa fe en el paciente de la medicina alopática es negar una realidad del ser humano. Ejemplos que podemos poner de efecto placebo en la medicina alopática son la relación que existe en España entre los usuarios y la medicina privada: un paciente acude a la consulta privada del mismo médico que por la mañana trabaja en el sistema público con la creencia de que si paga le atenderá mejor, es decir, sus expectativas aumentan a pesar de ser el mismo médico; o el peregrinaje de los pacientes a lugares donde se hacen los mismos tratamientos pero pagando y con el prestigio de un nombre, como es el caso de el centro de cáncer de Houston (USA) ¿o es que esos pacientes no acuden con fe ciega en que van a ser curados?

Respecto a la dependencia, también se ha estudiado ampliamente este fenómeno, y se sabe que la dependencia física viene condicionada por una dependencia psicológica en muchos casos.

Los terapeutas entrevistados coinciden en que no puede ser solo placebo porque también funciona en bebés o en animales, que no están condicionados

(...)Si fuera solo el efecto placebo, no actuaría en los animales. Si una persona que viene con la rodilla inflamada que le duele, y ha estado tomando pastillas, por mucho efecto placebo, si se ve que cada vez va mejor en varias sesiones...el efecto placebo puede jugar un 10-15%, está durante un día, dos días, pero cuando una persona que durante 6-8 meses no puede levantar el brazo, y la han infiltrado dos o tres veces con corticoides, le haces acupuntura y a las 4 o 5 sesiones empieza a levantar el brazo... Eso no lo hace el efecto placebo.

(S-08)

Hay, sin embargo, muchos autores que hablan de la necesidad de cambio de paradigma: Norman Cousins {1979} relata sus vivencias personales de curación de una espondilitis anquilosante muy dolorosa con “dosis de buen humor”²

“El placebo, por tanto, es la prueba de que no hay separación real entre mente y cuerpo. La enfermedad es siempre una interacción entre ambos. Puede comenzar en la mente y afectar al cuerpo, o a la inversa, estando ambas situaciones servidas por el mismo torrente sanguíneo. Los intentos de tratar la mayoría de las enfermedades mentales como si estuviese completamente libres de causas físicas, y los intentos por tratar la mayoría de las enfermedades corporales como si la mente no estuviese implicada en modo alguno, deben ser considerados arcaicos a la luz de nuevas evidencias acerca del modo en que funciona el cuerpo humano”

(Cousins, 1979)

Paradójicamente, la ciencia occidental, denominada “moderna” utiliza paradigmas “antiguos”, mientras que se vuelve a la medicina oriental, a la cual se la ha tachado de “arcaica y poco científica”, ya que utiliza el patrón holístico, que está demostrando ser el más actual.

Estos métodos han sido desprestigiados en parte por el hecho de ser más utilizados por personal no médico, pero sus técnicas han ido demostrando durante siglos su utilidad solucionando problemas de salud. Sin embargo, para algunos profesionales muy identificados con el modelo biomédico han quedado relegadas a un concepto de incultura sanitaria, remedios caseros o superstición.

La siguiente pregunta sería, entonces: si funciona, sea por el motivo que sea, ¿se puede demostrar, ya que en realidad esto es lo importante y lo que se está demandando? La respuesta es que se dan dos paradigmas distintos, y por tanto la metodología debe ser distinta

² Cousins narra sus experiencias personales al diagnosticársele tuberculosis cuando tenía 10 años y fue internado en un sanatorio durante 6 meses. De forma espontánea, los pacientes se agruparon en los que tenían confianza en que mejorarían y los que se resignaron a que su enfermedad sería prolongada y hasta fatal. Narra que los miembros del grupo positivo fueron dados de alta y curados en una proporción muy superior a los otros. Cousins, posteriormente editor del periódico The Saturday Review, cayó enfermo de espondilitis anquilosante, cayendo en la cuenta de que sus dolores mejoraron espectacularmente cuando empezó a ver películas de los hermanos Marx y a escuchar chistes. Según afirma “el placebo es el doctor que reside dentro de uno mismo”. Se ha convertido en un clásico dentro de lo que se ha venido denominando RISOTERAPIA.

Cientifismo versus empirismo, o lo que es lo mismo, evidencia científica frente a praxis

La legitimación pasa por la demostración de la eficacia, pero ¿es posible demostrar algo que es puro empirismo y que se mueve en un paradigma distinto al positivismo?

(...)Nadie ha podido demostrar dónde están los canales, los puntos...es puro empirismo, con todo respeto hacia ese empirismo. Precisamente entonces el que está menos capacitado para manejar eso es el médico, porque va con todos los prejuicios y hace una traducción de una cosa a otra sin ningún criterio. Es como si yo pretendo traducir la fisiología humana en términos de medicina occidental a términos de medicina oriental ¿dónde voy?es que no cabe. La MTC es un concepto muy sutil, que habla de unas energías que nadie ve, que no se pueden detectar pero que están. Digo que están porque cuando actuamos sobre ellas vemos un resultado. No puedo coger la parte científica porque no la tiene. Los textos que la avalan no tienen ni una sola palabra científica porque no trabajan ese método. Es como pedirle a la iglesia o a una religión que le demuestres que Dios existe.

(S-11)

Ernst (2002) resume cuáles son los ocho argumentos principales de los que opinan que NO se puede investigar en TC:

1. “Si ayuda a mis pacientes, no necesito ninguna ciencia que me diga que funciona”
2. “Años de experiencia y tradición son más importantes que las modernas investigaciones clínicas”
3. “La naturaleza de mi terapia choca con la investigación moderna”
4. “La investigación clínica es inadecuada, ya que está basada en la asunción de que los individuos se pueden encasillar en categorías diagnósticas, mientras que las TC los ven como un ser único”
5. “En mi terapia no existe solo placebo, y no verlo es imposible”
6. “Mi terapia no tiene un efecto inmediato, sino que ayuda a los pacientes a permanecer sanos a largo plazo”
7. “La ciencia destruye la verdadera naturaleza de las TC, por lo que su aplicación debe ser rechazada”
8. “Si la investigación clínica demuestra que mi terapia no es mejor que un placebo, la gente dejará de utilizarla, y aquellos que previamente se habían beneficiado ya no lo harán. Por eso la investigación rigurosa de las TC es una tontería”

Hay quien piensa que es imposible hablar el mismo lenguaje, y que el punto de encuentro entre las dos medicinas nunca podrá hacerse a través de la ciencia porque considera que “ciencia” es igual a metodología positivista, algo que no puede encajar con los estrictos criterios de la metodología científica. El elemento fundamental consiste, por tanto, en definir *qué es ciencia*: ¿ciencia es solo evidencia científica o hay otro tipo de ciencia?

(...)La simbiosis entre la medicina moderna y la MTC no se puede hacer por la vía de la ciencia. La ciencia tiene su metodología, su estructura formal, rígida, de experimentación y comprobación, y ese método científico, que es un método filosófico en definitiva, que se aplica con una determinada opción, no se puede aplicar a la MTC porque sus principios y fundamentos son otros, viajan en otra frecuencia. Es como el curandero, ¿cómo aplico yo el método de un curandero y lo explico científicamente? cómo contacta con sus espíritus, sus danzas y sus bailes...eso sí, luego puedo ir en plan pillo y explicar que la pócima que le da tiene la sustancia tal que puede ser útil para no se qué, pero eso me parece ruin, porque es sacar las cosas de su contexto totalmente, y las cosas tienen su contexto y tenemos que respetarlo, como diría Ortega. Nosotros somos nosotros y nuestras circunstancias, es el contexto en el que estamos. Las cosas es cuando tienen su verdadero valor...si las sacamos de su contexto...yo te puedo dar una pastilla de proteínas, son proteínas, y ¿eso es lo mismo que un buen pescado? tiene la misma cantidad de proteínas, ya pero...es sacar las cosas de contexto.
(S-11)

Los sanadores creen que los médicos se escudan en el cientifismo para negar lo que está delante de ellos cuando los resultados de las TC son positivos, pero esa actitud va precisamente en contra de la ciencia. La ciencia es cuestionarse continuamente todo y tratar de encontrar nuevos caminos. Los sanadores dicen aún más, y es que no hay *voluntad* de encontrar esa metodología adecuada

(...). Una mente científica no es la que niega o acepta a la primera lo que le proponen. Una mente científica lo que hace es decir: “¿tú me dices que esto es así? Pruéballo. Y si lo pruebas yo me callo porque no sabré cómo funciona, pero el hecho está aquí, delante de mí... pero hay muchas mentes científicas que hablan de placebo o de porcentajes que están dentro de los que no se sabe cómo se cura, sin cuestionarse nada más.
(S-13)

(...)yo creo que el principal problema es que no se termina de encontrar la metodología adecuada porque si alguien ya hubiera encontrado la metodología adecuada, se habría fusilado. Habría muchos estudios en esa línea, pero es difícil encontrar una metodología adecuada, porque yo creo que los requisitos que se ponen desde la investigación más cuantitativa para que los estudios sean validables y contrastables y puedan ser mensurados, es imposible, es prácticamente imposible desde la metodología que se trabaja en terapia manual y terapias alternativas, porque tú mides algo, pero si pones la mano solo para ver cómo está y cuando sacas la mano, tres minutos después

ya ha habido un cambio, ¿cómo quieres tener las cosas, digamos, muy iguales para poderlas replicar, para poder...? es imposible.

(S-07)

Pero, ¿quiénes son esos científicos? ¿quién está legitimado para investigar? Volvemos a la legitimidad que proporciona únicamente la universidad. Anteriormente la contemplamos en cuanto a la legitimidad para la formación, pero también se da de cara a la investigación. La investigación está legitimada si se hace desde la universidad o centros de investigación. Por tanto, si los terapeutas no han pasado por la universidad no están legitimados para investigar, e incluso aunque hayan pasado, solo los licenciados y doctores lo están, y recordemos que hasta ahora los diplomados (enfermeros, fisioterapeutas...) tampoco lo estaban en España, aunque sí en otros países³

(...)no he realizado algún trabajo de investigación en este campo porque soy de los que estoy en la diplomatura solo. No he hecho licenciatura, no he hecho cursos de doctorado, soy solo diplomado...

(S-07-fisioterapeuta)

(...)ahora si se investiga, por supuesto. En la Universidad de Tsukuba ahora estudian o investigan esto, y el gobierno también les da mucho dinero subvencionado.

(S-09)

Por tanto, los que están legitimados para la investigación son los médicos porque son licenciados, y entre los médicos los que tienen más interés (además de los que investigan sobre plantas junto con los farmacólogos) y están realizando más estudios son los de la rama de “acupuntura contemporánea”, por un fuerte interés legitimador. Los otros de alguna manera “tiran la toalla” en cuanto a la posibilidad de articular ambos paradigmas. El primero de los siguientes textos es de uno de estos últimos, mientras que el segundo pertenece a un terapeuta de “acupuntura contemporánea”:

(...)para la medicina occidental está claro que no funciona desde la evidencia, pero para mí funciona desde el punto de vista práctico, es decir, lo que yo he visto, porque mi especialidad es sobre todo práctica. Algunos filósofos dicen que la medicina occidental y oriental tienen ideas tan distintas que es imposible integrarlas y yo creo que esto pasa con la investigación

(SJ-04)

³ Con el proceso de Convergencia europea en el que estamos inmersos se eliminará de alguna manera esta diferenciación ya que todas las titulaciones conformarán un título de “grado” con igualdad de rango académico.

(...)que hemos de cambiar un poco la manera de demostrar, pero de ahí a decir no podemos hacer nada, pues no. Yo creo que hemos de buscar el camino para demostrar que la acupuntura es científica y que se basa en los algunos paradigmas de la ciencia, que los cumple, porque además así podemos entrar más en la medicina convencional y trabajar más conjuntamente por el bien de los pacientes, que al fin y al cabo es lo que nos interesa.

(S-09)

La investigación la realizan según el método científico porque piensan que es la única manera posible de introducirse y por ello existen multitud de estudios realizados por médicos de esta corriente, así como revistas creadas “ad hoc” para ello. En una Declaración formal que hicieron en el año 2005 en el 2º congreso Internacional médico de Acupuntura dirigido a los responsables políticos y sanitarios de los gobiernos de la Unión Europea instan a “que se facilite la introducción de la acupuntura en el modelo médico convencional en las áreas en las que ha sido demostrada científicamente su acción para el tratamiento de diversas patologías...

(...)Por ejemplo, la investigación que yo hago sobre los problemas de espalda, la manera que lo hago es a la manera occidental. Ahora hay un sistema para ver el dolor de espalda de una forma global, y lo estoy analizando de esta manera. Los médicos occidentales lo tienen que aceptar, porque está saliendo la investigación al estilo occidental

(SJ-06)

Muchos de estos estudios están relacionados con la eficacia frente al dolor (cefaleas, lumbalgias..) puesto que frecuentemente estos médicos están trabajando en Clínicas de dolor, o también con la mejora de los efectos secundarios de algunos tratamientos como la quimioterapia (náuseas...) Algunos ejemplos de estos estudios son: {Cohen, 2003 ;Dharmananda, 2000; Pomarón, 2000; Takeichi, 2006; Vickers, 2004; Karst, 2001; González Torres, 2002}. En ellos el lenguaje utilizado se corresponde con la terminología biomédica:

(...)yo he realizado la tesis doctoral. Fue sobre “modificaciones del sistema metaencefalinérgico de la médula del gato tras estimulación con electroacupuntura”, y consistió en mapear la médula espinal del gato después de someterlo a una electroacupuntura y en condiciones basales, con una técnica de inmunosupresión bioquímica indirecta de Steinberger.

(S-16)

Desde la Enfermería se habla de "Acupuntura renovada", que viene a ser de la corriente de "acupuntura contemporánea", es decir, intenta explicar con una terminología biomédica lo que ocurre en la medicina oriental, y realizan estudios científicos de este tipo {Alfaro Roca, 2002}

Otro ejemplo del choque de conceptos al entrecruzarse ambos paradigmas metodológicos es el debate que existe en la actualidad dentro de la corriente de acupuntura "contemporánea" sobre la investigación utilizando la metodología de la Acupuntura placebo. Lo consideran, incluso, la preocupación metodológica dominante de la investigación actual de la acupuntura {Birch, 2006}. Consiste en aplicar puntos reales de acupuntura en un grupo frente a puntos ficticios en otro, es decir, el modelo caso-control de la investigación biomédica. Sin embargo, ellos mismos consideran que "la utilización de ensayos controlados con acupuntura placebo no puede utilizar procedimientos invasores placebo...hasta que otras investigaciones que se realicen puedan determinar la naturaleza de sus efectos fisiológicos", es decir, es falso considerar inerte o placebo la acupuntura (Mainieri, 2005). Los resultados de algunos estudios que utilizan sofisticadas herramientas estadísticas son, cuando menos, cuestionables, puesto que concluyen que "no hay diferencias significativas entre los resultados de los parámetros del grupo de acupuntura-placebo y el grupo de acupuntura real" {Karst, 2001}. En otro encontraron que la acupuntura no es efectiva para la fibromialgia, cuando en diferentes estudios sí lo es⁴. Hay que tener en cuenta que muchos pacientes utilizan simultáneamente cuidados convencionales con no convencionales como patrón de uso⁵, por lo cual no está claro.

(...) hay un experto en investigación básica, que es el dr. Thomas Lundeberg⁶, que por ejemplo dice que en acupuntura no se puede utilizar el placebo, porque el placebo, solo con que pinches un poquito y aunque no pinches en un punto de acupuntura, está estimulando el sistema nervioso periférico, y por tanto el sistema nervioso medular y por tanto el sistema nervioso central. Por tanto no se puede comparar la acupuntura

⁴ Assefi, NP et al.(2005) Randomized clinical trial of acupuntura compared with sham acupuntura in fibromyalgia. Ann Intern Med. 143:10-19 cit en {Lafferty, 2006}.

⁵ Lafferty WE et al. (2004) The use of complementary and alternative medical providers by insured cancer patients in Washington state. Cancer. 100: 1522-1530 cit en{Lafferty, 2006}

⁶ Thomas Lundeberg se ha convertido en un experto sobre investigación cualitativa en acupuntura dentro de la corriente de "medicina contemporánea"

real con la acupuntura placebo. La acupuntura debería compararse, en el caso del tratamiento del dolor, con otros fármacos analgésicos.

(S-09)

El problema, por tanto, de este tipo de estudios, es que están descontextualizados y no tienen en cuenta otros aspectos que no sean los relacionados con la introducción de las agujas: lugar de inserción, tipo y número de agujas, profundidad...o variables cuantitativas como número de días con dolor o número de visitas. Aunque son muy útiles porque obtienen el beneplácito del sistema (como el estudio de Vickers sobre la reducción de costos con acupuntura en las cefaleas (Vickers, 2004), adolecen de falta de perspectiva global.

(...)se investiga casi todo en acupuntura, más que en shiatsu. Se está investigando en acupuntura los puntos y cuánto tiempo hay que ponerlos para que sea eficaz. Pero si se hace así va a llegar un momento en que no haga falta que lo haga una persona, porque ahora depende de quién lo haga, de la técnica que tenga

(SJ-07)

La Medicina Basada en la Evidencia: un nuevo ritual

Esto es lo que ocurre con un nuevo movimiento “de culto” que surgió hace solo una década y que ha pasado a convertirse en el paradigma incuestionable de la investigación biomédica: **la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)**. La “evidencia” tiene sus bases en la epidemiología clínica y se encuentra en los artículos publicados en revistas científicas, que reportan investigaciones clínicas con análisis estadísticos y resultados autorizados. Es un concepto que ha pasado a ser considerado *por encima* de la persona y de la experiencia clínica personal del médico, porque ¿cómo se puede estar en contra de la mejor evidencia científica a la hora de tomar decisiones?. Comporta en sí mismo un ritual que está empezando a ser analizado por antropólogos, como es el caso de la observación participante de Sinclair (2004) en sesiones clínicas de médicos psiquiatras: se ha modificado la estructura de estas sesiones, siendo ahora más rígida, y no se habla de los pacientes sino de establecer si el diseño y el método de investigación cumplen los estándares que permiten que sus conclusiones sean consideradas adecuadas y si pueden ser utilizadas en revisiones sistemáticas. Es decir, comentarios estadísticos con preguntas como: ¿cuál es la validez de los estudios analizados? ¿se han mencionado los criterios de inclusión y de exclusión? Y el nivel de evidencia que respalda las afirmaciones. Esta nueva tradición, o “ritual”, como lo denomina Sinclair, que ha

desplazado a las discusiones clínicas, ocurre sobre todo entre los jóvenes, e incorpora elementos simbólicos e ideológicos que configuran un *habitus* o forma de actuar predecible, como Bordieu comentaba {Bourdieu, 1996}. La actividad ritualizada es simultáneamente una declaración acerca del ideal de la práctica médica y una demostración de su operatividad, que agudiza las diferencias verticales (de jerarquización) y el prestigio social, de tal manera que se ha empezado a denominar humorísticamente “Medicina basada en la **Eminencia**” por grupos que reclaman la vuelta a la autonomía o capacidad personal de los médicos⁷

El paradigma de “La Medicina basada en la Evidencia” frente al de “Medicina basada en el Paciente” comporta una serie de contradicciones o **conflictos éticos** que queda incluso reflejado en revistas tan prestigiosas en el mundo científico como “The Lancet”, que en uno de sus editoriales ya hace varios años apuntaba cuáles pueden ser algunos de estos conflictos {Maynard, 1997}:

- El término “aplicar”(la intervención más eficaz) no es el más afortunado, porque implica una actitud autoritaria e implica escasa participación del paciente. Llega a denominar al equipo quirúrgico el “comando quirúrgico” cuando se decide a operar, por ejemplo, a un enfermo terminal.
- La tradición hipocrática habla claramente de tratar al paciente de forma individual
- Ignorar los costes de la “mejor evidencia científica” va en contra del principio ético de justicia en cuanto a la limitación de los recursos. Ignorar los costes es ignorar el riesgo de otras muertes o sufrimientos evitables. La Colaboración Cochrane, que supuso el inicio de la MBE, no habla en términos económicos, ya que es difícil medir los costes de un mismo procedimiento en diferentes sistemas de salud: depende de diferentes variables como tiempo del personal sanitario, estancia en el hospital, etc. Por eso son necesarios los estudios de coste-efectividad que comentábamos anteriormente en el apartado de recursos, ya que la MBE sería solo “una parte” de la decisión.

⁷ Clinicians for the Restoration of Autonomous Practice (CRAP) Writing group EBM: unmasking the ugly truth. BMJ (2002); 325: 1496-98. Pope C. Resisting evidence: the study of evidence-based medicine as a contemporary social movement. Health 2003; 7:267-82. Cit en {Sinclair, 2004}

Pero aún más, **el desarrollo de evidencia clínica en las TC puede influenciar la manera de utilización de las mismas.** Hay un estudio que revela cómo el desarrollo de las guías clínicas al modo biomédico ha transformado las prácticas de un quiropráctico⁸. Demuestra cómo la evidencia construida científicamente solo funciona cuando la terapia ha mutado a una versión medicalizada. Existe otro estudio que llega a las mismas conclusiones con Medicina oriental⁹ y son múltiples los que concluyen que la práctica de una misma terapia en cada país es diferente y refleja la cultura y el contexto local¹⁰. (y el que yo misma estoy desarrollando).

No se trata de deslegitimar la Medicina Basada en la Evidencia, sino de su utilización adecuada. La MBE tiene entre sus puntos más positivos, además del innegable incremento del conocimiento, el desarrollo de políticas de salud gracias al esfuerzo por sistematizar los procedimientos {Lohr, 1998}

La llamada a la evidencia biomédica es precisamente por parte de la hegemonía biomédica y de la política, pero omite en su manera de medir elementos importantes de lo que “funciona” en las TC {Barry, 2006}. Se trata, como digo, de adecuarse a cada situación. Utilizando una metáfora, lo correcto no es hacer uso del sistema métrico indistintamente para medir distancias y líquidos, sino medir las distancias en kilómetros y los líquidos en litros.

Con frecuencia se asocia la palabra “riguroso” exclusivamente al método científico y a los estudios clínicos, como ocurre en el caso de la Sociedad Española de Oncología Médica en su explicación sobre “la investigación clínica en TCA”¹¹. Es decir, implícitamente están asociando el rigor a una única metodología.

Francois Loux (1989) aporta un concepto importante a este debate: el concepto de eficacia simbólica frente a eficacia científica, ya que los símbolos como representaciones culturales contienen un grado importante de operatividad en sí mismos.

⁸ Villanueva-Russell (2004). Evidence –Based medicine and its implications for the profession of chiropractic. *Social Science and Medicine* 60; 3:545-61. Cit en {Barry, 2006:3}

⁹ Quah SR (2003). Traditional healing systems and the ethos of science. *Social Science and Medicine* 57: 1997-2012. Cit en {Barry, 2006:4 }

¹⁰ Adams,G. (2002)Shiatsu in Britain and Japan: personhood, holism and embodied aesthetics. *Anthropology and Medicine* 9;3:245-266. Cit en {Barry, 2006}

¹¹ Artículo disponible en <http://www.seom.org> . Consulta [14/12/2006]

Idoneidad metodológica. El método etnográfico y la evidencia en Terapias Complementarias

Vemos, por tanto, que existe una corriente que se decanta, no por prohibir las TC por falta de evidencia científica –que también la hay- sino de encontrar la herramienta adecuada, ya que, como dice uno de los entrevistados, si en la práctica funciona y no hace daño a nadie no se puede prohibir, de la misma manera que no se puede prohibir a la gente acudir a Lourdes esperando un milagro solo porque científicamente no sea demostrable:

*(...)Y este tío utiliza esta metodología, y no hace daño, y la gente está informada. ¿es que vamos a prohibir a la gente que vaya a Lourdes? Porque eso no es científico, coño, no es razonable, pero siguen yendo trenes a Lourdes y a Fátima y de vez en cuando hay un milagro. ¡hosti! ¡cómo es posible! Mire usted, pues ahí está ¿vamos a prohibirlo? Pues no, porque la gente también se mueve por su fe...
(S-11)*

La OMS reconoce también el problema de la falta de una metodología correcta:

“La cantidad y calidad de los datos sobre seguridad y eficacia sobre la Medicina Tradicional están lejos de ser suficientes para satisfacer los criterios necesarios para respaldar su uso en el ámbito mundial. Las razones de la falta de datos de estudio se deben no solo a las políticas sanitarias, sino también a la falta de una metodología de estudio adecuada o aceptada para evaluar la medicina tradicional”

(Organización Mundial de la Salud.(2000) Guía general para la Metodología de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional)

La herramienta adecuada para una medicina basada en el paciente y que tiene en cuenta sus circunstancias de una manera holística necesariamente tiene que ser más sutil y complicada, puesto que resulta difícil establecer leyes aplicables de una manera universal. Son numerosos los autores que propugnan como el más adecuado el método etnográfico {Barry, 2006}{Long, 2000}. La investigación etnográfica y antropológica reconoce que existe una interacción entre sanador y usuario que tiene que ser contemplada sistemáticamente, no como algo anecdótico. Se preocupa de la diferencia entre lo real y lo ideal, entre los aspectos instrumentales y los aspectos expresivos, del entendimiento del impacto del contexto y del proceso de la intervención en los pacientes {Verhoef, 2002}. En definitiva, el punto de vista de las TC necesita una epistemología fenomenológica en el análisis de los datos.

No hay (relativamente) muchos estudios del uso de las TC por antropólogos en occidente, aunque están creciendo rápidamente por el ascenso también de la “Antropología de aquí”, es decir, de ir abandonando la clásica tradición antropológica de la “Antropología de allí”, de las culturas de otras partes del mundo.

Una de las primeras etnografías sobre TC fue en 1988 en Estados Unidos, y mostraba cómo para los pacientes es más importante la experiencia y la provisión de significado de su enfermedad que el resultado físico¹². Otra interesante etnografía sobre el ejercicio en una clase de chi-kung reflejaba la repercusión del ejercicio no solo en la mejora física sino también en una experiencia más intensa de nuevas y profundas formas de pensamiento¹³

En Europa, Alemania y después Inglaterra fueron los primeros países en avanzar en la demostración de la evidencia de las TC. El Informe GERAC es considerado uno de los más amplios que se han realizado, tal como me recordaba uno de los sanadores:

(...)en Alemania se ha realizado, usted lo sabrá, el estudio GERAC, el estudio más amplio que han hecho en medicina, con 1,9 millones de pacientes, que ya son pacientes, como para que sea incontestable. Pues con ese estudio que era sobre gonartrosis y lumbalgias, se demostró que el 50% de pacientes se curaba con acupuntura y el 25% con otras terapias, occidentales me refiero.

(S-13)

Alemania también se ha adelantado en el análisis mediante metodología cualitativa, y se está realizando actualmente un macro-estudio con metodología cuali-cuantitativa a sanadores y usuarios de Alemania, Inglaterra y diversos países europeos, también España, por parte de una universidad alemana. Está auspiciada por la Federación Europea de Shiatsu, que abarca numerosas asociaciones. Los terapeutas de estas asociaciones, además de proporcionar a sus pacientes para el estudio, han aportado dinero para su realización. Una de las entrevistadas, perteneciente a una de estas asociaciones, comentaba cómo se está llevando a cabo:

(...)No es un estudio científico doble ciego, que la gente sólo entiende que un estudio es científico si es doble ciego, y esto no es la realidad. ..hemos buscado a la única persona que hasta ahora ha hecho estudios sobre cualquier medicina natural en Europa, en la universidad de Lich, el doctor.....vaya, llevo todo el año comunicándome con él y no me

¹² McGuire, MB (1988) Ritual healing in suburban America. Rutgers University Press. New Brunswick. Cit en {Barry, 2006 }

¹³ Busby, H (1999). Alternative medicine/alternative knowledges: putting flesh on the bones. In: Cant and Sharma (eds). Complementary and alternative medicines knowledge in practice. Free Association. London. Cit en {Barry, 2006 }

acuerdo. Este hombre ha hecho ya otros estudios, y nos ha diseñado un estudio que era la primera fase, entrevistando a cientos de personas que reciben shiatsu regularmente o por primera vez, entrevistarles con grabación, y haciendo un cuestionario sobre los efectos y las experiencias que tuvo.

P: una investigación cualitativa ¿no? Más que cuantitativa

G: si, aunque también existe una parte cuantitativa. Y basándose en esto, ha diseñado 4 cuestionarios, y cada cuestionario tiene varias partes, algunas preguntas directas: qué beneficios ha visto, también sobre efectos negativos, con una escala de uno a 5 o de 1 a 6...cómo está de acuerdo con otras personas que han dicho tal cosa al recibir el shiatsu...esto se está haciendo en España, Reino Unido y Austria. Los tres países piloto que fueron en la primera parte fueron Reino Unido, Irlanda y Alemania, me parece.

Yo tengo 15 clientes que forman parte de este estudio, y de estos 15 se van a hacer un seguimiento de 6 meses aunque no vuelvan a recibir un shiatsu. Esperamos que manden rellenos los cuestionarios. De aquí a 8 o 9 meses esperamos tener el informe.

...nos ha costado como 80.000 euros, nos has costado mucho dinero, literalmente. Yo cuando estudiaba shiatsu daba 5.000 pesetas todos los años para el estudio. Como estudiante, era como: a ver cuánto aportas, tú podías dar 5 o 10. se podían aportar grandes cantidades.

(S-06)

En Inglaterra, a través de la Fundación por la Medicina Integrada, se elaboró en 1997 un documento consensuado sobre las posibles estrategias de investigación y desarrollo dentro del campo de las TC {Lewith, 2000}

Además de la metodología, del “cómo” investigar, es importante el “qué” investigar sobre TC. Efectivamente, además de los arriba propuestos, son necesarios **nuevos temas de investigación**: los tópicos o temas clásicos de investigación en TC han sido: porcentajes o grado de utilización, perfil usuario, grado de conocimiento y actitud de los médicos alopáticos respecto a las TC. Y en acupuntura contemporánea: eficacia respecto a determinadas patologías como cefaleas o lumbalgias o náuseas provocadas por la quimioterapia.

Ahora se van perfilando otros temas: además de cuál es la metodología adecuada para demostrar la eficacia {Tonelli, 2001;Verhoef, 2002}, estudios de coste-beneficio, unificación de ideas para favorecer la integración...

(...)hacia el futuro lo que hacemos es colaborar con la OMS y colaboramos también con China y Corea y los países de Asia del Este para propagar el kanpo, y para que la palabra kanpo no tenga connotaciones negativas y pueda ser conocido y universal.

También estamos ayudando a nivel nacional con el gobierno

Estamos intentando unificar los nombres y los lugares de los puntos tsubo, porque según el país o el lugar hay diferencias. Colaboramos con una asociación de aquí de Japón de acupuntura y shiatsu, y también con otros dos países.

(SJ-06)

Estos son algunos de los temas de investigación que propone Halpin (2006) para trabajar en la línea de la integración.

Temas y sub-temas para la integración de modelos de salud

Temas	Definición	Subtemas
Barreras en la organización	Barreras de comunicación e inhibición de la integración	Escepticismo, problemas de inicio, costes, espacios
Asuntos propios de la integración	Asuntos relativos a la provisión de servicios de calidad, protocolos y roles	Dsiponibilidad de servicios de TC. Cualificaciones profesionales. Status y credibilidad de los terapeutas.
Investigación sobre la evidencia	Evidenciar para determinar la efectividad de las terapias	Métodos apropiados

Tabla 19. Fuente: traducido de {Halpin, 2006 }

Otras propuestas metodológicas

Además del método cualitativo y etnográfico para las TC, expondremos dos formas para demostrar la eficacia de las TC y elegir las como opción en determinadas enfermedades o situaciones: la de Lewith y la de Katz.

1. La propuesta metodológica mixta de Lewith

Uniendo los temas más candentes con la metodología adecuada, Lewith (2000) hace una **propuesta metodológica mixta**, siguiendo a los que tienen la opinión de que es compatible la utilización de ambos paradigmas de investigación {Forjuoh, 2003}. Esta propuesta múltiple rompe con la “guerra de los paradigmas”, según la cual la metodología cuantitativa es útil para las variables básicas objetivas y la cualitativa lo es para el análisis de los significados subjetivos {Silverman, 1998}. En la siguiente tabla se aprecia ese esfuerzo de adecuación entre preguntas de investigación y método:

Propuesta metodológica de Lewith

Cuestiones de investigación	Método/diseño apropiado
Prueba (estudios controlados) “¿existe un efecto beneficioso específico?” (eficacia)	✓ Estudio randomizado-controlado (RCT) explicativo
“¿cómo de bien funciona en la práctica? (efectividad)	✓ Estudio randomizado-controlado (RCT) pragmático ✓ Resultados de investigación
“¿es seguro, los beneficios están por encima de los riesgos?” (seguridad)	✓ Estudio randomizado-controlado (RCT) pragmático ✓ Resultados de investigación ✓ Estudios epidemiológicos
“¿es beneficioso para los costes?” (análisis coste-efectividad)	✓ Estudio randomizado-controlado (RCT) pragmático ✓ Estudios de cohortes (prospectivos y retrospectivos) ✓ Estudios de caso/control
Desarrollo (investigaciones de mejora) “¿puedo mejorar los resultados cambiando el tratamiento?” (modificación del tratamiento y resultados clínicos)	✓ Estudios de casos clínicos ✓ Auditorías ✓ Práctica reflexiva
“¿es útil esta prueba diagnóstica?” (certeza diagnóstica)	✓ Estudios comparativos
“¿cómo podemos mejorar la organización del servicio de TC?” (efectividad organizativa)	✓ Diseños cuasi-experimentales ✓ Análisis multifactoriales ✓ Investigación en la acción ✓ Auditorías
“¿cómo podemos hacer más efectiva la derivación entre el sistema oficial y las TC?” (modelos de derivación)	✓ Estudios de casos organizativos
“¿Cómo puedo entender mejor y desarrollar la relación con el paciente y facilitar su motivación y su predisposición al cambio?” (Relaciones personales e interpersonales)	✓ Estudio cualitativo de casos ✓ Grupos focales y entrevistas ✓ Auditorías
Descripción (foto fija) “¿quién usa qué terapia y por qué?” (actitudes, patrones de uso, demanda)	✓ Estudios de poblaciones ✓ Investigaciones sobre el proveedor y el usuario ✓ Grupos focales y entrevistas
Conocimiento (investigación clínica básica) “¿cómo funciona la terapia? (procesos de base y mecanismos de acción)	✓ Investigación en laboratorio ✓ Estudio randomizado-controlado (RCT) explicativo ✓ Estudios de casos
“¿pueden dos sistemas diferentes de medicina ser entendidos dentro de un marco común?”(relaciones entre teoría y práctica)	✓ Análisis transculturales ✓ Análisis de discurso
Desarrollo de herramientas de investigación “¿cómo podemos asegurar que los resultados de una intervención terapéutica son como consecuencia de los procesos activados?” (medidas de resultados, instrumentos de medida)	✓ Desarrollo y validación de medidas e instrumentos ✓ Estudios de cohorte

Tabla 20. Fuente: traducido de {Lewith, 2000:21}

2. El modelo de jerarquización de la evidencia de Katz

Katz (2003) sostiene que ambas disciplinas deben ser rigurosas científicamente, pero mientras la importancia de las pruebas científicas en la medicina moderna es indiscutible, su aplicación es a menudo cuestionable. En el caso de muchas afecciones crónicas, simplemente no hay datos concluyentes sobre cuál es el mejor tratamiento. ¿qué hacer entonces si no hay evidencia? En estas circunstancias, los profesionales que optan por considerar la prácticas de la medicina en pruebas como la única base para la toma de decisiones médicas no tienen nada que ofrecer. Las pruebas deberían ser una herramienta y no “los barrotes de una jaula”. Cuando existen pruebas contundentes a favor de una terapia en particular, esa terapia debería ser recomendada de elección frente a otras. Cuanto menos clara sea la opción “correcta” de tratamiento, más importante es jerarquizar la evidencia disponible, tomando en consideración la seguridad, la eficacia, las preferencias del paciente...es el caso de muchas afecciones como la fibromialgia o el síndrome de fatiga crónica, para los que no existe tratamiento definitivo. Los mejores tratamientos serán entonces los que se presuponen más eficaces y seguros, y es aquí donde pueden entrar las TC.

El modelo de jerarquización de la evidencia quiere decir ir “más allá” de la evidencia, sobrepasar los límites de la medicina basada en pruebas rigurosas. En el esquema que propone Katz las opciones que se sitúan en lo alto de la jerarquización de la evidencia deberían ser de indicación preferente; las que aparecen en posiciones inferiores deberían ser menos recomendables, aunque deberían ser tomadas en consideración si resultan ser lo mejor de entre lo disponible. Dada la variabilidad de los aspectos incluidos en la jerarquización –seguridad, eficacia, evidencia, opciones de tratamiento y preferencias del paciente- los límites de estos considerandos son muy amplios. La jerarquización de la evidencia consagra el valor de ésta, pero reconoce la responsabilidad del médico de orientar al paciente cuyas necesidades no se vean cubiertas mediante el estricto seguimiento de la medicina basada en pruebas

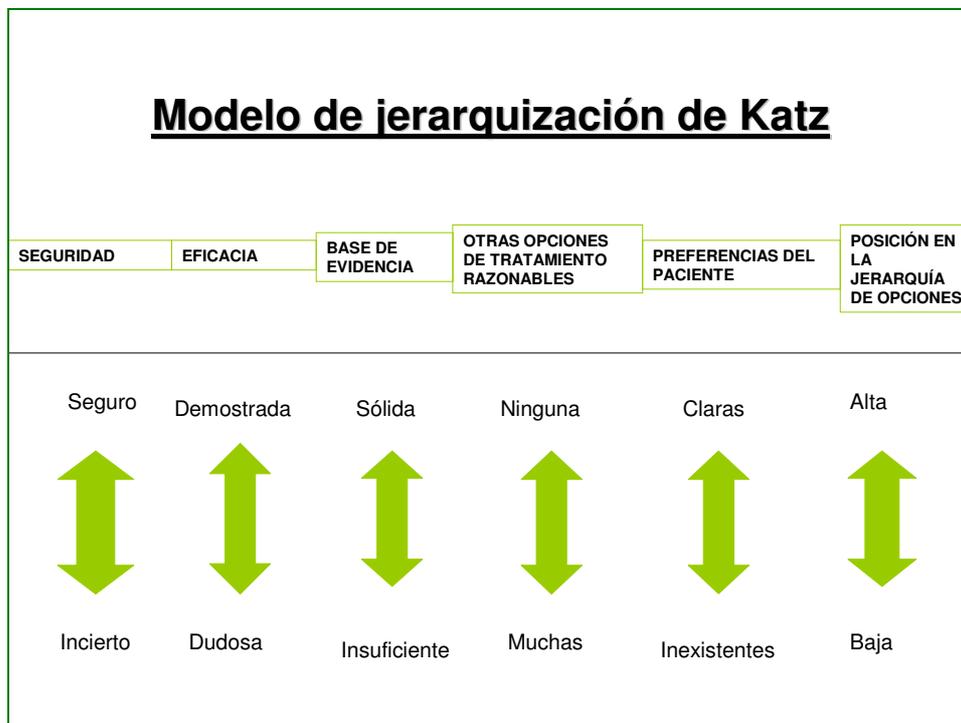


Tabla 21. Fuente: Katz (2003:83)

Recursos para la investigación

Todas estas propuestas necesitan de fondos para financiarse.

En algunos países desarrollados se están destinando recursos para la investigación con el objetivo de crear centros de excelencia que legitimen la práctica. Se está utilizando como modelo el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa de EEUU¹⁴.

Se trabaja desde distintos centros en bases de datos sobre TC, aunque principalmente son bases de datos de hierbas y suplementos (Fisher, 2005). Uno de los proyectos más importantes del Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa de EEUU es la concesión de becas de colaboración con universidades y con la famosa base de datos Cochrane para crear bases de datos de TC, con varios objetivos: facilitar

¹⁴ Cámara de los Lores. Gran Bretaña. Comité selecto sobre ciencia y tecnología. Sesión 1999-2000. 6º report. Complementary and alternative medicine. Londres. Stationery office (2000)

el acceso a la información a los investigadores, organizarla mediante descriptores, mejorar la metodología y comunicar la información {Manheimer, 2003}. Ponen especial énfasis en el aspecto globalizador y en el intercambio entre investigadores de diferentes países y culturas, habida cuenta de que gran parte de las TC no pertenecen en su origen a los países occidentales.

Aunque son indudables los beneficios, son dos los problemas que existen: el primero es la universalidad del idioma inglés como lenguaje científico, que dificulta la comunicación entre países no anglosajones. Por ejemplo, ninguno de los dos países que se analizan en esta tesis habla inglés, lo cual complica la comunicación de la investigación y deja fuera una gran parte del conocimiento. Ni siquiera la revista editada por una de las Asociaciones más importantes de Japón, la Asociación de medicina oriental, está traducida, tal como comentaba su Presidente (él mismo no habla inglés):

(...)Estamos pensando en esto, desde hace años decimos que lo vamos a traducir. Ahora tenemos algunos artículos con el abstract traducido, pero solo el abstract. Algunos sí que están el texto completo. La revista se llama “Kanpo Medicine” (SJ-07)

El segundo problema es más bien un riesgo: aunque en estas bases de datos se acepta que los estudios doble ciego no son los más adecuados en TC y se hace el esfuerzo de enfatizar otras escalas cualitativas, recordemos que la Cochrane es la que impulsó la corriente de Medicina Basada en la Evidencia, por lo que “solo indexa estudios randomizados-controlados (RCT) y revisiones sistemáticas de estudios cualitativos”{Manheimer, 2003:269}. Es decir, hay que estar alerta para que no se produzca la afirmación de Lee:

“Se está produciendo el fenómeno del intento de absorción de las TC por parte de la biomedicina con la excusa de la legitimación” {Lee, 1998:181}

12.2 Los intereses creados. ¿Cuáles son las fuerzas e intereses económicos que actúan respecto al fenómeno y cuáles son los conflictos y tensiones que produce?



elroto@inicia.es

Figura 21. El País.com 23-Enero-2007

“Los puntos débiles de la investigación y el tratamiento convencionales del cáncer me resultan tan evidentes que no puedo dejar de preguntarme por qué la mayoría de los oncólogos no han reparado en ellos. Se me ocurren las siguientes razones: que hay en juego tantos intereses creados en la tendencia actual de la investigación y el tratamiento del cáncer que sugerir cualquier cambio equivale a un suicidio económico...” {Wong Kiew Kit, 2003:422}

Como sugiere Kiew Kit, tanto en el campo de la investigación como en el de la asistencia se mueven grandes intereses económicos que vamos a pasar a analizar desde los discursos de los terapeutas entrevistados.

Por un lado, existe un interés en que la regulación no llegue por parte de los que están haciendo un negocio ilícito en el campo de las materias naturales. Como siempre ocurre ante toda innovación, el control por parte de la Administración pública llegará bastante después de generalizarse en la sociedad, en ocasiones como consecuencia de un largo itinerario burocrático, pero las más de las veces en respuesta a determinados abusos de

quienes aprovechan esos momentos de vacío legal para obtener rápidos beneficios. Asistimos a un gran auge de las terapias naturales o complementarias, que proporcionan una especie de “hipermercado verde” que mueve cada vez más dinero, pero que la Administración no regula adecuadamente como ya hemos visto. Basta con ojear cualquiera de los catálogos que ofrecen cursos rápidos, libros, grabaciones...detrás de los cuales puede haber o no criterios de calidad.

Esto es una realidad, pero por otro lado ya sabemos que el sistema biomédico es de por sí monopolista y además existen intereses económicos que apuntan a un escaso interés por el desarrollo de los productos y complementos naturales, y no son otros que los de la poderosísima **industria farmacéutica**. Aunque Japón tiene algunas connotaciones propias que después aclararemos, lo cierto es que éste un problema que engloba a todo el planeta, puesto que son las grandes multinacionales farmacéuticas las que han impuesto una línea de consumo abusivo de sustancias mediante acuerdos entre ellas. Se ha creado una asociación denominada Mundipharma Pharmaceutical (sl) que, por poner un ejemplo, ha creado una revista denominada *Paineuropa* dedicada a la investigación sobre el dolor en el 2003. En su primer número promocionan la creación de un Grupo de Expertos Europeos con los objetivos de: *combatir el infratratamiento del dolor, mejorar el conocimiento y la comprensión de éste; corregir las concepciones erróneas y los mitos, y garantizar el uso adecuado y responsable de los opioides*. Pues bien, a pesar de que el grupo tiene como objetivo tratar todos los aspectos del dolor, “*inicialmente centrará su atención en el uso adecuado de los opioides en la gestión del dolor crónico no oncológico*”. Es decir, en la actualidad el uso de opioides tiene amplia aceptación para el tratamiento del dolor oncológico, pero no de otros tipos, y el primer objetivo no es tratar “*todos los aspectos del dolor*”, puesto que se obvian todos los aspectos psicológicos o culturales.

Todos los terapeutas entrevistados, sean médicos o no, coinciden en que el gasto farmacéutico disminuiría si se introdujeran las TC, como ya vimos en el apartado referido a los recursos económicos y el gasto:

(...)La cuestión es que no hay dinero para esto y no van a contratar 300 médicos acupuntores porque no hay presupuesto. Pero se lo ahorrarían de medicación segurísimo, entre antiinflamatorios, analgésicos, incluso antidepresivos.
(S-19)

(...)se está demostrando que disminuye el consumo de fármacos, y a la sanidad eso le beneficia porque disminuiría el gasto en fármacos

(U-05-médico)

¿Por qué entonces no se aplica? Algunos autores ya sugieren que la no aceptación no es por falta de evidencia científica, sino que en realidad hay otras razones económicas {Barry, 2006}

Y lo mismo opinan algunos de los terapeutas entrevistados, sean médicos o no. El poder de la industria tecnológica y farmacéutica lo perciben claramente, y llegan a aludir directamente a la corrupción de los altos cargos:

(...)los costos serían mucho más baratos, porque muchos problemas serían resueltos con métodos mucho más sencillos, como la acupuntura, o con una plantita...Pero...¿interesa realmente?¿quién iba a apoyar un proyecto que ahorrara dinero? Lo que se busca en una sociedad capitalista es que el dinero se mueva, entonces el primer inconveniente lo tendríamos en el bajo costo que eso supondría. En el momento en que entra un naturista, un acupuntor, un homeópata en un servicio, el servicio necesita menos dinero... Los gastos tecnológicos y de industria farmacéutica suponen millones de euros en España

(S-11-médico)

(...)Y por otro lado están las industrias farmacéuticas. Yo he tratado de hacer estudios últimamente y no me han aprobado ninguno los directores de área. ¿por qué? De momento te dicen, voy a hacerlo, voy a hacerlo, pero te dicen que de momento no. ¿por qué si no se lastima a nadie, y no tiene ningún efecto secundario? perfectamente se podría hacer. ...Habría que ver también qué ocurre si ese estudio sale bien. ¿se quedaría en ese mismo puesto de ejecutivo o tal vez las multinacionales lo "premiarían" con una destitución?

Humildemente pienso lo siguiente: si a un médico base de Atención Primaria las multinacionales farmacéuticas son capaces de regalarle un viaje con su mujer a la Bahamas a un Congreso en el que va a saludar el primer día y va a desaparecer el resto, ¿qué le regalan a Consejero? Y si al Consejero le regalan una villa en Capri, por mucho que le cures o que le hagas, si recibe una llamada, supongo yo, malpensando, dirá, hombre....(risas) ¿tengo esta entrada o presión o ayuda superior a mi lado, o la tengo de frente? Pues la tengo a mi lado, naturalmente...

España tendrá que caer como el resto de países, más tarde o más pronto. ¿cuándo? No se

(S-13)

El discurso de los no médicos es más agresivo, sin embargo, no solo hacia la Administración sino hacia intereses corporativos, porque vinculan los intereses económicos a los intereses de poder de los farmacéuticos en el caso de la fitoterapia y de los médicos en el caso de la acupuntura.

(...)Entonces el farmacéutico se erige en el único profesional que es capaz de venderte la regaliz, pero yo se que eso no es del todo así. Es decir, lo que hay allí metidas son

unas mafias económicas tremendas que lo que quieren es ganar muchísimo dinero, y como han visto que lo de los herbolarios está funcionando, pues han dicho que quieren ese negocio para ellos...

Y esa es la misma sensación que tengo con el negocio de la acupuntura o las terapias alternativas. Es más acupuntura lo que quieren hacer los médicos, el masaje y los herbolarios los médicos no lo quieren hacer

(S-07)

El sector de la medicina natural es denunciado por muchos colectivos relacionados, ya que sugieren que se encuentra en grave peligro debido a una gran maniobra política orquestada por la industria farmacéutica, que pretende prohibir la venta de productos naturales en todo el mundo.

En la Unión Europea, una serie de directivas lo lograrán en muy pocos años. La primera fecha clave fue el 1 de agosto de 2005: mediante la “Directiva sobre Complementos Alimenticios” más de 300 vitaminas, minerales y sus derivados, así como sustancias relacionadas, fueron prohibidas, eliminando del mercado europeo más de 5.000 productos naturales.

Aunque el objeto de estudio de esta investigación no incluía la fitoterapia y dietética porque argumentábamos precisamente que estaba prohibida su importación, resulta imprescindible analizarla porque los intereses económicos de la industria farmacéutica se cruzan en todos estos ámbitos, y se refieren tanto a la utilización de estos remedios como a la no disminución del gasto farmacéutico mediante técnicas como acupuntura o masajes.

(...) hacemos el 100% de las técnicas de MTC ... todas menos la farmacopea, que no podemos tener acceso a ella por culpa de la normativa que hay ahora en la Unión europea....Hay dos normativas que impiden usarla: una normativa interna, que ha prohibido todas las plantas medicinales prácticamente, en un decreto ley que apareció hace dos años y medio aproximadamente, y después evidentemente sobre el tema de farmacopea pesan una serie de normas de importación que no permiten la entrada.

(S-16)

Esta denuncia es, como digo, realizada por todo el colectivo de profesionales envueltos en las terapias naturales, fundamentalmente los de las hierbas y suplementos dietéticos, y la argumentación que desarrollan es la siguiente¹⁵:

¹⁵ Rev NATURAL n°49 primavera 2004

Éstas son las tres directivas que amenazan seriamente la salud en toda la Unión Europea: la nueva Directiva sobre Productos Farmacéuticos (Directiva 2001/83/CE), la propuesta Directiva sobre Productos a base de Plantas Medicinales Tradicionales (modifica la Directiva 2001/83/CE en lo relativo a plantas medicinales tradicionales) y la Directiva sobre Complementos Alimenticios (directiva 2002/46/CE). Se han elaborado bajo el pretexto de proteger a los consumidores de un supuesto peligro encerrado en los productos naturales y de facilitar la libre circulación de estos productos entre los estados miembros (las diferentes legislaciones de cada país en materia de complementos dietéticos hacen que productos permitidos en un país estén prohibidos en otro); sin embargo, tendrán justamente el efecto contrario, como se explica a continuación.

La nueva Directiva Europea sobre Productos Farmacéuticos ha ampliado la definición de “fármaco”, de manera que cualquier sustancia que “restablece, corrige o modifica” alguna función en el organismo pasa a ser considerada medicamento farmacéutico y, como tal, de venta exclusiva en farmacias. La directiva se aplicará indiscriminadamente a todos los productos presentes en la Unión Europea que cumplan la nueva definición, lo cual es completamente abusivo porque todo lo que ingerimos, incluidos los alimentos y el agua, modifica alguna función en nuestro organismo, por lo que esta absurda nueva definición convertirá en fármacos, incluso si otras directivas europeas ya existentes consideran que no lo son, a miles de productos que no tienen nada que ver con ellos, como ocurre con los complementos dietéticos.

En efecto, la gran mayoría de los fármacos son compuestos de uso muy ocasional que se suministran sólo a personas enfermas para intentar aliviar sus síntomas. Se trata de sustancias químicas artificiales –no presentes en la naturaleza– y tóxicas que pueden producir grandes daños a quienes las consumen. Por el contrario, los complementos dietéticos son preparados alimenticios constituidos por sustancias nutritivas, protectoras de los tejidos y facilitadoras de los procesos fisiológicos, que se encuentran en la naturaleza –en alimentos, en plantas beneficiosas...– y se integran de manera armoniosa en el organismo, cooperando con él en sus funciones y potenciando su salud. Mayoritariamente, se extraen de fuentes naturales y se presentan en formas orgánicas, las mismas en que aparecen en la naturaleza y que son mucho más inocuas, asimilables y efectivas que las sintéticas.

Por consiguiente, los complementos no son más peligrosos que los alimentos y, desde luego, mucho menos que la mayoría de conservantes, colorantes, etc., que la ley sí permite añadir a los alimentos; es prácticamente imposible hacerse daño utilizándolos con un mínimo de información y sentido común. Además, multitud de estudios y muchos años de uso profesional y tradicional avalan su seguridad. La cuestión de fondo es que ningún laboratorio puede patentar un producto natural y por consiguiente no hay beneficios importantes.

La pretensión de regular los complementos dietéticos como medicamentos farmacéuticos alegando que son peligrosos es, por tanto, completamente injustificada. De hecho, según la Asociación Americana de Centros de Control de Venenos, los complementos dietéticos son 2.550 veces menos peligrosos que los fármacos que se venden sin receta, es decir, que los menos peligrosos de los medicamentos.

En el caso de las plantas, ninguna podrá venderse fuera de las farmacias y, aún así, la Directiva Europea sobre Productos a base de Plantas Medicinales Tradicionales establece que sólo aquellas de las que se conozca un uso de 15 años en la Unión Europea y 30 en cualquier lugar del mundo podrán evitar los costosos trámites requeridos para su comercialización como medicamentos, lo que dejará fuera un montón de plantas de extraordinarias propiedades y cuya seguridad está avalada por un uso milenario en otras partes del mundo. Esto ocurrirá, simplemente, porque en la Unión Europea empezaron a usarse hace menos de 15 años.

Más ilógico aún, si cabe, es el hecho de que los gobiernos se obsesionen con regular, en contra de toda la evidencia científica existente, las únicas sustancias capaces de mantener la salud en niveles óptimos y de evitar las cada vez más frecuentes enfermedades degenerativas de nuestro tiempo (cáncer, Alzheimer, diabetes, enfermedades cardiovasculares...) mientras permiten la libre circulación de venenos que destruyen el cuerpo y acaban con la salud y con la vida. La contaminación del aire y el agua, las numerosas radiaciones a las que estamos expuestos, los hábitos de vida inadecuados y la “dieta normal” que las autoridades permiten y fomentan, constituida por alimentos empobrecidos y envenenados por los sistemas de producción y procesamiento, mantienen a la mayoría de la población, sin que ésta lo advierta, en una peligrosa situación de elevado riesgo de enfermedad crónica degenerativa.

Desde órganos europeos se reconoce la falta de disposición de las compañías farmacéuticas a invertir en investigación en este campo {Ahern, 2003}, aunque se evidencia por otra parte cómo están intentando quedarse con el sector de los herbolarios, haciendo que solo se puedan vender estos productos en farmacias. La razón es que el aumento de la demanda visualiza un mercado en crecimiento:

(...)Están haciendo que herbolarios no puedan vender hierbas. No se si lo sabes. Están retirando productos que antes vendían en los herbolarios a granel, y ahora no les dejan porque dicen que eso debe estar envasado y respaldado por una firma que te garantice que esa hierba, la regaliz, es apta para el consumo humano. Es decir, están haciendo que un montón de hierbas, o que el negocio de los herbolarios que antes era un negocio muy bueno, entonces como ven que es un negocio muy bueno porque ven que mucha gente se acerca, han decidido que sea el farmacéutico el que venda las hierbas. Entonces hay ahí una especie de poder, que es el dinero, el negocio de los herbolarios, lo quiere la farmacia, y no permiten que viva gente dignamente vendiendo regaliz. Ahora el farmacéutico quiere vender la regaliz pero en rama, la quiere vender después de un proceso de elaboración tras el cual la regaliz ya no es regaliz, sino que es una pastilla de regaliz que ha pasado por quince controles, y que cuando ya lleva el decimoquinto control ya está apta para el consumo humano ¿no? Le dan un proceso de elaboración que hace que se encarezca el producto y que te lo venda el farmacéutico.

(S-14)

En Estados Unidos, hace unos diez años intentaron aplicar restricciones como las que se quieren imponer ahora en Europa. Gracias a las protestas ciudadanas y a los testimonios presentados ante el senado por especialistas del sector de la medicina natural, se aprobó en 1994 una ley que protege los complementos dietéticos, aunque las influencias de los círculos de poder que intentan arruinar este sector consiguieron que la versión definitiva de esta ley fuese menos liberal de lo que se pretendía. Ahora vuelven a intentarlo con una propuesta que otorgará a la FDA (organismo similar a la Agencia del Medicamento española y con la misma actitud de oposición y censura a los complementos dietéticos y a la información sobre ellos) poder absoluto para retirar del mercado cualquier producto natural si se recibe una sola queja de él, sea o no real.

En Estados Unidos hay que buscar el origen de las TC en los años 70 en ciertos grupos antisistema vinculados al conflicto de Vietnam y el movimiento “hippie”. Estos sectores iniciaron una crítica radical al “stablishment” sanitario, específicamente a la American Medical Association y a la industria farmacéutica, llegando a acuñar el término

“*medical-industrial complex*” (complejo médico industrial)¹⁶, con cierta simetría con el complejo militar-industrial. Hemos de recordar la realidad de la asistencia sanitaria norteamericana, que incide más en los aspectos mercantiles que en el derecho a la salud. Uno de los entrevistados también participa de esta idea de unión o paralelismo entre los intereses bélicos y farmacéuticos

(...)Tenemos la radioterapia, la quimioterapia...todo lo bélico, porque si se fija usted la medicina moderna es puro militarista, más que agresiva. El escáner, la resonancia magnética, el moderno PET...todo eso viene de la investigación militar, no de la investigación civil. La famosa ecografía viene de la investigación militar de los submarinos, para el sónar, que cuando a ellos no les sirve...

(S-11)

Dos grandes cuestiones éticas: la apropiación de la propiedad intelectual y la guerra de patentes, y el fenómeno de la “invención de enfermedades”

A nivel mundial también las ONGs están denunciando de forma muy activa a través de los medios de comunicación la situación de los países del Tercer mundo debido a dos cuestiones: la primera de ellas es el intento por parte de los laboratorios farmacéuticos de apropiarse de la propiedad intelectual de los productos naturales, y por otro lado las famosas “guerras de patentes”: al no levantar esas patentes, condenan a millones de personas a no poder recibir la medicación adecuada por no poder acceder a los precios tan elevados. La situación ha aumentado de temperatura por el caso de los medicamentos antirretrovirales para el Sida que, aunque no es un producto natural, está provocando un gran movimiento mundial por sus trágicas dimensiones. Si se introduce en cualquier buscador de Internet las palabras “SIDA” y “guerra de patentes” aparecen 58.000 referencias, siendo la mayoría denuncias de organismos internacionales, ONGs, particulares, etc.

También está de actualidad el fenómeno de las “enfermedades inventadas”, es decir, la creación de supuestas enfermedades por parte de compañías farmacéuticas para favorecer la venta de un producto. Este hecho ha sido estudiado por algunos periodistas, médicos, antropólogos y científicos de diversas universidades (Blech, 2005). En el 2006

¹⁶ Wohl S. (1984) The medical-industrial complex. Random House. New York. Cit en {Gol-Freixa, 2003:43 }

se celebró un congreso internacional sobre este tema en la Universidad de Newcastle (Australia), en el que se ha empezado a vislumbrar la dimensión del problema. Dos científicos de esta universidad han publicado en el Public Library of Science Medicine una investigación titulada *Vendiendo enfermedades: cómo las compañías farmacéuticas más grandes del mundo están convirtiéndonos a todos en pacientes*, donde denuncian en qué consiste la estrategia: primero se crea la necesidad en el consumidor, presentando como enfermedades procesos naturales de la vida como la menopausia o la infelicidad, disfunciones sexuales pasajeras o lo que son meros factores de riesgo como el exceso de colesterol en sangre o la osteoporosis. También son objeto de interés los supuestos trastornos psiquiátricos, como el intento de pasar la timidez a rango de enfermedad denominándolo “trastorno de ansiedad social”, con una sintomatología que incluye “ponerse rojo, sudar, temblar, hasta cuesta respirar”. Con la simplificación de unos síntomas comunes a millones de personas sanas se pretende conducirlos a identificarse con una condición patológica. A continuación y mediante alianzas informales entre las propias compañías farmacéuticas, las empresas de publicidad y algunos grupos de médicos a sueldo de aquéllas se crea un estado de opinión utilizando los medios de comunicación de masas. Por ejemplo, en un artículo publicado en la revista *British Medical Journal*¹⁷, estos investigadores demuestran que con la puesta en el mercado de un producto contra un proceso ordinario y sin ninguna importancia médica como es la alopecia (caída del cabello), comenzaron a aparecer en Estados Unidos informes sobre los traumas emocionales asociados con la pérdida del pelo, sugiriendo incluso tener un impacto en la búsqueda de trabajo y en el bienestar mental. Para apoyar la credibilidad de lo que se decía se hablaba de la reciente creación del “Instituto Internacional para el estudio del Cabello”. Lo que en el artículo no se decía es que tanto el estudio como el Instituto estaban financiados por un laboratorio y que los expertos citados cobraban de éstos.

Otros ponentes del citado congreso australiano fueron: Leonor Tiefer, profesora de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Nueva York, que presentó el *Trastorno Sexual Femenino* (que se afirma que padece el 43% de las mujeres norteamericanas) como “un caso de libro de texto de enfermedad inventada”. El Dr. Lexchin, de la Escuela de Políticas de Salud de la Universidad de York (Canadá), que ha estudiado la

¹⁷ Moynihan, R, Henry, D, Health, I. “La invención de la enfermedad”(2005). Brit Med J, 34: 234-265. Cit en <http://www.dsalud.com/numero84>

ampliación de mercado de la famosa pastilla *Viagra* a un público cada vez más joven, pretendiendo que todos los hombres, a cualquier edad, pueden necesitarla en un momento dado. El profesor Healy, del Departamento de Medicina Psicológica de la Universidad de Cardiff de Gales, que criticó campañas de publicidad en televisión que inducen a los jóvenes a considerar que tienen una patología maníaco-depresiva cuando tienen simples cambios de humor, o el *Síndrome de Déficit de Atención e Hiperactividad*¹⁸

También es corroborado por un libro que se editó en el 2005 por la que fuera directora del “New England Journal of Medicine” y actual profesora en Harvard (USA), Marcia Angell, titulado “Mitos farmacéuticos”, y que pone en evidencia otro de los entresijos ocultos del negocio de los laboratorios médicos. Señala que las compañías lanzan periódicamente los mismos medicamentos ocultos bajo nuevas patentes y luego convencen a médicos y pacientes de que están produciendo milagros médicos. Según este libro, organismos reguladores de su actividad, políticos y medios de comunicación son cómplices de este fraude social, que encarece las medicinas con la excusa de que es necesario aumentar la eficacia del tratamiento.

Como hemos comentado, numerosas organizaciones se están movilizando en la actualidad contra estas medidas y se han creado Fundaciones para dar a conocer métodos naturales de prevención y tratamiento de las enfermedades en contraposición a los métodos de la medicina farmacológica. En el año 2003 se elaboró en la Haya la *Constitución para un nuevo mundo de paz, salud y justicia social para todos*, en la que puede leerse, dentro del apartado referido al Derecho de Salud, lo siguiente:

*“Nosotros, las personas del mundo, estamos determinadas a defender nuestro derecho a la salud con todos los medios pacíficos disponibles. Y nos aseguraremos de que el negocio farmacéutico con la enfermedad y la promoción deliberada de enfermedades para lucro de las corporaciones sea proscrita a nivel mundial. Llevaremos ante la Justicia a aquellos que deliberadamente promueven las enfermedades y a quienes impiden la libre información sobre terapias naturales no patentables que permitan salvar vidas. Proporcionando salud a nuestras comunidades y llevando a cabo los Programas Nacionales de cuidado de salud, nos centraremos en aproximaciones naturales a la salud, eficaces y seguras. La primera meta de cualquier estrategia de cuidados de la salud es la prevención y desarraigo de las enfermedades”*¹⁹

¹⁸ Muchos de estos comentarios se encuentran en la revista Discovery DSalud, que lleva años investigando y denunciando estas prácticas. <http://www.dsalud.com/numero84>. [Consulta 23-02-2007]

¹⁹ Fuente: página web Discovery Salud: <http://www.dsalud.com/numero54>

Una de las más activas es, por ejemplo, la del Dr. Rath²⁰, que presentó una denuncia ante el Fiscal de la Corte Internacional de La Haya “en nombre de todos los pueblos del mundo” por “genocidio y otros crímenes contra la humanidad perpetrados en relación con el *negocio de las enfermedades* de la industria farmacéutica”. Entre los acusados se encuentran los directivos de las grandes multinacionales farmacéuticas y Altos cargos de las Administraciones norteamericana e inglesa.

Desde la medicina oficial también se está denunciando. Algunas sociedades científicas están empezando a reaccionar, como es el caso de la denuncia de la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), que tras un análisis por parte de su comité de bioética destaca la influencia de las compañías sobre la información y formación que reciben los médicos que, en muchas ocasiones, responde a intereses económicos más que a la ciencia o al beneficio del paciente. Señalan, incluso, que “la formación médica continuada está pervertida”²¹. La industria es la principal fuente de financiación de la investigación científica y además el primer proveedor de la formación que el médico precisa para mantener su competencia profesional. El problema es que ambas actividades se utilizan con frecuencia como elementos de marketing para posicionar ventajosamente un fármaco o un dispositivo. La Sociedad responsabiliza también de esta situación a las Administraciones sanitarias por dejar en manos de las compañías la formación de sus empleados médicos. Igualmente se lamenta de la escasa actividad de las agencias evaluadoras gubernamentales, que en raras ocasiones asumen la responsabilidad de contrastar si las conclusiones que ofrece la industria son acordes con los resultados de la investigación.

¿Y qué ocurre en Japón? También participa del mismo fenómeno, pero con algunas características: Japón posee el segundo mercado farmacéutico más grande del mundo, pero sin embargo no logra alcanzar posiciones en el mercado mundial debido a una inefectiva política de investigación y desarrollo por parte de las compañías, un aumento exagerado de productos dudosos que sólo se consumen en Japón, y a una sucesión de tragedias sobre la población relacionadas con efectos secundarios de determinados fármacos (ver gráfico 13) {Powell, 1990:179} {Woodall, 2003}.

²⁰ Fundación Dr. Rath. <http://www.drrath.com>

²¹ El Mundo nº662. [6-mayo-2006]

En su tesis doctoral Mahlich (2002) expone precisamente que, a pesar del enorme gasto farmacéutico japonés, las industrias farmacéuticas japonesas son poco potentes. La más grande, Takeda, es la n° 19 del mundo

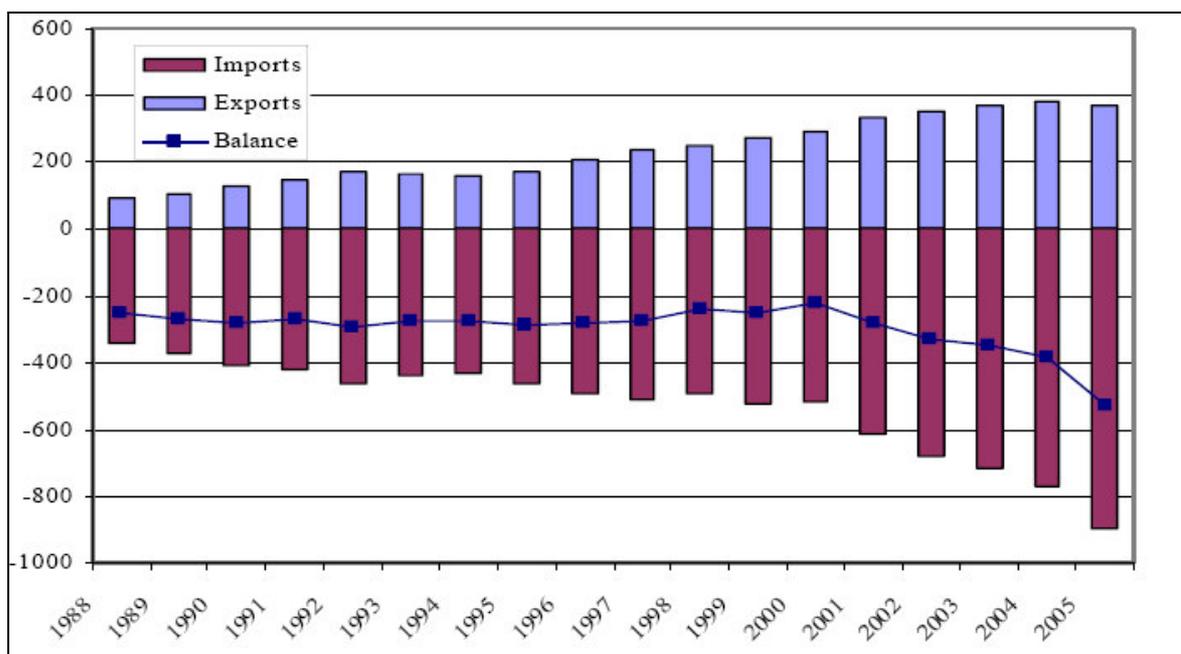


Gráfico 13: Importación y exportación de fármacos en Japón (en billones de yenes)
Fuente: Japan customs. En línea <<http://www.customs.go.jp/toukei/srch/indexe.htm>>.

Tradicionalmente los médicos y hospitales japoneses prescriben sus propias recetas debido a la costumbre de la Medicina Tradicional China, en la que el propio médico elabora los preparados. Pero el reembolso de los medicamentos por parte del sistema nacional de salud hace que las compañías y los médicos articulen un sistema de pago suplementario a éstos por número de prescripciones, por lo que se receta un volumen injustificado. Por ejemplo, Margaret Lock (1993) denuncia las presiones económicas que se están produciendo sobre las mujeres en Japón para el desarrollo de la terapia hormonal sustitutiva para paliar los síntomas de la menopausia, algo que tradicionalmente se venía realizando con la prescripción de hierbas *kanpo*. Sin embargo, en occidente se están revelando los riesgos de esta terapia tras un estudio realizado por estadounidenses, a partir del cual aumentó el consumo de la soja como alternativa

natural. La respuesta es la aparición de noticias alertando sobre la “falta de evidencias” de sus beneficios²², algo que a lo largo de los siglos se ha demostrado en Oriente. Es cierto que en el caso de las hierbas se pueden producir interacciones con los medicamentos y por ello se debe tener precaución {Serrano Ruiz, 2004}, pero esta argumentación no es válida para la acupuntura o el shiatsu.

¿Cuál es la postura de la OMS y de las Naciones Unidas? Oficialmente no se pronuncian de una forma clara sobre estos temas tan espinosos, pero en el tema de la propiedad intelectual aluden a la necesidad de proteger el conocimiento indígena de las Medicinas Tradicionales bajo formas existentes o nuevas de derechos sobre la propiedad intelectual, indicando que la “biopiratería” –apropiación no autorizada del conocimiento y los materiales de MT- está muy condenada. Tratan de armonizar la necesidad de investigación con las prácticas abusivas y lanzan una llamada de atención a la industria farmacéutica de la siguiente manera: *“los temas de la propiedad intelectual sin resolver es otro problema de acceso. Mientras que las investigaciones sobre MT son esenciales para asegurar un acceso seguro y eficaz a los tratamientos, el conocimiento de las prácticas y productos indígenas de la MT obtenido por los investigadores puede ser una fuente de beneficios para las empresas y los institutos de investigación. Cada vez más parece que el conocimiento está siendo apropiado, adoptado y patentado por científicos e industrias, con escasa o ninguna compensación para sus custodios originales y sin su consentimiento informado”*²³

²² El País, 14-Septiembre-2004

²³ Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo 2000. Systems and National Experiences for protecting traditional knowledge , innovations and practices. Background note by UNCTAD Secretaria. Ginebra. (documento de referencia TD/BCOM.1/EM.13/2). Cit en Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-05: 28

CONCLUSIONES

1. Análisis comparativo de los sistemas médicos entre España y Japón
2. Diversas reflexiones
3. Posible evolución futura

Aunque uno de los propósitos de este estudio es realizar una comparación entre la forma en la que conviven dos modelos de salud –el oriental y el occidental- en dos países culturalmente muy diferentes, España y Japón, los objetivos y las hipótesis planteadas también se refieren a aspectos generales y comunes a otras partes del mundo. Por ello, en la primera parte de estas conclusiones realizaré el análisis comparativo propuesto, intentando dar respuesta a los objetivos e hipótesis planteados, con la formulación de determinadas Teorías Fundamentadas, que es el objetivo de la investigación constructivista {Bracker, 2002}. Tal y como propone esta teoría, no me he querido centrar tanto en una mera recopilación de datos cuanto en el *proceso de transformación* que provoca esa “mirada cualitativa” (Trinidad, 2006). Como ya argumentamos metodológicamente, las comparaciones se realizan para establecer *una generalización de un proceso* {Sarana, 1975}, es decir, para llegar mediante la etnología a razonamientos inductivos, de lo particular a lo general, e intentaré de esta manera y mediante la comparación establecer las conclusiones para los objetivos de cada uno de los países y que no resulte así repetitivo.

A continuación propondré algunas reflexiones de carácter general y, por último, y en base a todo lo estudiado, plantearé la posible evolución del tema y las propuestas de nuevas líneas de investigación que den continuidad a ésta. Me servirá también de base para reflexionar sobre el futuro de la Antropología como disciplina

1. Análisis comparativo de los sistemas de atención de salud entre España y Japón

En primer lugar hay que decir que el modelo biomédico en Japón está más legitimado que el oriental aquí, por tanto existe una asimetría inicial en la comparación, si bien es cierto que ambos países son países desarrollados. Japón está considerado una potencia mundial, y sería muy diferente por razones de conexión con Europa una comparación con cualquier otro país asiático.

Para la comparación de sistemas médicos como sistemas culturales, habíamos adaptado de Kleinman (1978) las siguientes Unidades generales de Análisis:

1. Realidades clínicas
2. Proceso de búsqueda de salud y Modelos explicativos

3. Adaptación de los sistemas de salud: formas de integración medicina oriental/occidental.
4. Conflictos y “yatrogénesis cultural”

1. Realidades clínicas:

"Los valores son distintos: mientras en occidente se hace más énfasis en el desarrollo del individualismo, en Japón existe un continuum de interconexión entre lo individual y lo colectivo, pero cuando surge un conflicto entre ambas partes, se decantan por lo colectivo" {Nagatani, 1998: 95}

Las realidades clínicas referidas al sector profesional y al sector popular están más claramente definidas en Japón que en España, en el sentido de que en el primero existe una tradición de mucho tiempo atrás que define al terapeuta de medicina oriental en el sector profesional, mientras que en España se entiende más bien en el sector popular porque no está tan formalmente constituida. Gran parte de los esfuerzos se hacen hacia esa legitimación, no sólo legal, sino también científica y moral.

En Japón están más definidas también las Escuelas o corrientes dentro de las terapias, no solo por esa tradición milenaria, sino porque culturalmente poseen un mayor respeto a la ortodoxia y veneración al maestro, y un fuerte sentimiento de realización como pueblo y pertenencia al grupo a través del trabajo.

En España, sin embargo, el eclecticismo o creación de formas terapéuticas híbridas se ve como algo incluso positivo. Más que de eclecticismo hablan de “evolución”, entendiendo como algo natural e inevitable entre los europeos la búsqueda de nuevas formas.

En esta línea de pensamiento hay que enmarcar los dos grandes fenómenos que están ocurriendo de orden conceptual: en primer lugar la “búsqueda de lo oriental” dentro de muchos terapeutas, con gran éxito de las corrientes denominadas “energéticas” especialmente en el shiatsu, pero eso sí, “evolucionando” hacia nuevas formas. Llegan incluso a comentar que en sus maneras son “más orientales que los orientales”, aludiendo a la utilización a algunas formas “occidentalizadas” en Japón de las terapias, como el sistema Namikoshi de shiatsu. En el lado opuesto está la corriente de la “acupuntura contemporánea” entre los médicos, que descarta lo intangible de la filosofía oriental para adaptar una terapia que “funciona” a las formas de pensamiento biomédicas. Con la “acupuntura contemporánea” los médicos occidentales han encontrado un elemento diferenciador del resto de los terapeutas no médicos o médicos

de origen exclusivamente de medicina oriental, que hayan estudiado en universidades chinas, por ejemplo. Elaboran una terminología propia que es una mezcla entre terminología oriental y biomédica.

Estas actitudes hay que enmarcarlas también en el concepto etnocéntrico europeo. Históricamente, los estudios magistrales sobre la historia médica dividían el mundo en un espacio central de ilustración y una salvaje periferia de confusiones. Estaban, por un lado, Europa y Norteamérica, en donde las verdades positivas eran desveladas y, por otro lado, el resto del mundo, sumido en la ignorancia y la confusión. La historia de la medicina era sobre todo y ante todo la historia de la medicina occidental {Kuriyama, 2005: 91}. Por tanto, esa “apropiación” de saberes se contempla como algo natural. También tiene relación con esa “mirada diferente” entre oriente y occidente que apreciábamos al contemplar los dibujos del cuerpo humano de Hua Shou y de Vesalio.

Por otro lado, el resurgimiento de la medicina oriental en Japón después de cien años de represión –aunque nunca desapareció del todo– hay que analizarlo desde una perspectiva global. No se trata solo de aumento de demanda (aunque también), sino que, como comentaba ya Ohnuki –Tierney en los años 80 “*no se puede analizar sólo el auge del kanpo en términos de eficacia médica. Tiene connotaciones de desilusión de occidente y vuelta a oriente*” {Ohnuki-Tierney, 1984:65}. Ahora este sentimiento de “eficacia simbólica” frente a eficacia científica que proponía conceptualmente Loux (1989) se ha agudizado, ya que sino, ¿por qué se ha decidido ahora el Gobierno a introducir en el currículum obligatorio de los estudios de medicina los conceptos de medicina oriental? En mi opinión, y basándome en Ohnuki -Tierney o en Wilkinson {Wilkinson, 1991}, una de las razones es por esa especial relación amor-odio que ha tenido tradicionalmente Japón con otros países y que le ha llevado a imitarlos para posteriormente desilusionarse. Le pasó primero con China, luego con Alemania y actualmente con Estados Unidos. En la actualidad todos los indicios apuntan a una vuelta a China, su vecino, origen de su escritura y de su medicina y sujeto tradicional de disputas territoriales.

2. Proceso de búsqueda de salud y Modelos explicativos

Aunque las tasas de pacientes que acuden a la medicina oriental son altas en ambos países, difieren en el itinerario terapéutico, ya que en España acuden tras un itinerario

largo y tortuoso en el cual la medicina alopática no ha podido darles solución a su problema, y se encuentran con algo que no conocían. Los japoneses, en virtud de una tradición milenaria de uso de la medicina oriental, están más familiarizados con ella, pero tras su defenestración hace cien años consideran que es una medicina de “segunda categoría” y acuden a ella en primera instancia fundamentalmente para malestares leves, no lo suficientemente graves como para acudir a la medicina occidental. Sin embargo, no hay que tomar a la ligera estas “molestias leves”, ya que el japonés muestra unos modelos explicativos particulares culturalmente, por los cuales autoperciben su estado de salud en un amplísimo porcentaje como “débil”(concepto de *Jibyō* o propia enfermedad) y condicionado a una inexorable constitución innata (*taishitsu*). Por eso acuden tanto en la actualidad a un tipo de medicina que les preste más atención, ya que la medicina alopática no sabe bien qué hacer con este tipo de pacientes y con estas enfermedades que tienen más relación con la psicología.

La relación con este tipo de sanadores, por tanto, satisface más al usuario de ambos países, ya que le escucha y le atiende de una manera más integral. Otro rasgo común también es el silencio o falta de comunicación con el sanador oficial, si bien volvemos a encontrar otra diferencia de razones para ello de orden cultural: el temor al rechazo de estas terapias por desconocimiento en España frente a la especial relación interpersonal de obligación (*amae*) y de limitación de la distancia psicológica entre médico y paciente en Japón.

3. Adaptación de los sistemas de salud: formas de integración medicina oriental/occidental

Durante la investigación he recogido dos propuestas metodológicas que explican el grado de interconexión entre ambos paradigmas. En primer lugar, la propuesta de la OMS en su documento *Estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2002-05*, que apuesta por la integración de los sistemas médicos tradicionales en el sistema oficial de los países apuntando a dos grandes razones en el caso de los países en desarrollo: la fuerte presión de la demanda y la disminución de los costes.

Japón se encuentra entre los países con un sistema *inclusivo*, según la terminología propuesta por la OMS, mientras que España, aunque no la nombra directamente en el Documento, en mi opinión se encuentra entre los países con un sistema *tolerante*.

El sistema inclusivo reconoce las terapias complementarias y alternativas pero no están

integradas totalmente en todos los aspectos de la sanidad. En Japón, el *kanpo* está parcialmente cubierto por la sanidad pública, aunque referido a menudo a las hierbas (*kanpo-yaku*) y accesible desde diferentes tipos de seguros o vericuetos legales.

Existen prestigiosos centros de asistencia e investigación en medicina integrada y medicina oriental, pero el punto de inflexión para la recuperación de este sistema ha sido la incorporación al currículum obligatorio de las Facultades de Medicina de conceptos de medicina oriental mediante una nueva ley en el 2001. Este hecho, no obstante, además de ser desigual entre las distintas universidades, es poco conocido entre los pacientes y entre los propios médicos y terapeutas, sospechando todos que pasará tiempo hasta que se perciban las consecuencias.

En España decíamos que el sistema es tolerante, que quiere decir que el sistema sanitario nacional está basado enteramente en la medicina alopática pero se toleran por ley algunas prácticas de terapias complementarias. Lo más llamativo ha sido la situación de *alegalidad*, que no ilegalidad, en la que se vive: no está prohibida su práctica, pero tampoco está regulada, por lo que no es posible que nadie, ni las Administraciones, ni los médicos ni los usuarios se quejen. **¿Cómo puede nadie quejarse de que hay oportunistas sin preparación cuando existe un vacío legal?** Hasta que no se regule la situación habrá confusión en cuanto a una formación de calidad y una práctica fiable.

En España las formas de integración están claramente influenciadas por dos modelos distintos: el más importante por la trascendencia que ha tenido ha sido el Decreto de Regulación de las Terapias Naturales de Cataluña, primer documento de estas características en Europa donde, a pesar de múltiples recomendaciones e intentos por parte de la Unión europea, nunca se había regulado la práctica de los terapeutas “no sanitarios”, es decir, los que no han estudiado en universidades. Ha creado malestar principalmente entre los colectivos de profesionales (médicos, enfermeros, fisioterapeutas), porque no son contemplados en el Decreto y por conflictos de intrusismo. Entre los terapeutas no sanitarios la sensación es agri dulce: no están totalmente a favor de sus contenidos, pero todos opinan que “mejor esto que nada”. Especialmente innovador ha sido el proyecto piloto del hospital de Mataró, donde se realizan consultas sobre Terapias Naturales como si se tratase de un servicio más a cargo de terapeutas “prácticos”.

El segundo modelo es el andaluz, muy vinculado al estamento médico y desarrollado a

través de las Clínicas de dolor y los centros de Atención Primaria, y totalmente contrario al modelo catalán. No está, sin embargo, regularizado por ley.

Otras formas que existen son privadas y esfuerzos puntuales, sea de médicos o no, cuya estrategia de penetración suele ser habitualmente una experiencia personal positiva con este tipo de terapias a través de una enfermedad propia o de un familiar. Es decir, exceptuando el caso catalán y el andaluz, la estrategia ha sido más informal que formal.

La segunda propuesta metodológica que planteamos va un poco más allá, intentando describir cualitativamente los efectos de la globalización en el sector salud. Frank y Stollberg (2004) siguiendo a Holton (2000) distinguían tres hipótesis: la homogeneización, la polarización y la hibridación. La primera describe un proceso de occidentalización y americanización de los países. En el caso que nos ocupa, supondría una anulación de cualquier concepción médica local, y en mi opinión esto no parece que ocurra ni en España ni en Japón. La polarización supondría la radicalización de ambos sistemas al ponerse en contacto, lo cual tampoco parece ser que es lo que está ocurriendo, ya que no hay hostilidad manifiesta por ninguna de las partes. Lo que sí parece que está ocurriendo es la *hibridación* que significa “*la manera en la que formas que estaban separadas se recombinan en nuevas formas y en nuevas prácticas. Incluye la combinación de la medicina asiática y la biomedicina, y puede que incluso más heterodoxos modos de curación*” (Frank, 2004:74). Esta hibridación puede ocurrir en grado débil o fuerte, y las nuevas formas, originales según cada país, dan lugar a cuatro tipos distintos de hibridación médica: Tipo I: Coexistencia biomédica dominante; Tipo II: Coexistencia bajo la dominancia heterodoxa; Tipo III: Incorporación biomédica de la Medicina oriental; Tipo IV: El Gran Crisol médico.

El sesgo que tiene esta propuesta es que no se refiere sólo a la integración dentro de los sistemas de cada país, sino a la hibridación *de la práctica médica a nivel personal dentro del colectivo médico*, cuando éste no es el único colectivo de sanadores. Aún así, resulta interesante su análisis.

En mi opinión, España se encuentra dentro del tipo I: Coexistencia biomédica dominante, ya que la biomedicina representa el centro gravitacional. La mayoría de los pacientes son tratados bajo conceptos biomédicos, y los médicos que utilizan la medicina oriental lo hacen diferenciando claramente ambos paradigmas: cuando utilizan medicina oriental (acupuntura básicamente, ya que no están interesados en otra terapia) diagnostican según los criterios de la medicina oriental, y cuando utilizan la alopática lo

hacen según los criterios de ésta.

4. Conflictos y “yatrogénesis cultural”

Kleinman acuña este término para referirse al proceso que se crea con los conflictos. Los conflictos son mayores cuando los episodios de enfermedad tocan diferentes sectores)

Los conflictos, tanto de orden interno como externo {Nadel S.F, 1974}, tienen una fuerte relación con dos cuestiones fundamentales: el prestigio social y los procesos de cambio. El estatus del médico, que se resiste a perder, ocurre en ambos países. Ni en España ni en Japón les es necesario estudiar medicina oriental para poderla practicar, gracias a su legitimación a través de la universidad {Bourdieu, 1996}y de su posición social. Es frecuente la opinión entre ellos de que son los únicos legitimados para diagnosticar y tratar, si bien en Japón delegan en los terapeutas orientales la aplicación de la técnica en sí, sea acupuntura o masaje, ya que éstos están regularizados desde hace siglos. En España, al no existir esa figura, el médico trata de apropiarse ese espacio, o bien intenta reproducir el esquema tradicional de delegación a través de la enfermera.

La percepción del estatus social también se da en ambos países en la relación entre el médico y el masaje, hacia el cual prestan escaso interés corporativo: los médicos españoles no tienen interés por ocupar ese espacio, que dejan a los fisioterapeutas. Los fisioterapeutas son entonces los que se enfrentan por un problema que ellos consideran de intrusismo. La figura de los colegios profesionales se percibe como fundamental para salvaguardar los intereses. Junto con el intrusismo, el escepticismo es otro de los grandes conflictos de orden externo

En cuanto a los conflictos de orden interno, los celos entre iguales se perfilan como los más frecuentes, destacando la deslegitimación entre los médicos hacia otros que son escasamente corporativistas, o las luchas de poder entre los terapeutas no sanitarios para posicionarse frente a la regulación.

En Japón el intrusismo no se vive tan apasionadamente al no existir la figura del “no sanitario” y estar más claramente definidas las profesiones. Los esfuerzos de delimitación del campo propio de actuación se dan más en el aspecto de estratificación social que en el puramente práctico, destacando por un lado los intentos de diferenciación con respecto al colectivo de ciegos/disminuidos visuales, que tradicionalmente habían ocupado el ámbito del masaje, y por otro la reivindicación de la denominación de “medicina integrativa” por parte de una fuerte corriente dentro de los

médicos japoneses, ya que consideran que en otros países otros médicos no están capacitados históricamente para entender la medicina oriental y utilizarla, y que lo que deben hacer es utilizar *sus propias* medicinas tradicionales.

También es de destacar el conflicto de cuestionamiento de autoridad relacionado con el escepticismo o la resistencia al cambio en Japón por las connotaciones culturales. Ambos existen efectivamente como en España, pero culturalmente el médico japonés no espera que un paciente tome decisiones por sí mismo.

2. Diversas reflexiones

A nivel global, las dificultades en la penetración de las TC se deben por un lado al monopolio ideológico de la biomedicina, y por otro a la presión de la industria farmacéutica. He desarrollado ampliamente ambos temas por considerarlos clave. El primero de ellos basa su argumentación en la falta de evidencia científica de este tipo de terapias para demostrar que su pretendida eficacia no se debe exclusivamente a un efecto placebo. Resulta cuando menos chocante ver cómo el rechazo hacia las prácticas médicas no basadas en la ciencia se convierten habitualmente en una aceptación entusiasta del efecto curativo del placebo por parte de lo más racionalistas-empiristas. ¿Cómo pueden aceptar la existencia de algo que no se puede comprobar con la suficiente evidencia? Otro error de partida que se comete, a mi entender, es el de no tener en cuenta que el placebo está presente en cualquier relación terapéutica, también en la medicina alopática, ya que todo paciente acude con fe en su sanación. La misma medicina alopática reconoce que el paciente mejora cuando su relación con el médico es de confianza.

¿Se puede legitimar algo que no se puede demostrar? La clave de la polémica sobre la evidencia científica está en que no se puede demostrar algo que es puro empirismo con metodología científica-positivista, es decir, la cuestión de la idoneidad metodológica. A un paradigma pragmático y experiencial le corresponde más bien una metodología cualitativa y etnográfica.

La nueva corriente de “culto” de la “Medicina Basada en la Evidencia”, tan en boga en los últimos tiempos, ha creado todo un nuevo enfoque en la manera de ver a los pacientes: la evidencia tiene sus bases en la epidemiología clínica y se encuentra en los artículos publicados en revistas científicas, que reportan investigaciones clínicas con análisis estadísticos y resultados autorizados. Es un concepto que ha pasado a ser

considerado *por encima* de la persona y de la experiencia clínica personal del médico porque, ¿cómo se puede estar en contra de la mejor evidencia científica a la hora de tomar decisiones?. Se están planteando una serie de problemas éticos en relación con la Medicina Basada en la Evidencia por revistas tan prestigiosas como The Lancet {Maynard, 1997}, y ya hay grupos que reclaman la vuelta a la autonomía o capacidad personal del médico {Sinclair, 2004}.

En definitiva, y en relación a este punto de la legitimación, ya hay mucha evidencia en bases de datos como la de la colaboración Cochrane (hay más de 15.000 referencias sobre acupuntura, por ejemplo) e investigaciones realizadas cualitativamente, pero coincido con el diagnóstico de Lee (1998) en cuanto a que en realidad lo que se está produciendo con la excusa de la legitimación es un intento de absorción de las TC por parte de la biomedicina.

La segunda cuestión clave es la del análisis económico: si existen investigaciones de análisis coste-beneficio que hablan de la reducción de costes con las TC ya que se utilizan menos fármacos y menos procedimientos diagnósticos...¿por qué las Administraciones no las incluyen tanto en el ámbito de la regulación como en el asistencial con más entusiasmo? La respuesta la tenemos en la poderosísima industria farmacéutica, a la cual le resulta difícil patentar los productos naturales, e imposible en el caso de las terapias físicas como la acupuntura o el shiatsu.

Dos grandes conflictos éticos están siendo denunciados últimamente por multitud de científicos, organismos y agentes sociales: el problema de la propiedad intelectual y la guerra de patentes por un lado, y el fenómeno de las “enfermedades inventadas” por otro, que descubren como único interés de las multinacionales farmacéuticas el lucrativo. El volumen de dinero que mueven alrededor de los médicos de una manera consentida por la Administración es, cuando menos, reprobable. A esto hay que añadir la falta de respaldo económico a este tipo de investigaciones, ya que a la industria farmacéutica, que es la que habitualmente ofrece fondos para la investigación, no le interesa.

Otra dificultad en España para la integración o para la puesta en marcha de iniciativas es el problema de la descentralización, ya que las Comunidades Autónomas tienen transferidas las competencias sobre sanidad y educación, pero no está clara la coordinación de estas consejerías con los ministerios correspondientes. En cada una de

las comunidades, por tanto, el proceso hay que empezarlo desde cero, y se adoptan las decisiones en función de diferentes intereses o circunstancias políticas.

En el caso de Japón no existe descentralización y eso va a facilitar que una única toma de decisión se pueda poner en marcha en todo el territorio.

En cuanto a la relación con la industria farmacéutica, sin embargo, ya hemos visto cómo el médico cobra en función de lo que receta, por lo que se ha convertido en uno de los países con mayor gasto farmacéutico.

3. Percepción sobre la evolución futura

“Ya existe gran cantidad de información sobre la eficacia, seguridad y provisión de TC. Ahora es necesaria la coordinación, estandarización y difusión” {Lewith, 2000:24}

La percepción general es que, a pesar de las resistencias y conflictos que hemos comentado, éste es un movimiento imparable. Como dijo uno de los entrevistados, *“las TC han venido para quedarse”*. La OMS, que marca las pautas globales de salud, apuesta decididamente por ellas, estableciendo 4 categorías sobre las que hay que trabajar. Estas son las políticas de acción de la OMS:

1. *Política nacional y marcos de trabajo legislativos*: definición del papel de las TC en los sistemas sanitarios nacionales y cómo pueden contribuir a la reforma del sector sanitario. Asegurar los mecanismos legales necesarios para fomentar una buena práctica, un acceso equitativo y seguridad y eficacia (hasta ahora solo 25 de los 192 estados miembros de la OMS han desarrollado una política nacional sobre la MT/MCA)
2. *Seguridad, eficacia y calidad*: destinar recursos para la investigación, estableciendo como áreas prioritarias de estudio las siguientes:
 - Efectos de cada una de las terapias individuales: eficacia, seguridad y costo-efectividad
 - Estudio de los mecanismos de acción de las terapias individuales, incluyendo patrones de respuesta al tratamiento
 - Estudio del propio género de la MT/MCA, incluyendo la investigación social de la motivación de los pacientes para buscar MT/MCA y uso de patrones de MT/MCA

- Estudio de nuevas estrategias de investigación, que sean sensibles con el paradigma de la MT/MCA
- Estudio de la eficacia de los métodos de diagnóstico utilizados
- Estudio de la implantación y efectos de la MT/MCA en instalaciones sanitarias específicas

El futuro está también en la colaboración entre países. Estudios multicéntricos como el de Molassiotis, y col (2006), donde ocho países europeos se pusieron de acuerdo para estudiar en qué podía mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón utilizando diversas TC.

Otro ejemplo del interés que se está generando en la investigación en el campo de la colaboración es el Programa Internacional de Medicina Tradicional China que la República Popular China ha ofertado para la Cooperación en la Ciencia y la Tecnología. El Gobierno chino financiará y apoyará la investigación e integración de la medicina oriental y occidental. Ha sido ofertado a través de la Embajada china en España y del Instituto Carlos III, y entre los objetivos del Programa están:

- Mejorar el desarrollo de las Ciencias de la Salud
- Promover el desarrollo industrial de la MTC con el objetivo de reducir el coste socio-económico de la salud
- Integración de la MTC con la occidental para crear nuevos modelos de atención sanitaria
- Facilitar y promover el entendimiento mutuo entre la cultura oriental y la occidental para realizar desarrollos conjuntos

3. *Acceso*: este aspecto está dirigido especialmente a los países en vías de desarrollo, ya que en muchos de ellos las MT/MCA son la única sanidad que reciben.

4. *Uso racional*: asegurar la cualificación y formación de los proveedores de MT/MCA, información fiable a los consumidores y mejora de la comunicación entre los médicos alopáticos y sus pacientes sobre los usos de las MT/MCA.

En definitiva, en un mundo globalizado donde cada vez hay más heterogeneidad en todos los órdenes, no es posible hablar de un sistema de salud “puro”, tal y como comentaba una de las usuarias entrevistadas: “*Estamos en un momento de*

heterogeneidad, de mezcla” (U-02). El fenómeno de los movimientos migratorios o la espectacular mejora de las comunicaciones son factores que avalan esta afirmación.

En el sector de la salud es necesario optimizar los conocimientos y mejorar la calidad de la asistencia, armonizando lo mejor de los distintos paradigmas de salud. A menudo las afirmaciones rotundas de descalificación de otras formas de sanar esconden en primer lugar un desconocimiento profundo, y a continuación situaciones de intereses creados, temor por la pérdida de la hegemonía o del estatus social.

Históricamente ya hemos visto cómo el ser humano se enfrenta al proceso salud/enfermedad de una forma activa, siendo la autoatención individual o en la red social inmediata el primero de los escalones. La persona seguirá buscando según sus creencias, con o sin el consentimiento “oficial”. Evidentemente el beneplácito oficial es fundamental, y ya hemos visto cómo en Japón la negación de la medicina oriental, única forma existente de sanar durante siglos, ha hecho profundas modificaciones en las costumbres del pueblo japonés en cien años. Pero no nos engañemos, a menudo es más decisiva la cuestión económica que una convicción real: lo que el sistema nacional paga, se utiliza, pero hay mucha gente que no puede permitirse salirse de la cobertura pública por falta de recursos propios.

Por tanto, líneas de investigación en este campo me parecen importantes, y la Antropología tiene mucho que decir, ya que no se encuentran soluciones si el abordaje es puramente técnico desde el punto de vista de la salud o de la gestión. Hace falta una perspectiva o mirada holística, social y cultural, lo cual también me da pie a hacer una reflexión sobre el futuro de la Antropología como disciplina.

El futuro de la Antropología y la Etnografía

La Antropología como ciencia que estudia al hombre ha sufrido una profunda transformación desde sus inicios. Antiguamente se buscaba en el “otro”, en el primitivo, a ese ser que fuimos nosotros mismos en nuestros orígenes, para que al conocerle mejor pudiéramos conocernos mejor a nosotros mismos. Pero en la actualidad ya no existe ese “primitivo”. Las transformaciones acaecidas en las últimas décadas han hecho tambalearse el pensamiento social y han provocado la modificación no sólo de la realidad objeto de estudio de la Antropología, sino la forma de aproximarse a ésta y de relacionarse con ella por parte del etnógrafo. Esta crisis tanto del objeto como del método, así como crisis de representatividad ha obligado a la Antropología a vivir una profunda transformación como ciencia social.

Pues bien, todos los grandes debates, las inseguridades y los retos de la Antropología se reflejan y son reflejados por la etnología . Y, en buena medida, y a juicio de muchos autores, las frustraciones y los fantasmas de la producción antropológica se proyectan hacia la llamada perspectiva posmoderna, que viene a ser un enorme cajón de sastre intemporal donde acomodamos lo que no es antropología. Es decir, ante lo que no sabemos demasiado bien cómo definir –la corriente posmoderna- ponemos lo que no estamos muy seguros de que sea lo que deseamos o lo que queremos. Para Álvarez Munárriz el diagnóstico sobre el posmodernismo es aplastante: habla de “anarquismo epistemológico”, de “ambigüedad”, de “ingenuidad”...

“Si tuviéramos la paciencia de juntar las piezas de este rompecabezas de filósofos nos daríamos cuenta que hay un ejercicio refinado y exquisito del escepticismo teórico que para no caer en las aporías y contradicciones que esta postura conlleva se queda en la pura indefinición y la cómoda indiferencia como formas de suspensión del juicio. Nada es verdadero pero tampoco es falso, no podemos aceptar la razón pero tampoco desecharla, no podemos caer en las garras de la Metafísica pero tampoco podemos prescindir de ella, ni esto ni lo otro, ni dentro ni fuera del sistema, en el borde...” {Álvarez Munárriz, 1994:161 }

Entonces, ¿el futuro de la Antropología es volver a las etnografías clásicas de Malinowsky para reconducir lo que consideramos una ciencia? ¿pero cómo podemos combinar la metodologías clásica con la desaparición de las fronteras, con el fenómeno de la globalización? ¿ha perdido su razón de ser la Antropología y debemos hablar ahora de mera literatura?

Todas estas cuestiones no hacen sino hablar de la necesidad de un replanteamiento en profundidad de la disciplina, con la búsqueda de una **tercera vía** de la cual escriben algunos autores y que yo comparto plenamente: un “camino medio” entre ciencia y literatura, entre positivismo y posmodernismo. “...frente a esta orientación del saber conviene resaltar que está aflorando en nuestra cultura un nuevo “estilo de pensar” que quiere romper definitivamente con los estrechos límites del racionalismo moderno, pero se diferencia radicalmente del pensamiento “posmoderno” por su aspiración al conocimiento verdadero. En él la ciencia de lo simple y regular está siendo sustituida por la ciencia de la complejidad que exige una metodología más abierta, pluridimensional y creadora. Ello ha obligado a revisar las categorías y los métodos del conocer...”(Álvarez Munárriz, 1994:148).

Un error frecuente en este sentido ha sido confundir Antropología con Etnografía. Llobera en *La identidad de la Antropología* {1998} cuestiona esta confusión ya que limita a la disciplina y es lo que, a su juicio, hace C Geertz. Para Geertz la teoría antropológica no va más allá del diagnóstico social, pero “*el énfasis en reducir la Antropología a la experiencia del investigador de campo hace que su concepción de la disciplina sea limitada; el no poder concebir la Antropología con independencia de la etnografía condena a la disciplina a no poder salir del infierno del encuentro con el otro*”.{Geertz, 1989 }

Efectivamente, definir la Antropología por el método que ésta usa, es algo a lo que han recurrido con frecuencia algunos antropólogos cuando se encontraron frente a la problemática, no poco confusa, de querer delimitarla. También se ha intentado delimitar a la Antropología por su capacidad para ejercer una “mirada antropológica”. Lo subjetivo que puede llegar a ser esa mirada hace que la misma como criterio de demarcación no tenga sentido. Aunque pueda entonces resultar paradójico, pienso que delimitar criterios de demarcación para definir la antropología es una tarea impostergable, aunque esos criterios no considero que deba ser los metodológicos exclusivamente, dado que muchas ciencias o disciplinas comparten metodologías.

Parece que los antropólogos han temido los criterios de limitación y demarcación, considerando seguramente la amplitud como una característica favorable. Amplitud que pierde a la antropología en un entramado de significaciones y resignificaciones. Cuando se delimita una ciencia, en los criterios de la misma, hay cosas que van a quedar afuera, que se van a perder por lo que implica el ejercicio mismo de la delimitación. Ese temor a la pérdida es lo que ha hecho que se hagan las definiciones más amplias, las que engloben más cosas, las más difusas y sin ningún tipo de sistematización para que cualquier cosa resulte, si se me permite la expresión, “antropologizable”. Se puede hacer Antropología de... todo (póngasele cualquier apellido).

Aunque los posmodernistas se han decantado por hacer desaparecer la disciplina y reducirla a un mero concepto estético y literario, hay que reconocerles la valentía de haber asumido académicamente la crisis epistemológica de la antropología, y de haber planteado una teoría, aunque sea extrema.

Creo que la tarea de la Antropología actual pasa por una revisión seria y un replanteamiento riguroso de su epistemología, sin miedo a que a pesar de ello siga

existiendo. Yo me posiciono en esa “tercera vía” que hace que ciencia y arte puedan dialogar. Sólo la búsqueda de nuevas soluciones hará que la antropología reviva.

Mi propuesta, por tanto, hacia el futuro es la de una Antropología aplicada a la realidad y a las políticas de gestión sanitarias, analizando los nuevos temas propuestos más arriba por la OMS, y por Halpin (2006) en el capítulo dedicado al problema de la investigación. Hacen falta también líderes en estos temas con autoridad científica y moral que no dejen lugar a dudas de la seriedad con la que ya se está tratando el tema en otros países desarrollados. Para darle ese carácter de movimiento mundial e ineludible ha sido la razón por la que he querido que esta investigación tuviera un marcado carácter internacional, no solo por el trabajo de campo en Japón, sino por la -creo- abundante bibliografía norteamericana y europea. Una gran parte de los artículos utilizados y referenciados están en inglés, lo cual se presenta también como una de las dificultades para la implementación de políticas y cambios de actitud tanto en España como en Japón, ya que en ambos países no son muchas las personas envueltas en ello que lean en inglés.

Dentro de este discurso renovador y abierto en el campo de las ciencias sociales están surgiendo autores como Boaventura de Sousa Santos, en cuya obra la *Crítica de la razón indolente* (2003) propone una “globalización contrahegemónica”, descubriendo nuevas formas de relación entre la cultura occidental y otras culturas. Analiza lo que él denomina el mundo de *las cinco monoculturas*, un mundo que desperdicia la experiencia: monocultura del saber, que cree que el único saber es el científico; monocultura del progreso, del tiempo lineal, que entiende historia como dirección de único sentido: por delante va el mundo avanzado, desarrollado, y lo demás es obsoleto; monocultura de la naturalización de las jerarquías por razones de raza, etnia, género, etc.; monocultura de lo universal como único válido, al margen del contexto; lo global predomina sobre lo local; y, finalmente, monocultura de la productividad, que define la realidad humana por el criterio del crecimiento económico como objetivo racional incuestionable; criterio que se aplica al trabajo humano, pero también a la naturaleza, convertida en objeto de explotación.

En la línea de una nueva mirada universal me gustaría terminar con una frase especialmente reveladora desde el punto de vista histórico y antropológico.

“la iniciativa histórica universal ha vuelto al lugar que siempre le ha correspondido, a saber, oriente” {Robotham, 1990:18 }

BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre Batzán A. (1993) *Etnografía*. Macombo, Barcelona.
- Ahern N. (2003) Medicina integrativa en Europa. *Humanitas.Humanidades médicas* 1: 47-52.
- Alfaro Roca J. E. Acupuntura renovada y enfermería. hospital (Elche). 32-36. 2002. La sociedad demanda ¿responde la Enfermería? XIII Jornadas de interrelación de Enfermería del alto y Bajo Vinalopó, Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana. Biblioteca virtual. 23-5-2002.
- Allué J. (2000) De qué hablamos los pediatras cuando hablamos de factores culturales. In: *Medicina y Cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. (ed E. y. C. Perdiguero) pp. 55-82. Bellaterra, Barcelona.
- Alvarez Munárriz L. (1994) Fronteras teóricas de la Antropología Social. *Revista de Antropología social. Editorial Complutense de Madrid* (3):147-172.
- Alvarez Roldán A. (1994) La invención del método etnográfico. Reflexiones sobre el trabajo de campo de Malinowski en Melanesia. *Revista Antropología* 7.
- Anderson J., Oscarson R., & Yu Y. (1995) Japan's health care system: western and east Asian influences. In: *Global perspectives of health care*. (eds E. Gallagher and J. Subedi) pp. 32-44. Prentice Hall, New York.
- Anesaki M. & Munakata T. (2001) Health, illness and health policy in Japan. In: *The Blackwell Companion to Medical Sociology* (ed W. C. Cockerman) pp. 441-455. Blackwell, Oxford (UK).
- Arrizabalaga J. (2000) Cultura e historia de la enfermedad. In: *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la medicina* (ed E. y. C. Perdiguero) pp. 71-82. Bellaterra, Barcelona.
- Astin JA (1998) Why patients use alternative medicine. Results of a national study. *Journal of American Medical Association* 279(19): 1548-1553.
- Ballvé Moreno J. (2003) ¿Quién utiliza las medicinas no convencionales y por qué? *Humanitas.Humanidades médicas* 1(2): 31-40.
- Barry C. A., Stevenson F., Britten N., Barber N., & Bradley C. (2001) Giving voice to the lifeworld. More humane, more effective medical care? A qualitative study of doctor-patient communication in general practice. *Social Science and Medicine* 53: 487-505.
- Barry C. A. (2006) The role of evidence in alternative medicine: contrasting biomedical and anthropological approaches. *Social Science and Medicine* 62(11): 2646-2657.

Bassols A., Bosch F., & Baños J.-E. (2002) How does the general population treat their pain? A survey in Catalonia (Spain). *Journal of pain and symptom management* 23(4): 318-328.

Beattie J. (1972) *Otras culturas. Objetivos, métodos y realizaciones de la Antropología social*. Fondo de cultura económica, Madrid.

Beck U. (1998a) En torno a la sociedad mundial: perspectivas concurrentes. En: *Qué es la globalización. Falacias del globalismo. Respuestas a la globalización* pp. 126-159. Paidós.

(1998b) Europa como respuesta a la globalización. En: *Qué es la globalización. Falacias del globalismo. Respuestas a la globalización* pp. 212-221. Paidós.

Bensing J. (2000) Bridging the gap. the separate worlds of evidence-based medicine and patient-centered medicine. *Patient Education and Counseling* 39: 17-25.

Bericat E. (1998) *La integración de los métodos cuantitativo y cualitativo en la investigación social. significado y medida*. Ariel, Barcelona.

Bhabha H.K (1994) *The Location of Culture*. London. Routledge

Bibeau G. (1992) ¿Hay una enfermedad en las Américas? otro camino de la Antropología médica para nuestro tiempo. En: *Cultura y Salud en la construcción de las Américas* (ed Varios) Paidós, México.

Birch S. (2006) A review and analysis of placebo treatments, placebo effects and placebo controls in trials of medical procedures when sham is not inert. *Alternative and complementary medicine* 12(3): 303-310.

Blech, J. (2005). *Los inventores de enfermedades*. Madrid: Destino.

Bock P. (1985) Tipos de grupos. En: *Introducción a la moderna Antropología Cultural* pp. 164-220. F.C.E, Mexico.

Bonadonna R. (2003) Meditation's impact on chronic illness. *Holistic Nursing Practice* 17(6): 309-319.

Bonet I. & San Juan V. (2005) *Manual práctico de shiatsu zen*. La liebre de marzo, Barcelona.

Bourdieu P. (1996) *Cosas dichas*. Gedisa.

(1999a) Contra la destrucción de una civilización. En: *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal* pp. 38-63. Anagrama.

(1999b) La mano izquierda y la mano derecha del estado. En: *Contrafuegos. Reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal* (ed Anagrama) pp. 11-23.

- Borrel i Carrió F. (2005) Consideraciones éticas de la utilización de TC. *Atención Primaria* abril.
- Bowman G. (1996) Identifying versus identifying with "the other". Reflections on the sitting of the subject in anthropological discourse. In: *After writing culture. Epistemology and praxis in contemporary Anthropology* (eds A. James, J. Hockey, and A. Dawson) pp. 35-49. Routledge, London.
- Bracha Y., Svendsen K., & Culliton P. (2005) Patient visits to a hospital- based alternative medicine clinic from 1997 through 2002: experience from an integrated health care system. *Explore (NY)* 1(1): 13-20.
- Bracker M. (2002) Metodología de la investigación social cualitativa. En: *Métodos de investigación social cualitativa* pp. 6-121. Universidad Politécnica de Nicaragua, Managua(Nicaragua)y Kassel (Alemania).
- Brinkhaus B. & et al (2005) Integration of complementary and alternative medicine into german medical school curricula- contradictions between the opinions of decision makers and the status quo. *Research in Complementary Medicine* 12(3): 139-143.
- Bruguera i Cortada M. (2003) Medicinas alternativas, complementarias, naturales o no convencionales. *Humanitas.Humanidades médicas* 1(2): 13-20.
- Burihng M. Los tratamientos naturistas clásicos no son ninguna terapia no-convencional. European Society for classical natural medicine ..
www.unizar.es [Consulta 23-06-2005]
- Caballero Romero J. j. (1991) Etnometodología: una explicación de la construcción real de la realidad. *Reis* 56: 83-114.
- Campbell J. & Ikegami N (2003). Japan´s radical reform of Long-term care. *Social Policy and Administration* 37[1], 21-34.
- Castells M. (1998) ¿El Estado impotente? En: *La Era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol 2. El poder de la identidad* Alianza editorial.
- (1999) La unificación de Europa: globalización, identidad y estado-red. En: *La Era de la información. Economía, sociedad y cultura. Vol 3 Fin del milenio* Alianza editorial.
- Caudill W. (1976) The cultural and Interpersonal context f everyday health and illness in Japan and America. In: *Asian Medical system. A comparative study.* (ed C. Leslie) University of California Press., Los Angeles.
- Chan K. (2005) Chinese medicinal materails and their interface with western medical concepts. *Journal of Ethnopharmacology* 96: 1-18.

- Chunhuei Chi & Et al (1996) The practice of chinese medicine in Taiwan. *Social Science and Medicine* 43(9): 1329-1348.
- Clifford J. (1988) On ethnografic authority. In: *The predicament of culture. Twentieth-century ethnography, literature and art* pp. 21-54. Harvard University Press, Cambridge.
- Clifford J. & Marcus G. (1995) *Retóricas de la Antropología*. Júcar Universidad.
- Cockerham W. C. (2002) *Sociología de la Medicina*, 8º edn. Prentice Hall. Madrid.
- Cohen S. M., Rousseau M. E., & Carey B. L. (2003) Can Acupuncture Ease the symptoms of Menopause? *Holistic Nursing Practice* 17(6): 295-299.
- Cohen M. H., Hrbek A., Cavis R., Schachter S., Kemper K., Boyer E., & Eisenberg D. (2005) Emerging credentialing practices, malpractice liability policies, and guidelines governing complementary and alternative medical practices and dietary supplement recommendations: a descriptive study of 19 integrative health care centers in the United States. *Archives of internal medicine* 165(3): 289-295.
- Cohen M. H. (2006) Legal issues in complementary and integrative medicine. A guide for the clinician. *Medical Clinics of North America* 86(1): 185-197.
- Comelles J. & Martínez Hernández A. (1993) *Enfermedad, cultura y sociedad*. Eudema, Madrid.
- Comelles J. (1997) De la ayuda mutua y de la asistencia como categorías antropológicas. Una revisión conceptual. *III Jornadas Aragonesas de Educación para la Salud*. 17-9-1997.
- Conde F. (1990) Un ensayo de articulación de las perspectivas cuantitativa y cualitativa en la investigación social. *Reis* 51: 91-117.
- Cone C. A. & Pelto P. J. (1979) Organización social. En: *Guía para el estudio de la Antropología cultural* pp. 69-70. F.C.E, Madrid.
- Conte-Helm M. (1996) *The Japanese and Europe. Economic and Cultural Encounters*. Athlone, London.
- Cook H. J. (2003) Medical communication in the first global age. Willem ten Rhijne in Japan, 1674-76. Taiwan, *The First Meeting of the Asian Society for the History of Medicine*.
- Coulter I. D. & et al (2005) Interprofessional Referral Patterns in an Integrated Medical System. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics* 28(3): 170-174.
- Cousins N. (1979) *Anatomía de una enfermedad*, 1º edn. Ed Kairós.
- Crock R., Jarjoura D., Polen A., & Rutecki G. (1999) Confronting the communication gap between conventional and alternative medicine: a survey of physician's attitudes. *Alternative Therapy and Health Medicine* 5(2): 61-66.

- Daidoji K. (2003) What the sick should now -image and expression of the body in a health manual of the early nineteenth century Japan.. Taipei (Taiwan), *First meeting of the Asian Society for the History of Medicine in Asia: Symposium on the History of Medicine in Asia. Post achievements, current research and future directions.* 4-11-2003.
- Del Rincón D., Arnal J., Latorre A., & Sans A. (1995) *Técnicas de investigación en Ciencias Sociales.* Dykinson, Madrid.
- De Sousa Santos, B. (2003). *Crítica de la razón indolente. Contra el desperdicio de la experiencia.* Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Devillard M. (1998) La construcción de la salud y de la enfermedad. *Revista española de investigaciones sociológicas* 51(3): 79-89.
- Dharmananda S. (2000) Acupuncture and herbs for mind and brain disorders. <http://www.itmonline.org> .
- Dipierrri J. E. (2004) Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y ciencias sociales-Universidad de Jujuy, Argentina* 22: 241-263.
- Domingo C. (2001) Introducción a la Medicina Tradicional china y acupuntura. *ROL Enf* 24(10): 706-709.
- Donoyama N. (2004) Introduction of traditional japanese massage, ANMA, and its education for the visually impaired, the past and the present. *TCT Education of Disabilities* 3(1): 41-47.
- Duarte Gómez M. B. (2003) Medicina occidental y otras alternativas: ¿es posible su complementariedad? Reflexiones conceptuales. *Cuadernos de Saúde Pública* 19(2): 635-643.
- Dunn F. L. (1976) Traditional Asian Medicine and Cosmopolitan Medicine as Adaptive Systems. In: *Asian Medical systems. A comparative studies.* (ed C. Leslie) pp. 133-158. University of California Press, Berkeley.
- Eisenberg D. M. & col (1993) Unconventional medicine in the United States. Prevalence, cost and patterns of use. *The New England journal of medicine* 328: 246-252.
- Eisenberg DM & al (1998) Trends in alternative medicine use in United States, 1990-1997. *Journal of American Medical Association (JAMA)* 280: 1569-1575.
- Eisenberg DM & al (2001) Perceptions about Complementary Therapies relative to Conventional Therapies among adults who use both: Results from a national survey. *Annals of Internal Medicine* 135: 344-351.

- Ernst E. & White A. (2000) The BBC survey of complementary medicine use in the UK. *Complementary Therapies in Medicine* 8: 32-36.
- Ernst E. (2002) What's the point of rigorous research on complementary/alternative medicine? *J R Soc Med* 95: 211-213.
- Errasti F. (1996) *Principios de gestión sanitaria*. Madrid.
- Estefanía J. (1997) *Escenarios de la globalización. Foro de los 90*. Fund.CajaMurcia
- Fábrega H. (1974) *Disease and Social Behavior*. MIT Press, Cambridge.
- Fernández Rufete J. (2000) El afecto perdido. En: *Estudios entre la Antropología y la medicina* (ed E. y C. Perdiguero) pp. 277-304. Bellaterra, Barcelona.
- Fisher J., Crowell K., & Curtis P. (2005) Complementary alternative medicine databases. *Complementary Health Practice Review* 10(1): 57-72.
- Flaherty J. H., Takahashi R., Teoh J., Kim J.-I., Habib S., Ito M., & Matsushita S. (2001) Use of alternative therapies in older outpatients in the united States an Japan: prevalence, reporting patterns and perceived effectiveness. *Journal of Gerontology: Medical Sciences* 56A(10): 650-655.
- Flaherty J. H. & Takahashi R. (2004) The use of complementary and alternative medical therapies among older persons around the world. *Clinics in geriatric medicine* 20(2): 179-200.
- Focault M. (1974) Historia de la medicalización. En: *La vida de los hombres infames* pp. 121-152. La Piqueta, Madrid.
- Focault M. (1975) *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*, 2º ed. Siglo XXI, México.
- Forjuoh S., Rascoe T., Symm B. & Edwards J. (2003) Teaching medical students complementary and alternative medicine using evidence-based principles. *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 9(3): 429-439.
- Foster G. M. (1998) Disease etiologies in non-western Medical Systems. In: *The Art of Medical Anthropology readings* (ed Sjaak van der Gest and Adri Rienks) pp. 141-150. Het Spinhuis, Amsterdam (The Netherlands).
- Foz M. (2003) Prácticas alternativas en medicina y método científico. *Humanitas. Humanidades médicas* 1(2): 53-62.
- Frank R. & Stollberg G. (2004) Conceptualizing Hybridization on the difusion of Asian Medical knowledge to Germany. *International Sociology* 19(11): 71-88.
- Frost G. J. (2004) The Spa as a model of an optimal healing environment. *The Journal of alternative and complementary Medicine* 10(1): 85-92.

- Fugh-Berman A. (2005) Medicina alternativa. En: *Conceptos básicos en la práctica clínica* (eds Braunwald, Fauci, Kasper, Hauser, Longo, and Jameson) pp. 60-67. Mc Graw-hill Interamericana, Madrid.
- Furnham MA (1993) Attitudes to alternative medicine: a study of the perceptions of those studying orthodox medicine. *Complementary Therapies in Medicine* 1(3): 120-126.
- García -Ballester L. (1995) Improving Health. A challenge to European Medieval Galenism. In: *Coping with Sickness. Historical aspects of Health Care in a European Perspective* (eds J. Woodward and R. Jütte) European Association for the History of Medicine and Health Publications. Sheffield (UK).
- García Campillo J S. C. C. (2000) The use of alternative medicines by somatoform disorder in Spain. *Br J Gen Pract* 50(455): 487-488.
- García Canclini, N. (1999). La globalización y la interculturalidad narradas por los antropólogos. *Revista Maguaré* 14: 1-28.
- Garrido E., Morales M., Sanz P., Alfonso MT, González E. & Heierle C. (1994) Las Técnicas naturales. Para un sistema natural de salud. *Index de enf* 3(10).
- Geertz C. (1989) *El antropólogo como autor*. Paidós, Barcelona.
- Gimeno J., Tamayo P. & Juez P. (2001) El sector de la sanidad y la economía. En: *Administración y Gestión* pp. 51-81. DAE (Grupo Paradigma).
- Godement F. Models and politics for Asian social policies. (2000). Washington. *Lessons towards a new social policy agenda. ASEM (Asia-Europa Meeting)*. 22-5-2000.
- Gol-Freixa J. M. (2003) Las medicinas no convencionales en España. *Humanitas. Humanidades médicas* 1(2): 41-46.
- González Torres (2002) Tratamiento de la menopausia con acupuntura. *ROL Enf* 25(2): 88-91.
- Granero Xiberta J. (2003) Diferencias en los conceptos de salud y enfermedad en la medicina oficial y en las no convencionales. *Humanitas. Humanidades médicas* 1(2): 21-30.
- Granjel M. (2002) Médicos y cirujanos en Extremadura a finales del siglo XVIII. *DYNAMIS. Acta Hisp.Med.Sci.Hist.Illus* 22: 151-187.
- Gunji A. (1994) The vision of the health care system in Japan. *Bulletin of Institute of Public Health* 43(3)
- Hall S. (1992) The question of cultural identity. In *Modernity and its future* (ed S Hall, D Held and A McGrew) pp 274-316 : Polity Press. Cambridge

- Halpin M. (2006) Coordinating integrated services: a pilot study with participants of a coordinators course. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 12: 156-162.
- Hansen B. (1999) New images of a new medicine: visual evidence for the widespread popularity of therapeutic discoveries in America after 1885. *Bulletin of History of Medicine* 73: 629-678.
- Haro J. A. (2000) Cuidados profanos: una dimensión ambigua en los cuidados de salud. En: *Medicina y cultura .Estudios entre la Antropología y la Medicina* (ed E. y. C. J. Perdiguero) pp. 101-161. Bellaterra, Barcelona.
- Harris P & Rees R (2000) The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. *Complementary Therapies in Medicine* 8: 88-96.
- Hattori H., Salzberg S., Kiang W., Fujimiya T., Tejima Y. & Furuno. J. (1991) The patient's right to information in Japan-Legal rules and doctor's opinion. *Social Science and Medicine* 32: 1007-1016.
- Hayakawa K., Wanamaker Y., Kato K., & Onoi M. (2003) Features of the Japanese Health Care System and its impact on Nursing Practice. *Home Health Care Management & practice* 15(6): 500-504.
- Hayashi K. (1994) Women's policy in low-fertility society -its policy implications-. *Bulletin of Institute of Public Health* 43(3).
- Hedderson MM et al (2004) Sex differences in motives for use of complementary and alternative medicine among cancer patients. *Alternative Therapy and Health Medicine* 10(5): 58-64.
- Hendry J. a. M. L. (1991) Nursing in Japan. In: *Anthropology and nursing*. Routledge., London.
- Hill F. J. (2003) Complementary and alternative medicine: the next generation of health promotion? *Health Promotion International* 18(3):265-272
- Holden P. & Littlewood J. E. (1991) *Anthropology and nursing*. Routledge, London.
- Horiguchi K. & Tsutani K.(2000) A cultural perspective: conceptual similarities and differences between traditional chinese medicine and traditional japanese medicine. www.kampo&TCM [Consulta 3-11-2006.]
- Hughes E. (2001) Integrative Medicine Programs in the USA.. In *Proceedings of the Fourth International Conference of Health Behavioral Science*. 20-29. 2001. Kobe (Japan), Japan Academy for Health Behavioral Science.
- Hume E. (1949) *Doctores en Oriente.Doctores en occidente*. Luis de Caralt, Barcelona.

- Hyodo I. & al (2003) The perceptions and attitude of clinical oncologist on complementary and alternative medicine.- A nationwide survey in Japan. *Cancer* 97(11): 2861-2868.
- Hyodo I. & al (2005) Nationwide survey on complementary and alternative medicine in cancer patients in Japan. *Journal of clinical oncology* 23(12): 2645-2654.
- Ikarashi Y, Yuzurihara M., & Maruyama Y. (2001) Inhibition of gastric acid secretion by saiboku-to, an oriental herbal, in rats. *Digestive Disease and Sciences* 46(5): 997-100.
- Ikegami N. (1991) Japanese health care: low cost through regulated fees. *Health affairs*. 5: 87-109.
- (1992) The economics of health care in Japan. *Science* 258: 614-618.
- Ikegami N. & Campbell J. C. (1995) Medical care in Japan. *The New England Journal of Medicine* 333: 1295-1299.
- Illich I. (1978) *Némesis médica*. Joaquin Mortiz SA, México.
- Imanishi J., Watanabe S., Satoh M., & Ozasa K. (1999) Japanese doctors' attitudes to complementary medicine. *The Lancet* 354: 1735-1736.
- Isbell B., Coldham S., Elliot R., & Shaw S. (2003) Working towards integrated healthcare: developing complementary therapies at the University of Westminster. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 9: 114-117.
- Isbell B. (2003) Clinical training in complementary therapies for the 21st century. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 9: 83-89.
- Ito M. Whole-istic medicine: being treated the traditional chinese way. The Japan Times online. 2003. Tokyo. [Consulta 6-4-2005]
- Janska E. (2005) *Kanpo* makes a comeback: traditional japanese medicine included in medical schools' curriculum. United Nations University. Institute of Advanced Studies <http://www.ias.unu.edu/news/details.cfm> [Consulta 19-6-2006].
- Janzen J. M. (1998) The Comparative Study of Medical Systems as Changing Social Systems. In: *The Art of Medical Anthropology readings* (ed Sjaak van der Gest and Adri Rienks) pp. 151-164. Het Spinhuis, Amsterdam (The Netherlands).
- Jianping Z. (2003) Research on History of Medicine in China in the last five years. *First meeting of the Asian society for the History of medicine*. Taipei (Taiwan) 4-11-2003.
- Jung C. G. (1991) *Psicología y religión*. Paidós Ibérica, Barcelona.
- Ka Wai Fan (2004) Online Research Databases and Journals of chinese medicine. *The Journal of alternative and complementary Medicine* 10(6): 1123-1128.

- Karst M., Reinhard M., Thum P., Wiese B., Rollnik J., & Fink M. (2001) Needle acupuncture in tension -type headache: a randomized, placebo-controlled study. *Cephalalgia* 21: 637-642.
- Katz D. L. (2003) La integración de la medicina convencional y no convencional: tendiendo un puente sobre las turbulentas aguas del cuidado de la salud. *Humanitas. Humanidades médicas* 1(2): 77-86.
- Kiyoshi, I. (2005) El Shiatsu y su Difusión en el Extranjero. Escuela japonesa de shiatsu .. <http://www.shiatsudo.com>
- Kleinman A. (1974) Estructuras cognitivas de los sistemas médicos tradicionales: manejo, explicación e interpretación de la experiencia humana de la enfermedad. *Ethnomedicine* 3.
- (1978) Concepts and model for the comparison of medical systems as cultural systems. *Social Science and Medicine* 12: 85-93.
- (1981) *Patients and healers in the context of culture*. University of California press, Berkeley.
- (1995) *Writing at the margin. Discourse between Anthropology and Medicine*. University of California Press, Berkeley.
- Kodama (1984). Nursing in Japan. *Nursing outlook* 32(2), 102-106.
- Koo M. & Choi I. (2005) Becoming a holistic thinker: training effect of oriental medicine on reasoning. *Personality and Social Psychology Bulletin* 31(9): 1264-1272.
- Kovacs f. M., Fernández C., Cordero A., Muriel A., González-Luján L. & Gil del Real. M.A. and The Spanish Back Pain Research Network (2006) Non-specific low back pain in primary care in the spanish national health insurance: a prospective study on clinical outcomes and determinants of management. *BMC Health Services Research* 6(57)
- Kronenberg F., Molhot P., Lei Zeng M., & Eskinazi D. (2001) A Comprehensive Information Resource on Traditional, Complementary and Alternative Medicine: Toward an International Collaboration. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 7(6): 723-729.
- Kuriyama S. (1992) Between mind and eye: japanese anatomy in the eighteenth century. In: *Paths to Asian Medical Knowledge* (ed C. a. Y. A. : Leslie) pp. 21-43. University of California Press, Oxford (England).
- Kuriyama S. (2005) *La expresividad del cuerpo y la divergencia de la medicina griega y china*. Siruela, Madrid.
- Kushi M. & Esko E. (1996) *Salud holística con la macrobiótica. Guía completa para la curación mente-cuerpo*. EDAF, Madrid.

- Kuttner R. (2001) El papel de los gobiernos en la economía global. En: *En el límite. La vida en el capitalismo global* (eds A. Giddens and W. Hutton) Kriterion Tusquets.
- Lafferty W., Tyree P., Bellas A., Watts C., Lind B., Sherman K., Cherkin D. & Grembowski D. (2006) Insurance coverage and subsequent utilization of complementary and alternative medicine providers. *The American Journal of Managed Care* 12(7): 397-404.
- LeBreton D. (1999) *Antropología del dolor*. Seix Barral., Barcelona.
- Lee R. P. L. (1998) Comparative studies of Health Care Systems in three chinese societies. In: *The Art of Medical Anthropology Readings* (ed Sjaak van der Gest and Adri Rienks) pp. 165-183. Het Spinhuis, Amsterdam (The Netherlands).
- Lee J.-C. (2003) Modernity of hygiene in the Meiji Era, 1868-1905 -Moralizing imperial Bodies-. *First meeting of the Asian society for the History of medicine in Asia: symposium on the history of medicine in Asia. Post achievements, current research and future directions*. Taipei (Taiwan) 4-11-2003.
- Leslie C. e. (1976) *Asian medical systems: a comparative study*. . Univ of California Press. Berkeley.
- Leslie C. a. Y. A. (1992) *Paths to Asian Medical Knowledge*. University of California Press, Oxford (England).
- Lewis D. (2000) ¿Descubrir, ampliar y profundizar?: Una revisión de las contribuciones de la Antropología a las investigaciones del tercer sector. *Economía, Sociedad y Territorio* 2(8): 791-815.
- Lewith G. & Holgate S. (2000) CAM research and development. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 6:19-24.
- Lidell L. (1992) *The Book of Massage. The Complete step-by-step-Guide to Eastern and Western Techniques*. Ebury press, Toledo.
- Linde K. & Willich S. (2003) How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *J R Soc Med* 96: 17-22.
- Llobera J. R. (1998) El trabajo de campo: ¿panacea antropológica o camisa de fuerza epistemológica? En: *La identidad de la antropología* pp. 21-43. Anagrama, Madrid.
- Lock M. (1980) *East Asian Medicine in urban Japan. Comparative studies of health systems of Medical Care*. University of California Press, Berkeley
- (1992) The fragile Japanese family: Narratives about individualism and the Postmodern State. In: *Paths to Asian Medical Knowledge*. (ed C. a. Y. A. : Leslie) pp. 98-125. University of California Press, oxford (England).

- (1993) Ideology, Female Midwife, and the Greying of Japan. *Journal of Japanese Studies* 19(1): 43-78.
- Lohr K., Eleazer K. & Mauskopf J. (1998) Health policy issues and applications for the evidence-based medicine and clinical practice guidelines. *Health Policy* 46: 1-19.
- Loizos P. & Heady P. e. (1999) Conceiving persons. Ethnographies of procreation, fertility and grow. The Athlone press, London.
- Long A. F., Mercer G., & Hughes K. (2000) Developing a tool to measure holistic practice: a missing dimension in outcomes measurement within complementary therapies. *Complementary Therapies in Medicine* 8: 26-31.
- Long A. F. & Mackay H. C. (2003) The effects of shiatsu: findings from a two-country exploratory study. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 9(4): 539-547.
- López Ruiz J. (2003) Instrumentos complementarios de los cuidados enfermeros: toma de posición. *Enfermería clínica* 13(4): 227-36.
- López Terrada M. L. (2002) Las prácticas médicas extraacadémicas en la ciudad de Valencia durante los siglos XVI y XVII. *DYNAMIS. Acta Hisp.Med.Sci.Hist.Illus* 22: 85-120.
- Loux, F., Castelain, J. & Pouchelle, M. (1989). Ethnologie et demande médicale: de l'académisme à la desobéissance. In M. Segalen (Ed.), *L'autre et le semblable. Regards sur l'ethnologie des sociétés contemporaines* (pp. 193-203). Paris: Presses du CNRS.
- Lundberg P. (1992) *El libro del shiatsu*. Integral. Barcelona.
- Lupton D. (1992) Discourse analysis: a new methodology for understanding the ideologies of health and illness. *Australian journal of public health* 16(2): 145-150.
- Mackereth P. & Carter A. (2006) Clinical leadership: Developing the role of complementary therapy coordinators. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 12: 80-82.
- Maffesoli M. (1994) La socialidad en la posmodernidad. En: *En torno a la posmodernidad* pp. 103-110. Anthropos, Barcelona.
- Mainieri R. (2005) El efecto placebo. <http://www.usma.ac.pa>. [Consulta 22-10-2005]
- Manheimer E. & Berman B. (2003) NCCAM support for the Cochrane Collaboration CAM Field. *Complementary Therapies in Medicine* 11: 268-271.
- Marcus D. M. (2003) Una crítica de los argumentos filosóficos y culturales utilizados para justificar la medicina alternativa. *Humanitas. Humanidades médicas* 1(2): 69-76.

- Marcus G. & Fisher Michael MJ (1995) Conveying other cultural experience: the person, self and emotions. In: *Anthropology as Cultural Critique. An experimental moment in the human sciences* pp. 45-76. The University of Chicago Press, Chicago.
- Marcus G. E. (1989) Imagining the whole. Ethnography's contemporary efforts to situate itself. In: *Ethnography through Thick and thin* pp. 33-56. Princeton.
- Marui E. . (2000) Where shall we die, in the hospital or at home? Past, present and future perspectives of Community Medicine in Japan. *Proceedings of the Symposium on the International Health and Medical Ethics*. Tokyo 2-12-2000.
- Maynard A. (1997) Evidence-based medicine: an incomplete method for informing treatment choices. *The Lancet* 349: 126-128.
- Mc Cafrey R., Frock T., & Garguilo H. (2003) Understanding chronic pain and the mind-body connection. *Holistic Nursing Practice* 17(6): 281-289.
- Mc Cafrey R. & Fowler N. (2003) Qigong Practice. A Pathway to Health and Healing. *Holistic Nursing Practice* 3-4.
- Menéndez E. (2000) Factores culturales: de las definiciones a los usos específicos. En: *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la medicina*. (ed E. y. C. J. Perdiguero) pp. 163-188. Bellaterra, Barcelona.
- Menéndez E. L. (1986) Modelo Médico, Salud obrera y estrategias de acción del sector salud. *Nueva Antropología* VIII(29)
- (1995) Autoatención y participación social: estrategias o instrumentos en las políticas de Atención Primaria. En: *Medicina Tradicional. 500 años después. Historia y Consecuencias Actuales* (eds C. Roersch, J. Tavares de Andrade & E. L. Menéndez) Instituto de Medicina Dominicana.
- Miyagishima K. & Nakahara T. (1994) Current topics on health care planning in Japan. *Bulletin of Institute of Public Health* 43(3)
- Moerman D. E. (1998) Heart Surgery. The anthropological implications of the placebo effect. In: *The Art of Medical Anthropology readings* (ed Sjaak van der Gest and Adri Rienks) pp. 311-318. Het Spinhuis, Amsterdam (The Netherlands).
- Molassiotis A. & al (2006) Complementary and alternative medicine use in lung cancer patients in eight European countries. *Complementary Therapies in Clinical Practice* 12: 34-39.
- Mompert M. & Durán M. (2001) Administración y Gestión. *Colección Enfermería S 21*, DAE (Grupo Paradigma).
- Moore H. L. (1996) *The future of Anthropological knowledge*. Routledge, London.

- (1997) Master narratives: Anthropology and writing. In: *A passion for difference. Essays in Anthropology and Gender* pp. 107-127. Polity Press, Oxford (United Kingdom).
- Morris B. (1995) *Estudio antropológico de la religión*. Paidós, Barcelona.
- Munakata T. (1986) Sociocultural background of the mental health system in Japan. *Culture, Medicine and Psychiatry* 10: 351-365.
- (1989a) Stress-coping and Traditional Health Care Utilization in Japan. In: *The Triumph of Practicality. Tradition and modernity in health care utilization in selected Asian countries* (ed S. Quah) pp. 75-100. Institute of Southeast Asian Studies.
- (1989b) The sociocultural significance of the diagnostic label "Neurasthenia" in Japan's mental health care system. *Culture, Medicine and Psychiatry* 13(2): 203-213.
- (2001) Integrates approaches to health: from behavioural science perspective. *Proceedings of the Fourth International Conference of Health Behavioral Science*. Kobe (Japan) 8-18. 2001
- (2003) The traditional "Image-Based" approach to healing in Japan. In: *Traditional Healing Systems: negotiating science and technology challenges. Special Issue: Medical Social Science Research Symposium Singapore* (eds S. Quah and L. J. Slikkerveer) pp. 129-142. Lead & The NUS/UL R&T Project, Singapore-Leiden.
- Murashima S., Hatono Y., Whyte N. & Asahara K. (1999) Public Health Nursing in Japan: new opportunities for health promotion. *Public Health Nursing* 16(2): 133-139.
- Nadel S.F (1974) Agrupaciones. En: *Fundamentos de Antropología Social* pp. 161-201. F.C.E, Madrid.
- Nagatani K. & Edgington D. (1998) *Japan and the west: The Perception Gap*. Ashgate, Hants (England).
- Namikoshi T. (1991) *The complete book of shiatsu therapy* 13^o edn. Japan publications, Inc, Tokyo (Japan).
- Newman-Turner R. (2001) Foundation for integrated medicine: integrated healthcare awards. *Complementary Therapies in Medicine* 9: 252-253.
- Nichter M., Lock M. (2002) From documenting medical pluralism to critical interpretations of globalized health knowledge, policies and practices. In : *New horizons in Medical Anthropology. Essays in honour of Charles Leslie*.(eds Nichter M., Lock M.) pp. 1-33 Routledge, London.
- Nishitani K. (1999) *La religión y la nada*. Siruela, Madrid.

- Oberländer C. (2000) Universal Health Insurance Coverage in Japan: *Lessons for Health Improvement and Poverty Reduction from Japan's economic and social development*. Washington. *Lessons towards a new social policy agenda. ASEM (Asia-Europa Meeting)*. 2-5-2000.
- Ohmura T., Hisamatsu S., Takizawa Y., Minowa M., Yanagawa H. & Shigematsu, I (1987) Geographical distribution of cerebro-vascular disease mortality and food intake in Japan. *Social Science and Medicine* 24(5): 401-407.
- Ohnuki-Tierney (1984) *Illness and Culture in Contemporary Japan : An Anthropological view*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Oringer N. R. (1997) La aventura de curar. En: *Antropología médica de Laín Entralgo*. Galaxia Gutenberg-Círculo de lectores, Barcelona.
- Ortiz Gómez T., Quesada Ochoa C., Valenzuela J., & Astrain M. (1995) Health professionals in Mid Eighteen Century Andalusia: socio-economic Profiles and distribution in the Kingdom of Granada. In: *Coping with Sickness. Historical aspects of Health Care in a European Perspective* (eds J. Woodward and R. Jütte) European Association for the History of Medicine and Health Publications, Sheffield (UK).
- Ota H. & al (2000) Standars for the evaluation of hospital infection control policies and procedures. *Japan Nippon Medical School*. <http://www.nms.ac.jp/jnms> [Consulta 23-03-2004]
- Otsuka Y. (1976) Chinese Traditional Medicine in Japan. In: *Asian Medical Systems: A Comparative Study*. (ed C. Leslie) Univ of California press, Berkeley.
- Pelletier K., Astin J., & Haskell W. (1999) Current trends in the integration and reimbursement of complementary and alternative medicine by managed care organizations (MCOs) and insurance providers: 1998 update cohort analysis. *American Journal Of Health Promotion* 14(2): 125-133.
- Perdiguer E. (1996a) Protomedicato y curanderismo. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus* 16: 91-108.
- (1996b) El curanderismo en la comarca de l'Alacantí: similitudes entre 1890 y 1990. En: *Creer y Curar: La Medicina Popular* (eds J. A. González Alcantud and S. Rodríguez Becerra) pp. 63-94. Diputación Provincial de Granada, Granada.
- (1997) Healing Alternatives in Alicante, Spain, in the late nineteenth and late twentieth centuries. In: *Illness and Healing alternatives in Western Europe* (eds M. Gijswijt-Hofstra, H. Marland, and H. de Waard) Routledge, London and New York.
- (2002) Con medios humanos y divinos": la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo XVIII. *DYNAMIS. Acta Hisp. Med. Sci. Hist. Illus* 22: 121-150.
- Perdiguer E. & Comelles. JM. (2000) *Medicina y cultura .Estudios entre la Antropología y la medicina*. Bellaterra., Barcelona.

- Pietroni P. (1992) Beyond the boundaries: relationship between general practise and complementary medicine. *British Medical Journal* 305: 564-566.
- Powell M. & Anesaki M. (1990) *Health Care in Japan*. Routledge., London.
- Quah S. (2001) Health and Culture. In: *The Blackwell Companion to Medical Sociology* (ed W. C. Cockerman) pp. 23-42. Blackwell, Oxford.
- Quah S. (2003) Traditional healing systems and the ethos of science. *Social Science and Medicine* 57: 1997-2012.
- Rabinow P. (1996) Representations are social facts: Modernity and Posmodernity in Anthropology. In: *Essays on the Anthropology of Reason* pp. 28-56. Princeton University Press, New Jersey.
- Rampes H., Sharples F., Maragh S., & Fisher P. (1997) Introducing complementary medicine into the medical curriculum. *J R Soc Med* 90(1): 19-22.
- Reynoso C. (2000) Progreso y decadencia de los estudios culturales. Una visión antropológica. Gedisa, Barcelona.
- Richardson J. (2002) Building CAM Databases: The challenges ahead. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine* 8(1): 7-8.
- (2006) The importance of information resources in complementary therapies. *Complementary Therapies in Nursing and Midwifery* 8(3): 125-129.
- Riska E. (2001) Health Professions and Occupations. In: *The Blackwell Companion to Medical Sociology* (ed W. C. Cockerman) pp. 145-157. Blackwell, Oxford.
- Robotham D. (1990) El poscolonialismo: el desafío de las nuevas modernidades. *Bulletin of History of Medicine* 5:3-27
- Rodwing V. G. (1993) Health insurance and health policy, American and Japanese Style: lessons of comparative experience. JEL . <http://www.nyu.edu>. [Consulta 30-12-2003]
- Roemer M. (1980) *Perspectiva Mundial de los Sistemas de Salud*. Siglo XXI, Madrid.
- Sakai S. (2003) Perspectives on the Evolution of Japanese Medicine . *Journal of Japanese Society of Medical History*. 49(4).
- Sang-II Lee and col (2002) Knowledge of, Attitudes toward, and Experience of complmentary and alternative Medicine –and Oriental Medicine- Trained Physicians in Korea. *American Journal of Public Health* 92(12).
- Sanmartín R. (2003) *Observar, escuchar, comparar, escribir. La práctica de la investigación cualitativa*. Ariel, Barcelona.

- Sanz Peiró P.(2005) Las medicinas complementarias en Atención Primaria. *Rev Dynamis* <http://www.medicina-naturista.net/>. [Consulta 03-02-2006]
- Sapir E. (1983) *El lenguaje*. Fondo de cultura económica, Madrid.
- Sarana G. (1975) *The Methodology of anthropological comparisons. An analysis of comparative methods in social and cultural anthropology*. The University of Arizona Press.
- Sato T., Takeichi M., Shirahama M., Fukui T., & Gude J. (1995) Doctor-shopping patients and users of alternative medicine among japanese primary care patients. *General Hospital Psychiatry* 17(2): 115-125.
- Sen A. (1999) El futuro del estado del bienestar. La factoria <http://www.lafactoriaweb.com> [Consulta10-2-2003]
- Seppilli T. (2000) De qué hablamos cuando hablamos de factores culturales en salud. En: *Medicina y cultura. Estudios entre la Antropología y la Medicina* (ed E. y. C. J. Perdiguero) pp. 33-44. Bellaterra, Barcelona.
- Serrano Ruiz A., Avendaño Sola C., Ruiz Antorán B., Saldaña Valderas M., & Cabrera García L. (2004) ¿Son inocuas las plantas medicinales? *Metas de Enfermería* 7(6): 29-32.
- Sierra Bravo R. (1998) *Técnicas de investigación social. Teoría y ejercicios*, 12 edn. Paraninfo, Madrid.
- Silverman D. (1998) Qualitative research: meanings or practices? *Information Systems Journal* 8(1): 3-20.
- Sinclair S. (2004) Evidence-based medicine: a new ritual in medical teaching. *British Medical Bulletin* 69: 179-196.
- Sonoda K. (1988) *Health and illness in changing japanese society*, 1º edn. Universidad de Tokyo press, Tokyo.
- Stevens F. (2001) The Convergence and Divergence of Modern Health Care Systems. In: *The Blackwell Companion to Medical Sociology* (ed W. C. Cockerman) pp. 159-179. Blackwell, Oxford.
- Stewart D., Weeks J., & Bent S. (2001) Utilization, patient satisfaction and cost implications of acupuncture, massage and naturopathic medicine offered as covered health benefits: a comparison of two delivery models. *Alternative Therapy and Health Medicine* 7(4): 66-70.
- Steyer T. F. G. & Lantz P. (2002) Medicaid reimbursement for alternative therapies. *Alternative Therapy and Health Medicine* 8(6): 84-88.
- Suárez E., Gassó D., Pascual A., & Pons M. (2002) Perfil de los usuarios de Terapias complementarias. *Metas de Enfermería* 5(44): 26-31.

- Takagi Y. (2003) The impact of financing reform: inclusive per-diem reimbursement in geriatric care. In: *Containing Health Care Cost in Japan*. (ed C. J. Ikegami N) University of Michigan Press.
- Takeichi M., Sato T., & Takefu M. (2006) Studies on the Psychosomatic Functioning of Ill-Health According to Eastern and Western Medicine. 2 Anxiety-Affinitive constitution Associated with Qi, Blood and Body Fluid-Diagnostic and Therapeutic Methods. *American Journal of Chinese Medicine* XXVII(2): 177-190.
- Tappe Martínez J. (2002) Aspectos psicológicos de la balneoterapia. *Medicina naturista* 4: 199-203.
- Tasaki K., Mascarinec G., Shumay D., Tatsumura Y.& Kakai H. (2002) Communication between physicians and cancer patients about complementary and alternative medicine: exploring patients' perspectives. *Psycho-Oncology* 11: 212-220.
- Terasawa K. (2003) Japanese oriental (kanpo) medicine up to the present and its future. *Journal of traditional medicine* 20(1): 1-6.
- Tindle HA., Davis RB., Phillips RS. & Einsenberg DM. (2005) Trends in use of complementary medicine and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Alternative Therapy and Health Medicine* 11(1): 42-49.
- Tonelli M. & Callahan T. (2001) Why alternative medicine cannot be evidence-based. *Academic Medicine* 76(12): 1213-1220.
- Trinidad,A., Carrero,V., & Soriano,R.M. (2006). *Teoría Fundamentada "Grounded Theory". La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Tsuruoka K., Tsuruoka Y. & Kajii E. (2001) Complementary medicine education in japanese medical schools: a survey. In: *Complementary Therapies in medicine* pp. 28-33. Harcourt.
- Turner V. (1985) Experience and Performance. Towards a New Processual Anthropology. In: *On the edge of the bush. Anthropology as experience* pp. 205-225. The University of Arizona Press, Tucson.
- Varga O., Márton S.& Molnar P. (2006) Status of Complementary and Alternative Medicine in European Medical Schools. *Research in Complementary Medicine* 13(1): 41-45.
- Verhoef M., Casebeer A. & Hilsden R. (2002) Assessing efficacy of complementary medicine: adding qualitative research methods to the "Gold Standard". *Journal of Alternative and Complementary Medicine* 8(3): 275-281.
- Vickers A. J. & col.(2004) Acupuncture for chronic headache in primary care: large, pragmatic, randomised trial. [http:// www.bmjournals.com](http://www.bmjournals.com). [Consulta 8-7-2006]

- Weil A. (2000) The significance of Integrative Medicine for the future of Medical education. *The American Journal of Medicine* 1108(5): 441-443.
- Wetzel M., Kaptchuk T., Haramati A. & Eisenberg D. M. (2003) Complementary and alternative medical therapies: implications for medical education. *Annals of Internal Medicine* 138: 191-196.
- Wilkinson E. (1991) *Japan versus the west. Image and reality*, revised ed. Penguin books.
- Wong Kiew Kit (2003) *El gran libro de la medicina china*. Urano, Barcelona.
- Woodall B. & Yoshikawa (2003) A. Japan's failure in Pharmaceuticals: why is the world saying "no" to japanese drugs?
<http://www.ciber.gatech.edu/workingpaper/1997/woodall.html> . [Consulta 30-12-2004].
- Wynder E., Yasuyuki Fujita, Randall E.Harris, & Takeshi Hirayama and Tomohiko Hiyama (1991) Comparative epidemiology of cancer between the USA and Japan. *Cancer* 67: 746-763.
- Wyngaarden J. (1985) *Medicine as a science. Cecil textbook of medicine*. WB Saunders Company., Philadelphia.
- Yamashita H., Tsukayama H. & Sugishita C. (2002) Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. *Complementary Therapies in Medicine* 10: 84-93.
- Yamauchi T. (1999) Health Care System in Japan. *Nursing and Health Sciences* 1: 45-48.
- Yanagida K. (2001) Warm Care for humanity from a holistic viewpoint. *Proceedings of the Fourth International Conference of Health Behavioral Science. "Integrated Approaches to health"* 2-08-2001 Kobe, Japan.
- Yoshikura H.& col (2002) A questionnaire investigation regarding the neglect of hand washing, assessed by nurses in hospitals in Japan. *Japanese Journal of Infections Disease* 55: 217-219

TESIS DOCTORALES

- Berdonces,J.L. *Aguas minerales pirenaicas*. (1992). Facultad de Medicina. Universidad Complutense. Madrid.
- Mahlich,J.C. *Innovation in the Japanese pharmaceutical industry*.(2002). Universidad de Viena (Austria)

Pardo Jávega,E. *Medicinas alternativas en Catalunya. Desarrollo y articulación de los modelos médicos subalternos*. 1996. Universidad Rovira i Virgili. Facultad de Letras. Departamento de Antropología Social y Filosofía. Tarragona (1996)

Pomarón,C. *Modificación de parámetros vegetativos elementales mediante estímulo nuroreflejo acupuntural*. Facultad de Medicina .Universidad Pablo de Olavide. Sevilla (2000)

Rodao,F. *Relaciones Hispano-japonesas, 1937-1945*. Facultad de Geografía e Historia. Universidad Complutense. Madrid (1993)

Trukhin Mikhail. *Peculiarities of Demographic Development in population of Japan*. (2002) Moscow State University, Moscú <http://www.stelzers-inter.net/eajs/cgi-bin/view.asp?>

DECRETOS Y DIRECTRICES

Directrices sobre capacitación básica y seguridad en acupuntura. 2002. Organización Mundial de la Salud.

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-05. 1-63. 2002.

Guía general para la Metodología de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional (2000) Organización Mundial de la Salud

Real decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. 2003.

Declaración del 2º congreso internacional médico de acupuntura de Barcelona dirigido a los responsables políticos y sanitarios de los gobiernos de la unión europea. 2005. Colegio de médicos de Barcelona. 5-6-2005.

Decreto de regulación de las medicinas naturales. 2006. Conselleria de salud y bienestar social.Generalitat de Catalunya

Resolución 870/V del Parlament de Catalunya, sobre la creación de un comité de expertos para que haga un análisis sobre las medicinas no convencionales. 384. 29-3-1999. Boletín oficial del Parlamento de Catalunya.

Proyecto: "Propuesta para la regulación de las Medicinas Naturales". 2004. Conselleria de Salut i Bienestar Social.Generalitat de Catalunya.

Real Decreto 360/2003 de 28 de marzo por el que se establece el título universitario oficial de licenciado en estudios de Asia oriental... Ministerio de Educación y Ciencia

ÍNDICE DE TABLAS, GRAFICOS, FIGURAS Y FOTOS

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Terapias y técnicas terapéuticas comúnmente utilizadas en las MT/MCA (OMS)	34
Tabla 2: Diagnóstico y tratamiento: biomedicina y medicina oriental	64
Tabla 3: Relaciones complementarias y alternativas entre el modelo médico naturista y el Modelo Médico Hegemónico	68
Tabla 4: Ejemplos de países con un enfoque integrador para la MT/MCA (OMS)	71
Tabla 5: Temas y sub-temas para la integración de modelos de salud	72
Tabla 6: Grados de Hibridación Médica	79
Tabla 7: Datos generales de la muestra sanadores	96
Tabla 8: Datos generales de la muestra usuarios	99
Tabla 9: Datos generales de la muestra sanadores-Japón	102
Tabla 10: Datos generales de la muestra Usuarios-Japón	103
Tabla 11: Correlación de 4 aspectos del Método Comparativo	121
Tabla 12: Enfermedades tratadas con acupuntura según la OMS	173
Tabla 13: Capacitación básica en acupuntura	202
Tabla 14: Número de sanadores de Terapias tradicionales en Japón en 1970	267
Tabla 15: Expectativa de vida en Japón	270
Tabla 16: Razones para el uso de medicina no convencional entre los japoneses	284
Tabla 17: Número de profesionales sanitarios y ratios por 100.00 habitantes en Japón (1970-2000)	308
Tabla 18: Oferta de Medi compl. en las Facultades de Medicina en Japón.	325
Tabla 19: Temas y sub-temas para la integración de modelos de salud	359
Tabla 20: Propuesta metodológica de Lewith	360
Tabla 21: Modelo de jerarquización de Katz	362

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Edad entrevistados	104
Gráfico 2: Sexo entrevistados	104
Gráfico 3: Residencia entrevistados	105
Gráfico 4: Nacionalidad entrevistados	105
Gráfico 5: Formación entrevistados	106
Gráfico 6: Formación usuarios	106
Gráfico 7: Acuden a centro integrado	107
Gráfico 8: Relación esperanza de vida-gasto sanitario per cápita	235
Gráfico 9: Desarrollo de las Publicaciones sobre medicina <i>kanpo</i>	266
Gráfico 10: Tendencia de Fallecimientos en Japón según el lugar	278
Gráfico 11: Niveles de Formación para Acupuntura y Masaje	322
Gráfico 13: Importación y exportación de fármacos en Japón (en billones de yenes)	375

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: El sistema de atención a la salud en las sociedades actuales	21
Figura 2: Modelo de Igun. Etapas de búsqueda de salud	29
Figura 3: Modelo Comportamental de Andersen en el proceso de búsqueda de salud	30
Figura 4: Modelo de creencias de salud. Becker y Maiman	30
Figura 5: Hua Shou del <i>Shishingjing Fahui</i> (1341)	40
Figura 6: Vesalio, <i>Fábrica</i> (1543)	40
Figura 7: El yin y el yang en la naturaleza	45
Figura 8: Meridianos del cuerpo	46
Figura 9: Los cinco procesos elementales	48
Figura 10: La relación entre las emociones según la medicina oriental	49
Figura 11: Diagnóstico por el <i>hara</i>	50
Figura 12: Acupuntura en cabeza y oreja	57
Figura 13: Representación del kanji “Tsubo”	61
Figura 14. Modelo de Janzen	87
Figuras 15 y 16: Lugares visitados durante la realización del trabajo de campo	116
Figura 17: Relaciones illness-disease	149

Figura 18: Regulación de las Terapias Naturales en Cataluña	195
Figura 19: Determinados síntomas de la palpación abdominal ilustrados por Momoi Antei, discípulo de Yoshimasu Todo (1702-1773)	262
Figura 20: Esquema de la cobertura del Sistema Nacional de Salud japonés .	271
Figura 21: Chiste de El Roto	364

ÍNDICE DE FOTOS

Foto 1: Fitoterapia	54
Foto 2: Recibiendo shiatsu del maestro Kinoshita (SJ-07) en Tokyo	112
Foto3. Prof. Dr. Munakata	113
Foto 4. School of Comprehensive Human Sciences. Universidad de Tsukuba	114
Foto 5: La depresión eleva el riesgo de patología cardiovascular y muerte	140
Foto 6: Campaña del Colegio de fisioterapeutas sobre el intrusismo	205
Foto 7: Publicidad de la Unidad de Medicina Natural. Hospital de Mataró	220
Foto 8: Aplicación de Shiatsu en un balneario/spa	227
Foto 9: El maestro Namikoshi practicando shiatsu-bebé con mi hijo en el año 1993	297
Foto 10: Exhibición de shiatsu en un parque de Tokio	
Foto 11: Escuela Namikoshi (Tokio)	312
Foto 12 y 13. Terapeutas de Masaje invidentes	314
Foto 14. Dr. Ishino,(SJ-06). Director del Instituto Kitasato de Medicina integrativa. Centro colaborador de la OMS	318
Foto 15. Publicidad de Clínica de medicina holística.	319
Foto 16. Prof Donoyama.(SJ-02). Discapacitada visual. Centro y Escuela de Medicina Integrativa. Universidad Tsukuba	323
Foto 17: La autora en el Centro y Escuela de Medicina Integrativa. Universidad Tsukuba	323
Foto 18. Clase de medicina holística. Clínica Obitsu (Japón)	333
Foto 19: Shiatsu en centros no sanitarios	334

ANEXOS

1. Revistas, Asociaciones y Páginas web de interés
2. Guión entrevistas
3. Admisión en la Universidad de Tsukuba (Japón)
4. Datos y ejemplo de transcripción y codificación del programa informático de investigación cualitativa Maxqda2

ANEXO 1:
Revistas, Asociaciones y
Páginas web de interés

Asociaciones y organismos sobre Terapias Complementarias

- ADEATA (Asociación de Diplomados en enfermería, acupuntores y Terapias alternativas)
- AUTAC (Asociación universitaria de Terapias alternativas y complementarias)
- Escuela japonesa de shiatsu (Escuela Namikoshi)
- www.shiatsudo.com
- Internacional shiatsu Association (ISA)
- <http://www.shiatsudo.com/international.htm>
- <http://www.shiatsu.ac.jp>
- Asociación de profesionales de shiatsu en España (APSE). Rama de la Federación Europea de shiatsu (FES)
- <http://www.shiatsu-es.com>
- Shiatsu Centre (Escuela inglesa derivada del estilo Matsunaga)
- www.shiatsucentre.net
- Consejo Superior de Medicinas Naturales
- <http://medicos-naturistas.org>
- Federación española de Profesionales en Naturopatía.
- <http://www.fenaco.net>
- Federación española de Terapias Naturales y No Convencionales
- <http://www.cofenat.es>
- Mesa de Unidad de Asociaciones de Terapias Naturales
- <http://www.mesadeunidad.com>
- Nacional Center for Complementary and Alternative Medicine (USA)
- <http://nccam.nih.gov>
- European Society For Classical Natural Medicine
- <http://unizar.es/med-naturista>
- Sociedad Española de Fitoterapia (SEFIT)
- <http://www.fitoterapia.net/sefit/sefit.htm>
- Federación Mundial de Acupuntura-Sociedades de Moxibustión
- <http://www.int/ina-ngo/ngo/ngo194.htm>
- SAME Sociedad de Acupuntores médicos españoles
- <http://www.same-acupuntura.org>

-
- Federación internacional de médicos acupuntores (Internacional Council of medical acupuntura and related techniques)
 - <http://www.icmart.org>
 - Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare
<http://www.mhlw.go.jp/english/>
 - SEEHNA (sociedad española de enfermería holística y naturista)

Estudios sobre Japón

- The Asiatic Society of Japan (cultura japonesa en general)
- <http://www.asjapan.org>
- Asociación europea de estudios japoneses (European Association of japanese studies)
- <http://www.eajs.org>

Revistas de Antropología y Sociología de la Medicina. Idiomas: español e inglés

- Anthropology and Medicine
- American Journal of Public Health
- Culture, Medicine and Psychiatry
- Culture, Medicine and Society
- Gazeta de Antropología
- Health Affairs
- International Journal Of Japanese Sociology
- Japanese journal of Health Behavioral Science
- Journal of Health and Social Behavior. En la Pg web de The American Sociological Association
- <http://www.asanet.org>
- Medical Anthropology:
<http://medanth.org>
- Social Science and Medicine
- Sociology of Health and Illness
- Sociology of Medicine

Revistas De Divulgación y Científicas sobre Terapias Complementarias (En Papel Y On-Line). Idiomas: español e inglés

- Rerum Natura
www.rerum-natura.com
- Medicina Naturista
- Integral
- Cuerpo-mente
- Calm Spirit Magazine on line
<http://www.calmspirit.com>
- Rev dynamis
www.medicina-naturista.net
- Revista Natural
www.revistanatural.com
- Complementary Therapies In Medicine
- Focus on Alternative and Complementary Therapies. Publicado por *The Department of Complementary Medicine. University of Exeter, UK*
<http://www.ex.ac.uk/FACT/>
- Phitomedicine
- Plum Flower Press (especializado en Medicina oriental interna)
<http://www.plumflower.com/>
- Journal of shiatsu and oriental body Therapy (JSOBT). Afiliado a “*The school for experiential education*”
<http://www.seed.org/jsobt.html>
- World Health Organization Publications: Traditional Medicine. Catálogo de la Organización Mundial de la Salud que incluye monografías y artículos de investigación
<http://www.who.int/dsa/cat98/trad8.htm>
- Medicina holística. Revista de la Asociación Medicinas Complementarias. Está muy comprometida con la causa. Tiene editoriales y secciones fijas como “Medicina medioambiental”, en la que habla de ecologismo, está en contra de la energía nuclear (nº64 y 69); se posiciona en contra de la guerra de Irak (nº69), habla de engaños de la globalización , de la “contraconferencia del SIDA”,

promueve coaliciones para la abolición del uranio empobrecido (nº64). Incluso promueven y solicitan fondos para la liberación del prof. Dr. Yuri Bandazhevsky, denunciante de la contaminación radiactiva de Chernobyl

<http://www.amcmh.org>

- Home Health Care Management & practice

Revistas de medicina oriental

- The Journal of Chinese Medicine (inglés)

<http://www.jcm.co.uk>

- Medicina Tradicional China (español)

www.mtc.es/revista/html

- American Journal Of Chinese Medicine (AJCM) (inglés)

www.worldscinet.com/ajcm/ajcm.shtml

- American Journal Of Traditional Chinese Medicine (inglés)

Wwwustcma.org/AJTCM/ctnt3-1.html

- Qi-The journal of Traditional Eastern Health & Fitness

www.qi-journal.com

- European Journal of Oriental Medicine (EJOM). Publicado por la British Acupuncture Council. Artículos sobre práctica clínica y sobre educación, política y Antropología médica.

[http:// www.ejom.co.uk/](http://www.ejom.co.uk/)

- Journal of shiatsu and oriental body therapy (JSOBT). Creada por Bill Palmer en 1994 (Inglaterra)

<http://www.seed.org/jsobt.html>

- Revista Nipponia

<http://jin.jcic.or.jp/nipponia>

- Kanpo Today. Artículos sobre la medicina tradicional de hierbas. Publicado por Tsumura Co. En Nueva York

<http://www.tsumura.co.jp/english/kampo/today/index.htm>

- Chinese journal of integrated tradicional and western medicine (Chinese Association of the Integration of Tradicional and Western Medicine. China Academy of traditional Chinese Medicine (USA))

<http://www.relaxingnaturalhealth.com/journal.html>

- The American journal of chinese medicine. Publicado por el Institute for Advance Research in Asian Science and Medicine (IARASM). New York

<http://www.ajcm.org>

- TCM journal (inglés)

www.the_tcm_journal.tripod.com

- Chinese Medical journal (CMJ) (inglés)

www.cmj.org/index.asp

- Chinese Medical Sciences Journal (inglés)

www.tandf.co.uk/journals

- Internet Journal of the Institute for Traditional Medicine (inglés)

www.itmonline.org/journal

- Oriental Medicine (inglés)

www.pacificcollege.edu/publications/index.html

- Asian Medicine: Tradition and Modernity (inglés)

www.brill.nl/m_catalogue-sub6-id22461.htm

- Journal of the Japan society of Oriental Medicine (japonés)

www.jsom.or.jp/html/magazine.htm

- Chinese Herbal Pharmacy Newsletter (inglés)

www.nesa.edu/pharmacy.html

Revistas de acupuntura

- Acupuncture in Medicine .Revista de la British Medical Acupuncture Society

<http://medical-acupuncture.co.uk/aimintro.htm>

- Acupuncture and electro-therapeutic research

- World Journal of Acupuncture-Moxibustión .Publicación de la Federación de sociedades de Acupuntura y Moxibustión(WFAS)

<http://www.medboo.com/eng/wjam>

- Chinese Acupuntura and Moxibustion (inglés)

www.cintcm.com/magazine/Acupuntura/index.htm

- Medical Acupuncture: A Journal for Physicians by Physicians (inglés)

www.medicalacupuncture.org/aama_marf/journal/index.html

- Acupuncture Today (inglés)
www.acupuncturetoday.com
- American Journal of Acupuncture (inglés)
<http://acupuncturejournal.com/index.shtml>
- Acupuncture in Medicine (inglés)
www.medical-acupuncture.co.uk/ainmintro.htm
- Acupuncture & Electro-Therapeutics Research (inglés)
www.cognizantcommunication.com
- The web Journal of Acupuncture (inglés)
<http://users.med.auth.gr/~karanik/english/wenjour.htm>
- Clinical Acupuncture & Oriental Medicine (inglés)
www.harcourt-international.com/journals/caom
- Internacional Journal of Clinical Acupuncture (inglés)
www.allertonpress.com/journals/acup.htm
- Journal of the Japan Society of Acupuncture and Moxibustion (japonés e inglés)
www.jsam.jp/english/index_03.htm

Bases de datos online sobre medicina oriental (no solo japonesa)

(Ka Wai Fan, 2004)

- PubMed (Nacional Library of Medicine)(inglés)
www.ncbi.nlm.nih.gov/PubMed
- PerioPath: index to Chinese Periodical Literature (chino e inglés)
www2.read.com.tw/cgi.ncl3/m_ncl3
- Traditional Chinese Medicine online (chino e inglés)
www.cintcm.com/e-cintcm/index.htm
- China Traditional Chinese Medicine Patent Database (chino e inglés)
www.sipo.gov.cn/sipo_English/xxcp_e/ctpd/t2003030412199.htm
- Gateway Service Center of Chinese Academic Journal Publications (inglés)
www.library.pitt.edu/gateway

ANEXO 2:
Guión entrevistas

GUIÓN ENTREVISTAS A SANADORES	Nº
--------------------------------------	-----------

1. Perfil sociodemográfico: edad, sexo

2. Formación académica (perfil formativo) y dónde la realizó
 - a) Médicos licenciados con titulación oficial complementaria
 - b) Médicos licenciados sin titulación oficial complementaria
 - c) Otros profesionales no médicos (enfermeros, farmacéuticos, fisioterapeutas..)con alguna titulación oficial complementaria
 - d) no sanitarios con titulación oficial
 - e) Sin ninguna titulación oficial .

3. Formación continuada: la realiza a través de: Congresos y Jornadas, Cursos, otros centros, actualización bibliográfica, estudios en el extranjero...?

4. Naturaleza de su interés por esta terapia (¿cómo se interesó, por qué...?)

10. Tipo de pacientes que más acude, en cuanto a edad, sexo, nivel socioeconómico, profesión, tipo de dolencia

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| a) Dolor espalda | g) Mareos |
| b) Alteraciones digestivas | h) Hipertensión arterial |
| c) Dolores articulares | i) Cáncer |
| d) Cefaleas | j) Ansiedad |
| e) Diabetes | k) Depresión |
| f) Alergias | |
| l) Otros----- | |

11. Opinión sobre la medicina integradora: formas de integración, estrategias de articulación...

12. En los centros con algún tipo de integración , ¿ha habido conflictos?

13. Percepción acerca de la evolución y futuro de la medicina integr

GUÓN ENTREVISTAS A USUARIOS	N^a
------------------------------------	----------------------

- 2) Factores sociodemográficos:
edad, sexo, nivel de estudios, tipo de trabajo
- 3) Patrones de uso
- a) Proceso de búsqueda de salud (¿cómo ha llegado hasta aquí?¿por qué?)
- b) Interacción con la medicina oficial (¿ha informado a su médico habitual de que viene a otro tratamiento?). (En los centros integrados no, puesto que es el propio médico el que lo determina). Si le ha informado, ¿cuál fue su respuesta?
- c) Simultaneidad de tratamientos (¿está utilizando varios tratamientos simultáneamente?¿cuáles?¿por qué?)
- d) Alternancia por conveniencia (¿en otras ocasiones ha utilizado otras formas de sanar que no sean acupuntura/shiatsu?¿por qué? Razones: aún no lo conocía, eficacia...)
- 4) Enfermedades/síntomas más habituales
- | | |
|----------------------------|--------------|
| a) Dolor espalda | i) Cáncer |
| b) Alteraciones digestivas | j) Ansiedad |
| c) Dolores articulares | k) Depresión |
| d) Cefaleas | |
| e) Diabetes | Otros----- |
| f) Alergias | |
| g) Mareos | |
| h) Hipertensión arterial | |

- 5) Definición de terminología (por ejemplo, el término masaje o terapia de relajación puede significar cosas diferentes para varias personas, o el término “profesional” o “terapias complementarias”)

- 6) Opinión sobre el sanador/relación con él

- 7) Percepción de la eficacia

- 8) Costo (¿quién lo costea? ¿en los centros integrados corre a cargo del Sistema Nacional de Salud? ¿resulta muy caro?)

- 9) Opinión sobre la integración en la medicina oficial: ¿cree que se debería utilizar simultáneamente?

ANEXO 3:
Admisión en la Universidad de Tsukuba (Japón)



November 11, 2005

Director Paloma Echevarria
Director of School of Nursing
San Antonio Catholic University
Murcia, Spain

Dear Director Paloma Echevarria

I am pleased to invite you as a Visiting Foreign Research Fellow to the School of Comprehensive Human Care Sciences, University of Tsukuba, Tsukuba City, Japan, to enable you conduct your research on "Integrated Medicine: Articulation and coexistence between Western and Oriental Health Care System in Spain and Japan."

The tenure of the visit is from July 1 to August 15, 2006 (one and a half months). During these periods you will be allowed to use the Research Facilities at the university. There is an affordable guest house on campus for visiting researchers at a fee. However, the University of Tsukuba is not responsible for your traveling and living expenses during the period.

Looking forward to seeing you soon.

Yours sincerely

A handwritten signature in black ink. The signature is written in a cursive style, with the English name 'Tsunetsugu Munakata' on the left and the Japanese name '泉澤恒次' on the right.

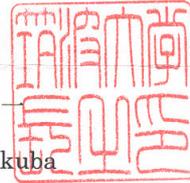
Tsunetsugu Munakata, Dr HSc
Professor

Graduate School of Comprehensive Human Sciences
University of Tsukuba, Tennoudai 1-1-1, Tsukuba
Advanced Research Bldg D
Japan 305-8577
Tel/Fax 81-298-53-3971
Email: munakata@taiiku.tsukuba.ac.jp

体芸第 36 号
平成18年 2月 16 日

PALOMA ECHEVARRIA PEREZ 殿

筑波大学長
岩崎 洋
President
University of Tsukuba



外国人研究者受入許可書
Acceptance Letter for Visiting Foreign Research Fellow

貴殿を本学外国人研究者として、下記のとおり受入れることを許可します。
I hereby certify that you have been accepted as a Visiting Foreign Research Fellow
of our University as follows.

記

1. 研究又は研修課題 (Research Subject)

統合的医療に向けてスペインと日本における東洋と西洋の医療モデルの
相互関連と共存度

2. 研究期間 (Period of Research)

(from) 平成18年7月1日～ (to) 平成18年8月15日

3. 所 属 (Hosting Department) 人間総合科学研究科

4. 受入教員 (Hosting Professor) 人間総合科学研究科 教授 宗像 恒次

ANEXO 4:
Datos y ejemplo de transcripción y codificación del programa
informático de investigación cualitativa Maxqda2

Información sobre el proyecto:

Grupos de texto: 5

Textos: 54

Variables: 7

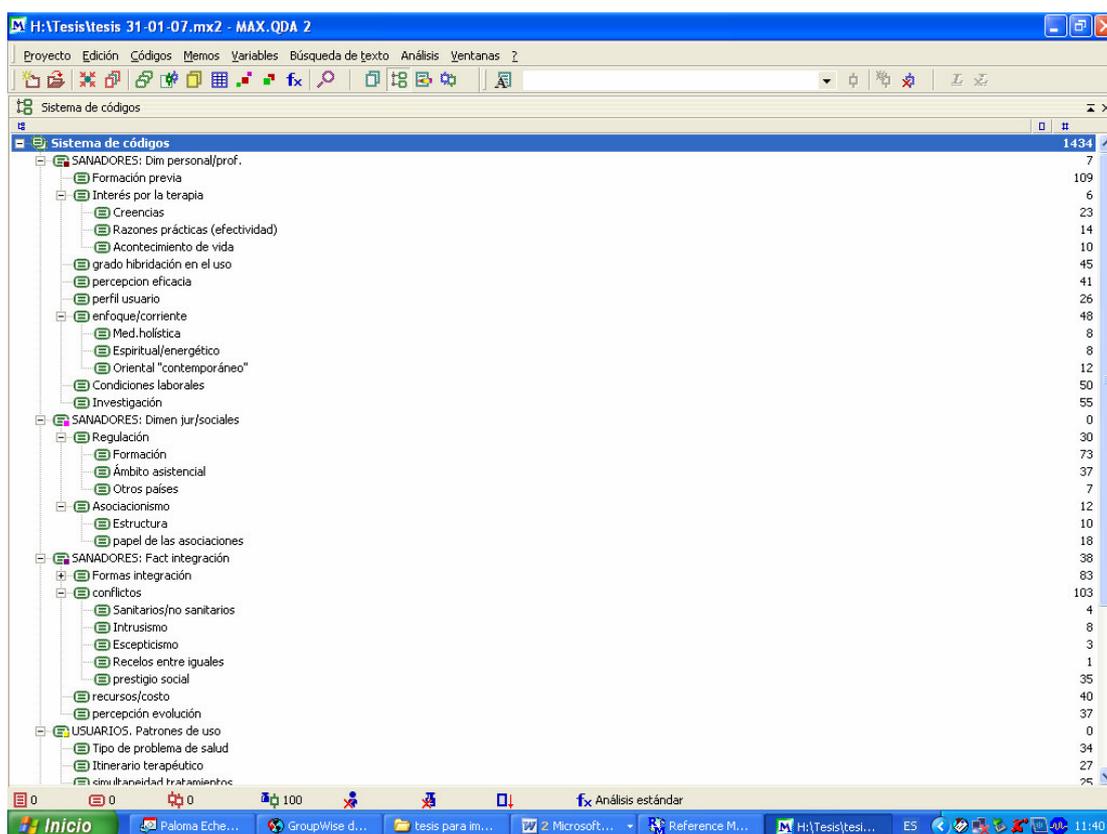
Códigos: 50

Segmentos codificados: 1434

Memos: 123

Número de estrategias de búsqueda de segmentos para su recuperación: 42

Ejemplos de pantallas con el programa informático de análisis cualitativo Maxqda2



Sistema de códigos

Visualizador de texto: sanadores Japón\SJ-1-Sappers

TRanscripción SJ-1-Sappers

- 1
- 2 P: Edad?
- 3 S: mi edad?(riendo) tengo 56
- 4 P: es para ver si hay alguna relación entre la edad y la mentalidad. Si hay más personas jóvenes o no
- 5 S: ¿quieres decir si tienen más experiencia?
- 6 P: no, si la gente joven es más abierta o no
- 7 S: Ya.....eeee (pensativo). Creo.... es una pregunta difícil porque muchos jóvenes no tienen problemas. Cuando tienes un problema médico tu punto de vista comienza a cambiar: ¿puede ayudarme la medicina occidental? Si la medicina occidental no puede, entonces algunas veces empiezas a buscar soluciones alternativas. Por eso la gente joven a veces no tiene experiencia. Cuando descubren la medicina alternativa, descubren que es una medicina en esencia. Es una pregunta difícil, pero poca gente sabe lo que es la medicina alternativa en general. ¿Es lo mismo en España?
- 8 La medicina occidental está en los grandes lugares, mientras que la medicina occidental está en los lugares pequeños
- 9 P: ¿incluso en Japón? Esto ocurre en Europa, pero yo pensaba que en Japón sería diferente.
- 10 S: La medicina occidental es todavía muy fuerte. No es como en Hong-Kong. Allí el paciente primero va a la medicina oriental, porque primero se utilizan las hierbas chinas, y si en dos o tres meses no funciona, entonces pasan a la medicina oriental. También en Singapur, que primero van a la medicina oriental. En Japón la medicina oriental es popular en algunos sitios, pero no tanto. Mucha gente se hace acupuntura y (haciendo énfasis en la y) medicina occidental. Si vas a un médico que hace acupuntura y es médico occidental, puede verte de las dos maneras. Este estilo también es una forma de medicina alternativa
- 11 P: ¿cuál es su formación académica?
- 12 S: Medicina interna, y después me interesé en medicina oriental. Yo pensaba ¿por qué meter fármacos si el cuerpo puede curarse a si mismo?
- 13 P: ¿estudió aquí o en América?
- 14 S: estudié aquí en Japón y después estuve en San Francisco. Vi que la medicina oriental iba bien para el estómago, los músculos, la piel, cualquier cura. Una señora que viene hoy viene porque no podía caminar embarazada porque tenía un gran desequilibrio hormonal

Sistema de textos

- Grupo de textos 1434
 - Usuarios Japón 65
 - UJ-01-Susan 11
 - UJ-2-Mitsuru 24
 - UJ-03-Tomoko 18
 - UJ-04-Nishimura 12
 - sanadores Japón 214
 - SJ-1-Sappers 34
 - SJ-2-donoyama 32
 - SJ-3-Obitsu 16
 - SJ-4-Furuya 32
 - SJ-5-Kinoshita 36
 - SJ-6-Ishino 39
 - SJ-7-noyumi 25
 - sanadores 770
 - S-01-joaquin 36
 - S-02-Rita 17
 - S-03-Ling ying 34
 - S-04-Hans 36
 - S-05-Luis 35
 - S-06-Gill 39
 - S-07-Antonio 31
 - S-08-Salameh 47

Sistema de códigos

- Sistema de códigos 1434
 - SANADORES: Dim personal/prof. 7
 - Formación previa 109
 - Interés por la terapia 6
 - Creencias 23
 - Razones prácticas (efectividad) 14
 - Acontecimiento de vida 10
 - grado hibridación en el uso 45
 - percepción eficacia 41
 - perfil usuario 26
 - enfoque/corriente 48
 - Med.holistica 8
 - Espiritual/energético 8
 - Oriental "contemporáneo" 12
 - Condiciones laborales 50

Inicio

Ejemplo de transcripción y codificación de textos

Visualizador de texto: SANADORES: Dimen jur/sociales\Asociacionismo

Segmentos recuperados

- 100 J: sí, estoy en el PEFOTS, que es una europea, que está en internet. Si no estamos asociados estamos perdidos. En esta estamos todos los derivados de la escuela de MTC, porque nos hacen descuentos en cursos... cualquier cosa nueva que sale nos lo mandan, y es importante. Nos mantienen al día.
- 100 P: ¿piensas que se mueven lo suficiente para el reconocimiento y eso?
- 100 J: sí, ahora en la revista lo puedes leer, que hay un avance importante en Cataluña. Llevan años, pero parece que lo están consiguiendo.
- 100 P: el presidente de esta asociación es el presidente del colegio de médicos de Tarragona
- 100 J: sí, fue el que trajo aquí la fundación. No lo conozco personalmente, pero he oído hablar mucho de él. Fue hace muchos años.
- 100 Pero las mejores personas para hablar de esto son las que te voy a dar el teléfono: es la presidenta de APSE. Tienes que hablar con Gill HALL, de Madrid. Gill trabaja en mi escuela y viene cada mes, porque se está incorporando en la enseñanza aquí. Es un apersona muy importante para hablar, porque sabe el desarrollo de Lundberg en España, el trabajo de bioki, ella sabe mucho más que yo en este tema, y es muy amiga de Lundberg. Va venir próximamente.
- 100 R: licenciada en maestra de secundaria, he estudiado en alemania para ser profesora, luego en Inglaterra he hecho un bachelor en Bellas Artes, y mis títulos de shiatsu terapeuta y profesora reconocido por la Shiatsu society en Inglaterra y aquí en España, y a nivel europeo porque ya tenemos federación europea.
- 100 P: ya he visto que hay una federación europea, ahora te iba a preguntar por ella
- 100 R: la persona a la que tienes que preguntar todo eso es Gill.
- 100 P: el centro de Valencia de MTC tu sabes si es bueno?
- 100 L: hay uno, ¿no? Una escuela. No conozco, pero una vez me llamaron por teléfono. A veces llaman para una reunión de Barcelona, de Madrid, pero no tengo tiempo, no he ido, para ver cómo está la acupuntura en España, y cosas así

Sistema de textos

- UJ-2-Mitsuru 24
- UJ-03-Tomoko 18
- UJ-04-Nishimura 12
- sanadores Japón 214
 - SJ-1-Sappers 34
 - SJ-2-donoyama 32
 - SJ-3-Obitsu 16
 - SJ-4-Furuya 32
 - SJ-5-Kinoshita 36
 - SJ-6-Ishino 39
 - SJ-7-noyumi 25
- sanadores 770
 - S-01-joaquin 36
 - S-02-Rita 17
 - S-03-Ling ying 34
 - S-04-Hans 36
 - S-05-Luis 35
 - S-06-Gill 39
 - S-07-Antonio 31
 - S-08-Salameh 47

Sistema de códigos

- Oriental "contemporáneo" 12
 - Condiciones laborales 50
 - Investigación 55
 - SANADORES: Dimen jur/sociales 0
 - Regulación 30
 - Formación 73
 - Ámbito asistencial 7
 - Otros países 7
 - Asociacionismo 12
 - Estructura 10
 - papel de las asociaciones 18
 - SANADORES: Fact integración 38
 - Formas integración 83
 - conflictos 103
 - Sanitarios/no sanitarios 4

Inicio

Ejemplo de recuperación de segmentos de texto de un grupo y códigos determinados

The screenshot shows a Microsoft Memo application window titled "Memo" with the following content:

sanadores Japon[S3-2-donoyama] 23/07/2006

Título de memo: S3-2-1

Códigos: SANADORES: Dimen jur/sociales(Regulación/Formación)
SANADORES: Fact integración/Formas integración

Autor: Paloma Echevarria

Tipo de memo: [Icons for memo types]

Times New Roman 10 F K U [Color selection] [Link icon]

La entrevista se desarrolló con graves problemas de comunicación. fue sin intérprete ya que se suponía que ella hablaba inglés. Nos entendimos en "japenglish", pero me costó mucho que entendiera las preguntas. Al principio empezamos muy mal al preguntarle la edad, porque no entendía para qué lo necesitaba. Luego parece que a medida que avanzábamos en las preguntas en las que ella se encontraba más segura, mejoró.

Fue muy amable al final, y me proporcionó los planes de estudio de la universidad de Tsukuba y de las escuelas para ciegos (integradas en la Asociación japonesa de profesores de acupuntura y terapia de masaje). También me enseñó la clínica

Observ participante: la entrevista se realizó en la escuela universitaria de Tecnología de Tsukuba, que tiene los estudios de Acupuntura y terapia de masaje. El edificio de la escuela se encuentra situado al lado de la clínica de medicina integrada de Tsukuba (tengo foto del cartel y de la profesora). Esta clínica es de medicina occidental, y en determinados casos el médico deriva al paciente a acupuntura, no a masaje. La clínica tiene buen aspecto, limpio y ordenado, igual que la escuela. No puedo entrar a observar la realización de ninguna clase porque estamos en las vacaciones de verano y no hay.

Buttons: Imprimir, Exportar, Borrar, Cerrar

Taskbar: Inicio, Paloma Echevarria, 2 Explorador de..., Reference Manag..., 5 Microsoft Offi..., H:\Tesis\tesis 31-..., ES, 13:31

Ejemplo de memo