

Medicina integradora. Revisió del número especial “Integrated medicine: orthodox meets alternative”, *British medical journal*, 322 (7279) del 20 de Gener de 2001

Estel Ortells

(Departament d’Història de la Ciència i Documentació. Universitat de València)

Recentment el *British Medical Journal* ha publicat un número especial sobre medicina integrada o integradora (a GB: “integrated medicine”, als USA: integrative medicine”). No és monogràfic del tema, però les editorials (*Editor’s choice i Editorials*) i l’apartat sobre educació (*Education and debate*) tracten en profunditat la situació de les medicines complementàries arreu del món i la seva integració dins els sistemes públics de salut, tema actual degut a la creixent demanda d’aquestes medicines per part dels usuaris al món occidental. L’apartat *Papers*, d’articles d’investigació, publica també temes relacionats, com ara un assaig clínic amb una planta medicinal (*Agnus castus* per al tractament de la síndrome premenstrual) o un document sobre efectes secundaris hepatotòxics del Kava -un extracte de *Piper methysticum*, originari del Pacífic Sud -comercialitzat a Europa i USA com remei natural contra l’ansietat. També s’hi publiquen algunes cartes al director sobre temes relacionats, però altres apartats, com ara *News*, *Primary Care* i *Clinical Review* tracten temes diferents.

Els temes que comentarem en aquesta revisió són els de les editorials i els d’educació, que tracten bàsicament la nova perspectiva que suposa la utilització del nou terme “integrated medicine” (Rees, Weil, p.119; Reilly, p.120), la necessitat d’una educació pregraduada que incloga les medicines complementàries i alternatives (Berman, p.121; Owen et al, p.154), la importància d’una regulació legal (Mills, p. 158), la investigació en medicines complementàries (Nahin i Strauss, p.161) i l’experiència de la integració als països en desenvolupament (el model “integrador” de Xina o, més recentment, Malàsia, front al “paralel”, d’Índia, Corea del Sud o distints països africans) (Bodecker, Chaudhury, p.164)

La novetat del terme (“integrated” o “integrative” medicine) consisteix precisament en la definició de la integració com un procés en què el diagnòstic serà sòlidament ortodox (dins el paradigma de la medicina científica moderna) mentre que el tractament incorpora selectivament elements de la medicina complementària i alternativa. Resulta graciós el fet que aquest número especial es publiqui poc després d’unes declaracions del Príncep Charles de GB en què demana a la medicina científica que recupere el seu aspecte més “humanitzador” que li han arrabassat les medicines complementàries, en un context editorial en el qual les principals revistes mèdiques ja fa anys que inclouen un apartat de medicines complementàries, on es publiquen sobre tot assajos clínics amb plantes medicinals i algunes revisions (com ara l’*ABC of complementary medicine*, del mateix BMJ, de gran qualitat). Per cert, el propi Príncep Charles signa també un article a aquesta publicació, a l’apartat *Personal views*, en què torna a defensar aquesta proposta integradora, ara ja des del seu nou càrrec honorífic de president de la britànica *Foundation for Integrated Medicine*.

Enumere a continuació les referències completes dels articles revisats a mode d’índex:

Integrated medicine (Editorials)
Lesley Rees and Andrew Weil
BMJ 2001; 322: 119-120.

Enhancing human healing (Editorials)
David Reilly
BMJ 2001; 322: 120-121.

Complementary medicine and medical education (Editorials)
Brian M Berman
BMJ 2001; 322: 121-122.

Can doctors respond to patients’ increasing interest in complementary and alternative medicine? o Commentary: Special

study modules and complementary and alternative medicine. The Glasgow experience (Education and debate)
D K Owen, G Lewith, C R Stephens, and Helen Bryden
BMJ 2001; 322: 154-158.

Regulation in complementary and alternative medicine (Education and debate)
Simon Y Mills
BMJ 2001; 322: 158-160.

Research into complementary and alternative medicine: problems and potential (Education and debate)
Richard L Nahin and Stephen E Straus
BMJ 2001; 322: 161-164.

Lessons on integration from the developing world's experience o Commentary: Challenges in using traditional systems of medicine (Education and debate)
Gerard Bodeker and Ranjit Roy Chaudhury
BMJ 2001; 322: 164-167.

A l'apartat *Editorials* trobem tres articles d'opinió, el primer dels quals, signat pel director d'educació del *Royal College of Physicians* de Londres i el director del programa de medicina integrada de la Universitat d'Arizona, Tucson, (Rees et Weil, p.119-120) cita xifres interessants: entre 1990 i 1997 als USA es varen doblar les consultes a medicines complementàries d'Atenció primària front a les de medicina convencional, fet que pràcticament triplica la despesa en aquest tipus de medicines (de \$13 a \$38 bilions per any). A Gran Bretanya el 40% de les consultes d'Atenció Primària del NHS ofereixen serveis de medicina complementària. Per altra banda, les mesures terapèutiques que l'autor identifica com un clar avantatge front a la medicina ortodoxa són les que es dediquen fonamentalment a incidir sobre l'estil de vida, com ara la pràctica d'exercici, dieta, qualitat del descans i el son i naturalesa de les relacions (la semblança amb les *sex res non naturales* de Galeno no és reconeguda per l'autor!). També identifica la manca de recursos destinats a la investigació en aquestes medicines com el principal problema a l'hora de trobar evidències del seu funcionament (sense entrar en detalls del tipus, dificultat o pertinència dels estudis). Tant en aquest tema com en el de l'ensenyament de les medicines complementàries a les universitats posa de model als USA i les seves institucions.

Un altre article signat per un metge consultor de l'Hospital Homeopàtic de Glasgow (Reilly, p 120-121) condemna la tendència de la medicina oficial a ignorar sistemàticament aspectes biopsicosocials als assajos clínics o als protocols de tractament (com ara l'efecte demostrat de la desesperança en el

pronòstic de la malaltia cardiovascular, la por com a factor desencadenant del broncoespasme) i recull els aspectes que, segons l'autor, hauria d'abraçar la medicina ortodoxa per a facilitar la curació: hipnoteràpia, psiconeuroimmunologia, major ús de l'efecte placebo, psicologia, estudis psicosocials, pràctiques espirituals i medicines complementàries (explorar de quina manera qualitats com compassió, empatia, confiança i motivació positiva poden influir com a armes terapèutiques al costat o en lloc de les teràpies convencionals). (Aquests són camps que la medicina científica estudia també, en investigacions sobre fisiopatologia de les emocions, que l'autor en cap moment revisa). Defén el terme medicina integradora, dels USA, front al britànic medicina integrada, per tal de crear un focus unitari en medicina.

El tercer article editorial sobre el tema el signa un metge de família, director del programa de medicina complementària de la Universitat de Maryland, Baltimore (Berman, p 212-222). Cita estudis que posen de manifest el creixent interès de metges i estudiants de medicina per les medicines complementàries, que al·leguen que tindrien dificultat en fer-ne un ús apropiat per la manca de coneixements. Nomena les distintes aproximacions al tema per part de les universitats: de les 125 facultats de medicina dels USA, 75 ofereixen educació sobre aquests temes, a nivell pregraduat (mòduls el·lectius, com a GB) o postgraduat (Harvard, Stanford) o per part de distintes organitzacions professionals (Societat de professors de medicina de família...). A la Universitat de Maryland, des de 1992 els estudiants reben educació preclínica en aquests temes, i atenen sessions clíniques tant en la comunitat com en la clínica universitària de medicina integrada, on s'incideix en la importància de les creences i influències culturals en el procés de la malaltia i la curació, així com en les eines per valorar la evidència de seguretat i eficàcia de teràpies complementàries i alternatives.

Els articles més interessants els trobem a l'apartat *Education and Debate*. Al primer article: "Can Doctors respond to patients increasing interest in complementary medicine? ", un metge homeòpata i director de l'Hospital Homeopàtic de Southampton (Owen p.154-157), fa una revisió sobre l'educació universitària en medicines complementàries a Gran Bretanya. Explica els continguts del mòdul del seu hospital (educació pregraduada): s'imparteix el tercer any de llicenciatura i consisteix en 8 classes de

mitja jornada, amb els objectius d'introduir els estudiants en el rerafons històric i filosòfic d'aquestes medicines, donar-los l'oportunitat d'estudiar en profunditat teràpies específiques, permetre formular opinions pròpies i discutir-les amb diferents "especialistes", discutir l'evidència del seu funcionament i valorar l'eficàcia de determinades tècniques en situacions clíniques específiques. Els vuit temes de què consta el curs són:

1. Introducció i generalitats
2. Hipnosi i herbalisme
3. Acupuntura i osteopatia
4. Homeopatia i aromateràpia
5. Visita a una consulta d'un quiropràctic, sessió clínica
6. Solució clínica de problemes utilitzant les medicines complementàries i alternatives
7. Aplicació clínica
8. Dilemes i oportunitats: valoració i revisió.

L'objectiu de la inclusió de les medicines complementàries i alternatives als curricula dels estudiants són: aconseguir un contacte des dels inicis educatius que facilitarà la integració, aconseguir una educació multidisciplinària i el fet que açò farà que siguin cada volta més metges els que practiquen aquestes medicines, tal com demanden els pacients.

Sobre l'educació universitària cita que GB té 5 hospitals i una Facultat homeopàtica. Les Societats d'Acupuntura i Homeopatia tenen respectivament al voltant de 700 i 1700 membres. També cita la demanda per part de la *British Medical Association* i del *General Medical Council* d'un control de bona pràctica per part d'aquestes societats.

El segon article, en el que una estudiant hauria d'haver contat el cas de Glasgow (Bryden, p.157) és poc informatiu. El nom del mòdul és *Human Healing* i s'imparteix a la Facultat i Hospital Homeopàtics de Glasgow, però no es descriu el seu contingut, ni ens aclareix si es tracten allà altres medicines distintes a la homeopatia.

L'article següent (Mills, p-58-160), que signa el director del Programa d'estudis de la salut (de la *Education School*, d'Exeter), ex-director del *Centre of Complementary Health Studies* i un dels informants del Comitè de la *House of Lords* encarregat d'elaborar un informe sobre la situació d'aquestes medicines (*House of Lords Select Comitee for Science and Technology*), ens el comenta: Es varen trobar 50000 "especialistes", 140 cossos professionals i 30 teràpies complementàries o alternatives, que van ser classificades en tres categories:

Grup I: Teràpies alternatives organitzades professionalment

Acupuntura
Quiropraxi
Fitoteràpia
Homeopatia
Osteopatia

Grup II: Teràpies Complementàries Tècnica d'Alexander

Aromateràpia
Extractes de Flor de Bach i altres flors
Teràpies amb treball del cos, incloent massatge
Counselling Stress Therapy
Hipnoteràpia
Meditació
Reflexologia
Shiatsu
Healing (sanació espiritual)
Medicina Aiurvèdica Maharishi
Medicina Nutricional
Ioga

Grup III: Disciplines alternatives

IIIa. Disciplines de llarga existència i sistemes tradicionals de salut

Medicina Antroposòfica
Medicina Aiurvèdica
Medicina Xina herbal
Medicina oriental (Tibb)
Naturopatia
Medicina tradicional Xina

IIIb. Altres disciplines alternatives

Cristaloteràpia
Adivinació (Dowsing)
Iridiologia
Kinesiologia
Radionica

El mateix comitè va recomanar una regulació professional més clara: cada disciplina hauria d'elaborar el seu còs regulador i després combinar-los per crear un estructura professional comú.

La majoria de les disciplines del grup I ténen ja una regulació acadèmica per iniciativa pròpia seva (com ara la *British Acupuncture Accreditation Board*) però no per pressió externa de les universitats. S'anomena l'esforç integrador d'algunes universitats que inclouen mòduls de pregrau (com ara Southampton, no cita altres exemples). Comenta el fet que hi ha professionals de les medicines complementàries que reclamen independència, però que se'ls haurà de contestar que si la volen hauran

d'estar tant qualificats com ells. Sobre els professionals de la medicina que fan servir tècniques de la medicina complementària i alternativa el comitè diu que s'hauran de sotmetre al mateix còs regulador comú, que es crearà al futur i que aglutinarà els cossos reguladors particulars (i que garantirà al pacient què se li està tractant amb el mateix estàndard a tot arreu).

Quant a la regulació legal: Hi ha dos disciplines (Homeopatia, Quiropraxi) que han passat ja de la regulació professional a la legal: han creat el *General Osteopathic Council* i el *General Homeopathic Council*, i una vegada es complete el procés d'enregistrament, serà un delictes practicar com a osteòpata o quiropràctic sense estar-hi registrat. No queda clar si serà un delictes d'intrusisme contra aquestes societats o quines conseqüències tindrà, donada la llibertat de pràctica britànica. Segons els estudis del *Centre for Complementary Health Studies*, no hi ha previsió d'integració professional a curt termini de la medicina complementària i alternativa a la comunitat mèdica. De moment si el procés ha de passar per que cada un dels professionals que practique una medicina s'ha de registrar, açò és un solució complicada i cara (hi ha qui practica més d'una), així que seria millor crear aquest hipotètic cos comú: *Council of Professions Complementary to Medicine*, que es formaria amb assessorament de cada disciplina. Ja hi ha una *Foundation of Integrated Medicine* treballant en açò: Investigació, desenvolupament, regulació- criteris d'autoregulació primer-...

A la conclusió es fa explícita la necessitat d'estimular un debat constructiu entre medicina ortodoxa i les altres, encara que no s'anomenen termes com *integrated* o *integrative medicine*.

Un altre article de l'apartat d'educació tracta el tema de la investigació en medicina complementària i alternativa (Nahin, Straus p-161-163). Als USA s'ha creat un centre encarregat d'aquest tema: El *National Center for Complementary and alternative medicine* (NCCAM). El problema de la investigació comença amb la correcta caracterització i estandarització d'allò que volem investigar: existeix una gran heterogeneïtat en els productes comercialitzats, tant en extractes de plantes (les més investigades actualment són *Hipericum perforatum*, *Serenoa repens* i *Ginkgo biloba*) com en els suplements dietètics tant amplament utilitzats (les vendes de suplements dietètics estan augmentant desmesuradament els últims anys als USA). Manquen, doncs, estudis preclínics, de farmacocinètica i de fases I i

II abans que aquests productes puguin ser inclosos en assajos clínics. En les revisions d'assajos clínics efectuats amb substàncies ben caracteritzades, s'ha vist que, de totes maneres, la majoria d'estudis tenen importants defectes de disseny. Per altra banda, quan no parlem de substàncies sinó d'altres tipus de tractaments, com ara la utilització d'agulles en la acupuntura, és molt difícil decidir quina intervenció seria vàlida com a placebo (sembla que s'ha utilitzat com a control la inserció superficial d'agulles als mateixos punts en alguns assajos clínics i la escola japonesa d'acupuntura els ha invalidat perquè opina que aquesta intervenció és també efectiva i no pot utilitzar-se com a placebo).

Però no sols això, sinó que si la validació la fem amb les eines de la medicina científica (estadística, estudis clínics controlats) ens veurem obligats a fragmentar a la nostra conveniència les altres medicines, ja que determinades pràctiques (com ara la inserció d'agulles) són només components aïllats dins sistemes mèdics complexos que no reflecteixen la veritable pràctica clínica. Encara intentant estudis d'intervenció amb components múltiples els dissenys es fan molt difícils, ja que, a més a més, la pròpia identificació de pacients i tècniques d'aleatorització i d'emascarament que fem des de la nostra perspectiva podrien no ser vàlids per a pacients (negativa a ser assignat a un tractament en què no creu...) i professionals. Una vegada enumerada l'òbvia llista de problemes, esperàvem trobar unes solucions més reflexives, però acaba dient que precisament per resoldre'ls s'ha creat aquest organisme, l'NCCAM, que ja està realitzant estudis amb la col·laboració dels distints especialistes d'una manera multidisciplinària amb diferents aproximacions que van des del típic assaig clínic amb criteris diagnòstics i tractaments estandaritzats a l'altre extrem en què les investigacions de sistemes complets són considerades en el seu propi context i tant el diagnòstic com el tractament s'individualitzen (per exemple, un estudi en marxa de fase II aleatoritzat què compara tres aproximacions distintes al tractament de la malaltia temporomandibular en què es comparen tres tractaments distintes: naturopatia, medicina xinesa tradicional i medicina científica moderna. Els pacients que són aleatoritzats per a rebre els dos primers tractaments són diagnosticats i tractats segons els seus criteris. Els objectius principals de l'estudi inclouen validació dels criteris diagnòstics de la malaltia i reavaluació dels diagnòstics segons la medicina tradicional xinesa i la naturopatia i totes les vari-

ables s'analitzen amb un estudi per "intenció de tractar").

Llistes d'aquestes iniciatives noves d'investigació les podem trobar a la web de la NCCAM: <http://nccam.nih.gov/nccam/fi/concepts>.

L'últim article (Bodecker, p.163-67) tracta, per fi, el tema de la integració de distints sistemes mèdics a països en desenvolupament, en els quals coexisteixen sistemes tradicionals junt a la medicina científica moderna, bé en un plànol d'igualtat, com ara Xina, bé subordinats a aquesta, però on la manca d'un sistema sanitari organitzat fa que la gent recorre majoritàriament als professionals de les medicines tradicionals. Segons l'autor, membre de *Commonwealth Working Group on Traditional and Complementary Health Systems*, de la Universitat *Green College*, d'Oxford, als països on el pluralisme mèdic és un fenomen important trobem bàsicament dos models per incloure'ls a les polítiques sanitàries (parla bàsicament del cas d'Àsia): el model "integrador" de Xina i Vietnam, on la integració es fa a nivell educatiu i de pràctica mèdica (procés que va començar fa uns 40 anys i que s'ha accelerat els últims 10, que té per objectiu l'assoliment d'una atenció primària de qualitat) i el model "paralel", d'India o Corea del Sud, on els sistemes tradicional i científic funcionen separats als sistemes nacionals de salut. Del cas de Xina (darrerament revisat a aquesta revista: v. Aguirre Marco (2000) Cambio político y salud. Estructura y funcionamiento de un sistema sanitario plural. <http://www.uv.es/medciensoc/num1/china.html>) esmenta de nou que el procés integrador va significar per al sistema tradicional una pèrdua d'alguns aspectes importants de la teoria i la pràctica.

El cas de Corea del Sud, menys conegut, del tipus "paralel", com ja hem comentat, va crear des de l'any 1952 dos sistemes separats de provisió sanitària però té prevista una integració dels dos sistemes per a l'any 2001. Probablement aquest "paralelisme" consisteix en què el sistema públic només ofereix la medicina científica (i la medicina tradicional és practicada per compte propi), perquè, pel que diu, la majoria de professionals de la medicina tradicional treballen pel seu compte en atenció primària i la integració consistirà en aixecar la prohibició que existeix per a que puguin treballar al sistema públic de salut entre altres mesures, com ara l'educació reglada i la cooperació clínica. Uns dels detractors d'incloure els remeis tradicionals amb plantes a la seguretat social són els propis profes-

sionals de la medicina tradicional, que ara obtenen beneficis de l'ordre del 100 al 500% amb les plantes, els quals veurien reduïts dràsticament. Durant la dècada dels 90 s'han succeït els litigis entre els metges i els professionals de medicina tradicional, perquè els primers intentaven deslegitimar els altres, practicant també la medicina oriental a les seves consultes.

El cas d'India, que segueix també un model "paralel" pareix molt més reglamentat. Tenen una llei de 1970 per la qual es regula l'educació i la pràctica de la medicina tradicional i existeixen més de 100 facultats on és rep una formació exclusiva en aquesta medicina. De totes formes s'hi ve denunciant des de fa més de 30 anys la deficient educació que s'imparteix en moltes d'aquestes facultats, que han adoptat curricula mixtes que no responen ni als estàndars tradicionals ni als de la medicina científica moderna. Per això el Departament de Sistemes Indis de Medicina s'ha posat com a prioritat el control de l'educació en medicina tradicional. Altres funcions d'aquest departament que s'hi vénen realitzant són: estandarització de remeis, augment de la disponibilitat de matèries primes (no queda clar si es refereixen a potenciar el conreu de plantes medicinals o a què), investigació, desenvolupament, informació i comunicació, així com la provisió d'aquest tipus de medicina per part del sistema nacional de salut. S'avaluen els tractaments (de fet hi ha una regulació estricta quant a manufactura de remeis tradicionals, amb una certificació que avalua estandarització i control de qualitat i l'estat compta amb 10 laboratoris que assessoren la resta per aconseguir aquests paràmetres) i recentment s'han inclòs deu remeis tradicionals en assistència primària per tractar anèmia, edema de l'embarç, problemes de salut del pospart com ara dolor, complicacions uterines i abdominals, dificultats amb la lactància, deficiències nutricionals i diarrea infantil. Distints assajos clínics, que estan duent-se a terme actualment pretenen posar de manifest l'eficàcia d'aquests tractaments.

A Malàsia s'ha decidit recentment adoptar un model "integrador" establint un consell regulador que inclou cinc medicines: els sistemes mèdics tradicionals malai, xinès i indi, l'homeopatia i un cinquè bloc en què situa tota la resta de medicines complementàries. Aquests cinc sectors hauran d'autoregular-se (exigir registre i acreditació als distints especialistes) i garantir una educació reglada i codis d'ètica professional. Segons l'autor aquest

sistema aconseguirà una integració més ràpida que a GB, on es pensa anar integrant una a una les medicines que demostren acomplir els requisits.

Sobre la situació a Àfrica només comenta que predomina el model “paral·lel”. Anomena com certs països han regulat la prescripció de remeis tradicionals certificats amb plantes medicinals als hospitals i a les farmàcies (Ghana) i han creat el marc jurídic per el desenvolupament d'aquestes medicines (Nigèria) .

Tracta el problema del finançament analitzant breument com el canvi de la economia xinesa a un sistema de mercat fa perillar la provisió estatal de medicina tradicional , amb hospitals més deficitaris que els de medicina occidental que per estar millor equipats atrauen més pacients (¿açò voldria dir que el sistema “integrador” només és possible en un sistema de producció comunista?). Esmenta una enquesta de Taiwan en la qual 4 de 5 persones afirmen que utilitzarien la medicina tradicional xina si fóra oferida pel sistema nacional de salut, i també dóna xifres d'Austràlia, on des que l'acupuntura és contemplada per les distintes companyies asseguradores, el 15% de metges l'ofereixen (no diu res del sistema públic de salut i la regulació de la seva pràctica). Acaba reconeixent com a biaix fonamental a l'hora de la integració per a la provisió de medicines complementàries i alternatives la dificultat de finançament d'aquestes i que és prioritari trobar noves fórmules per a garantir l'accés universal a aquests serveis. Encara que no parla més d'economia, sí que afirma que els països occidentals haurien de prendre els asiàtics com a model integrador (es refereix al cas de Xina on la integració es va construir des de la perspectiva de garantir una atenció primària universal).

Per finalitzar, un article que comenta aquest últim (Chaundhury, p.167) es fixa en el cas de l'Índia . La elaboració d'assajos clínics que avaluen els remeis tradicionals és ja, des de fa temps, l'objectiu del Consell d'Investigació Mèdica indi, que està format pels distints especialistes de la medicina tradicional junt a farmacòlegs clínics i experts en toxicologia, farmacognòsia, estandarització control de qualitat i clínica, que han aconseguit que certs remeis (*Picrorhiza kurroa* per a la hepatitis i *Pterocarpus marsupium* per a la diabetes) siguin utilitzats ja en hospitals de medicina occidental a pesar que alguns puristes són de l'opinió que aquesta “modernització” de la medicina tradicional suposa una pèrdua dels conceptes bàsics d'aquests sistemes

(l'Unani i l'Aiurvèdic, on certs elements - Mijaj, Prakriti - determinen la terapia específica a aplicar sobre cada malalt i per als quals seria problemàtica l'assignació al·leatòria).

Els problemes de la legitimació d'aquests sistemes serian, per l'autor, comuns a tot arreu (feblesa de la regulació, productes i especialistes, ús inapropiat d'aquestes medicines per especialistes poc qualificats que es tradueixen en pèrdua de credibilitat d'aquests sistemes i el fet que els propis especialistes i fabricants de remeis tradicionals s'oposen a una regulació severa per part de l'administració) però opina que la OMS ja els ha tingut en compte amb la firma de l'acord sobre els drets de la propietat intel·lectual (*Trade Related Intellectual Property Rights*), a aplicar l'any 2005, que tracta aquests temes.