

(BIO) ÉTICA, INVESTIGACIÓN Y MEDICINA COMPLEMENTARIA: UNA PRIORIDAD EN SALUD PÚBLICA

Duilio Fuentes^{1,a}

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo

Recibido: 10-03-16

Aprobado: 16-03-16

Autor Corresponsal

Duilio Fuentes Delgado
Av. Arenales 1402, Jesús María,
Lima 11 – Perú.
511-99232749
duiliofuentes@gmail.com

Financiamiento

La preparación del presente artículo no recibió ningún financiamiento

Conflictos de interés

El autor declara no tener conflictos de interés en la publicación de este artículo

Citar como

Fuentes, D. (Bio) ética, investigación y medicina complementaria: una prioridad en salud pública. Revista Peruana de Medicina Integrativa. 2016;1(1):38-44.

RESUMEN

Esta revisión tiene como objetivo articular dos disciplinas como la (bio)ética y la medicina complementaria, enfocando esta fundamentación en su carácter interdisciplinario e intercultural, tomando como principio el derecho de los ciudadanos de contar con una atención integral. En la primera sección se hace una reseña de la bioética comenzando con la distinción de algunos términos, una clasificación estratégica y los retos que tiene en la salud del siglo XXI. Seguidamente, se realiza una revisión de los principales problemas que tiene la medicina complementaria, específicamente en el tema de investigación científica y los dilemas éticos que afronta. Finalmente, se fundamenta la necesidad de que estos temas formen parte de una prioridad de la salud pública nacional enfocados en un Estado Social y se brinda algunas alternativas de solución a los problemas planteados.

Palabras clave: medicina alternativa y complementaria, bioética, salud pública, investigación (Descriptores DeCS)

BIOETHICS, RESEARCH AND COMPLEMENTARY MEDICINE: A PRIORITY IN PUBLIC HEALTH

ABSTRACT

This review aims to articulate two disciplines such as (bio) ethics and complementary medicine, focusing this basis in the interdisciplinary and intercultural character of the complementary medicine, taking as a principle the citizens' rights to have a comprehensive care. The first section provides an overview of bioethics starting with the distinction of terms, and strategic classification and challenges that bioethics has in health during the XXI century. Thereupon, it is developed a review of the main problems facing complementary medicine, specifically in the field of scientific research and ethical dilemmas. Finally, it is based the need that these issues are part of a priority for national public health focused on a Social State and some alternative solutions to problems are provided.

Keywords: Complementary Therapies, bioethics, public health, research (MeSH)

INTRODUCCIÓN

La medicina como ciencia, goza de gran incertidumbre en sus procedimientos clínicos, desde el diagnóstico, pasando por el tratamiento y, más aun, terminando en el pronóstico. Los grandes avances científicos y tecnológicos han intentado paliar esta incertidumbre, pero con un costo social muy alto, que nos ha llevado a la deshumanización y a la inequidad en la prestación de servicios y, por tanto, a la desconfianza de nuestros pacientes. En tal sentido, la corriente neoliberal que impera actualmente a nivel global, impulsa que los propios individuos deben gestionar privadamente su vida y, por tanto, su salud.

En este contexto, esta revisión pretende abordar a la bioética y la medicina complementaria, que cuestionan el actual sistema, principalmente en la visión reduccionista de abordar la atención de salud. La medicina complementaria con su enfoque holístico del ser humano y, por tanto, humanizado y la (bio)ética que define los valores y los fines sociales, transformados en verdaderas políticas de salud, enfocando esta como un derecho.

Asimismo, el artículo aborda la necesidad que la medicina complementaria pueda sustentar su seguridad y eficacia mediante la investigación; cumpliendo los parámetros científico, ético y legal. Todos estos temas deben ser considerados como una prioridad en salud pública, ya que el Estado tiene la responsabilidad legal y ética de garantizar el bienestar de la población

¹ Dirección de Gestión en investigación e información de la Gerencia de Medicina Complementaria-EsSalud. Lima, Perú

^a Médico internista. Máster en Bioética.

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN DE LA (BIO) ÉTICA

A propósito de algunos términos y sus relaciones

En la revisión bibliográfica sobre el tema se afronta una serie de términos que es importante, al menos, esclarecer, para no utilizarlos indistintamente y referirse a lo mismo o considerarlos similares cuando queremos expresar algo diferente.

La palabra “ética” siempre aparece a lado de la palabra “moral”. Simón Lorda e Inés Barrio⁽¹⁾, refieren que “moral” se refiere al conjunto de valores que configuran el ideal de vida buena, el ideal de felicidad que tiene una persona, mientras que “ética” describe el conjunto de valores que una sociedad está obligada a respetar para garantizar el respeto mutuo, la convivencia pacífica y justa. Se le denomina “ética civil”, “ética ciudadana” o “ética republicana”. En este contexto, Florencia Luna y Arleen Salles (1995)⁽²⁾ agregan la expresión “ética médica” para referirse directamente a problemas éticos que surgen especialmente en la relación entre el médico y el paciente.

Según las dos últimas autoras, si hablamos de bioética nos estamos refiriendo a la ética aplicada a todo el espectro relacionado con el suministro de servicios de salud y a las investigaciones científicas; situación que podría ser considerada un error ya que la bioética desborda este espectro. Una definición muy integral fue la del profesor SJ Francesc Abel⁽³⁾, que tiene la ventaja de ir más allá de lo estrictamente biomédico: *La bioética es el estudio interdisciplinar (transdisciplinar) orientado a la toma de decisiones éticas de los problemas planteados a los diferentes sistemas éticos, por los progresos médicos y biológicos, en el ámbito microsocio y macrosocio, micro y macroeconómico, y su repercusión en la sociedad y su sistema de valores, tanto en el momento presente como en el futuro.*

Es importante asegurar una perspectiva que pueda combinar un acercamiento bioético basado en los derechos humanos, poniéndonos en nuestro contexto latinoamericano de vulnerabilidad provocada por la pobreza y la exclusión. Un ejemplo de esta relación es la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005)⁽⁴⁾.

Mylène Botbol Baum⁽⁵⁾, refiere que la bioética transcultural se debe referir a un universal futuro. Ello implica que los socios deseen la posibilidad de llegar a un proyecto de colaboración y no de explotación. Sin embargo, la transculturalidad supone una duda metodológica de cada uno en relación a sus propios presupuestos sobre la cultura del otro, sin abolir los

puntos de vista culturales respectivos. Asimismo, la autora agrega que es indecente refugiarse hoy en el modelo paternalista del saber poder en los países emergentes, sin negociar en reciprocidad transcultural, universal y contextual. Estas cuestiones, efectivamente, solo pueden considerarse en la era poscolonial en una perspectiva recíproca y de diálogo para equilibrar las relaciones de fuerza.

Por último, desde la perspectiva de la salud pública, tiene que haber un enlace con la ética ya que interviene en su principal objetivo, que es el desarrollo de una política que garantice la prestación de servicios de salud a la población tomando como principios la universalidad, integralidad y solidaridad. En este contexto, surgen algunas interrogantes: ¿cómo establecer una inter (trans) culturalidad que asegure una dimensión más respetuosa de las condiciones contextuales, en nombre de la universalidad, integralidad y solidaridad derivada del discurso de los derechos humanos, adoptada por la bioética occidental?

Clasificación estratégica

Basados en lo mencionado por Pablo Simón⁽⁶⁾, se clasifica dentro del campo de la “microética” a la bioética clínica, que trata temas como la teoría del consentimiento informado, dilemas éticos al inicio y al final de la vida, entre otros.

La ética de la investigación ocupa un espacio importante. Son ejemplo de trasgresiones éticas cometidas en el marco de investigaciones en época de guerra por médicos nazis, y lo acontecido en Tuskegee con una investigación sobre sífilis en población de raza negra en Alabama auspiciado por el U.S. Public Health Services (1932-1972). Estos escándalos dieron origen a documentos internacionales de ética en investigación como el código de Nuremberg en 1947⁽⁷⁾, la Declaración de Helsinki en 1964⁽⁸⁾ y el Informe Belmont en 1979⁽⁹⁾, que ponen énfasis en el consentimiento informado, en la protección de los derechos y bienestar de las personas participantes en investigaciones, principalmente las de mayor vulnerabilidad. Es importante mencionar el auge de los ensayos clínicos a nivel multinacional, lo que implica conflictos de interés de los distintos protagonistas: industria farmacéutica, CRO (OIC, en español) que son organizaciones de investigación por contrato, que ejecutan ensayos clínicos previo contrato con la Industria farmacéutica, los investigadores, las instituciones y los comités de ética en investigación⁽¹⁰⁾.

En el caso de la “mesoética”, la ética de los establecimientos de salud es un campo que no ha sido desarrollado aún en el Perú, pero tiene un futuro enorme. Para ello se deben explicitar en los documentos

de gestión parámetros éticos e introducirlos en sus procesos como parte de la gestión de la calidad.

Finalmente, en el ámbito de la “macroética”, el derecho a la salud y la atención con equidad sigue siendo uno de los principales derechos humanos más vulnerados en nuestro medio y que se pretende seguir heredando del mundo globalizado. En un artículo sobre bioética y salud pública, Darras propone que la salud pública y la bioética pueden enriquecerse mutuamente; la bioética desde su método de debate abierto y contradictorio, y la salud pública desde su enfoque social a través de la responsabilidad, la solidaridad y la interculturalidad ⁽¹¹⁾.

MEDICINA COMPLEMENTARIA Y DILEMAS ÉTICOS EN INVESTIGACIÓN

El Instituto Nacional de Salud (NIH) de los Estados Unidos creó el Centro Nacional para la Salud Complementaria e Integrativa (<https://www.nccih.nih.gov>), quién define a la Medicina Complementaria como: *Un conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos médicos y de atención de la salud que no se considera actualmente parte de la medicina convencional. Si bien existen algunos datos científicos contundentes sobre las terapias de la medicina complementaria y alternativa, en general, se trata de preguntas esenciales que aún deben responderse mediante estudios científicos bien diseñados, por ejemplo, preguntas sobre la seguridad y eficacia de estos medicamentos en relación con las enfermedades y condiciones médica, para las cuales se utilizan. La lista de lo que se considera medicina complementaria y alternativa cambia continuamente, ya que una vez se comprueba que una terapia determinada es eficaz e inocua, esta se incorpora al tratamiento convencional de la salud al igual que cuando surgen enfoques nuevos para la atención sanitaria.*

Patiño⁽¹²⁾, se basa en esta definición para hacer una crítica a la medicina complementaria, argumentando, entre otras cosas, que la única eficacia de la medicina alternativa es el reconocido efecto placebo, o que su relación seguridad beneficio es muy desfavorable. Al final, cuestiona con dos preguntas: ¿quién controla y supervisa a los que practican medicina alternativa y complementaria?, ¿qué evidencia sólida existe sobre su eficacia?

La medicina complementaria (MC) ha venido creciendo en países desarrollados y en vías de desarrollo, tanto en la oferta de los servicios terapéuticos como en la combinación de estos con muchos procedimientos terapéuticos convencionales. En numerosos países industrializados, existen muchas barreras para el acceso. Una de ellos es el costo de bolsillo que esto implica, lo que es demostrado por varios estudios, que

la MC es principalmente utilizada por ciudadanos con un poder adquisitivo por encima de la renta media. Otra, es la falta de información a los pacientes sobre MC por parte de los proveedores en los servicios de salud ⁽¹³⁾. Entre otros factores que ha ocasionado el aumento de la MC están, entre otros, la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos, el mayor acceso del público a información sanitaria, los cambios en los valores y la reducida tolerancia del paternalismo ⁽¹¹⁾. En el artículo de Mocellin-Raymundo y colaboradores, se trasladan a la realidad de América Latina y citan a Gómez, que propone un diseño de políticas desde la complementariedad, partiendo de una visión holística e intercultural de la salud, que tenga en cuenta los diferentes condicionantes y la diversidad de culturas médicas existentes en cada región, las cuales se han transformado a raíz de su relación con las otras, a la vez cediendo algo de sí y tomando algo de las demás ⁽¹¹⁾.

Breen⁽¹⁴⁾ afirma que los médicos que administran medicina complementaria, deben tener las siguientes responsabilidades éticas:

- (1) Deben tener especial cuidado en informar a los pacientes cuando la terapia no está probada, e informar con mayor ahínco los riesgos asociados con esta terapia;
- (2) Los pacientes o sujetos en investigación a quién se ofrece una terapia complementaria no se le debe ocultar o negar acceso a la terapia estándar provista por colegas médicos;
- (3) Cuando las terapias alternativas poseen riesgo de eventos adversos serios, el paciente debe ser advertido para que tenga posibilidad de buscar una segunda opinión;
- (4) Los médicos no deben obtener una ventaja financiera por la venta de sustancias terapéuticas alternativas directamente de los pacientes.

Por tanto, respondiendo a la pregunta de Patiño, el control y supervisión se debería asumir desde los diferentes niveles institucionales de salud en cada Estado, en la medida en que esta medicina sea reconocida y se integre a la llamada medicina convencional y se hagan una sola, esto es lo que se denomina medicina integrativa.

Este concepto viene siendo reconocido por organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la propia Organización Panamericana de la Salud (OPS) de quienes han emanado intentos de apoyo y promoción de políticas dirigidas a ensayar formas distintas de articulación de esta medicina con los sistemas oficiales de salud, enfocadas primordialmente en la atención primaria a la salud ⁽¹⁵⁾.

Con respecto al segundo cuestionamiento sobre la evidencia en medicina complementaria, la OMS resalta la escasa investigación basada en evidencias (solo 0,4% del total de artículos de Medline, entre 1966 – 1996, correspondían a medicina alternativa y complementaria-MAC), esto debido a una falta de metodología de investigación acorde con el enfoque holístico e inadecuado apoyo para la investigación ⁽¹⁶⁾. En un estudio realizado en Colombia,⁽¹⁷⁾ se refiere que existe demanda por parte de los profesionales médicos de la creación y regulación de programas educativos de alta calidad en instituciones universitarias acreditadas. Además, se sugiere crear conciencia de la necesidad de la inclusión de cátedras sobre MAC durante la formación académica en pregrado, dada la escasez de información sobre estas. Por tanto, se requiere la implementación de políticas públicas no solo para regular su práctica, sino también para la promoción, control y regulación de las mismas

Investigación científica y medicina complementaria

La concepción filosófica de la medicina complementaria es su naturaleza holística, cuyos beneficios son en cuatro esferas: corporal, mental, espiritual y social. Por lo tanto, pueden ser menos tangibles o medibles comparado con la medicina convencional ⁽¹⁷⁾. Muchos de los beneficios terapéuticos de la MC no son fácilmente accesibles por mediciones cuantitativas. Por otra parte, el “choque de paradigmas” hace que sea difícil comparar “pruebas” con el lado convencional: medicina complementaria pueden tener nociones de eficacia que operan a diferentes niveles y principios que van más allá de lo únicamente físico ⁽¹⁸⁾.

Un caso especial que merece ser abordado, es la investigación con acupuntura. El documento de la Organización Mundial de la Salud, Directrices para la Investigación Clínica en Acupuntura ⁽¹⁹⁾, establece que: *Se debe considerar los diferentes sistemas de valores que se ocupan de los derechos humanos, tales como temas sociales, culturales e históricos; y que: Más estudios debe llevarse a cabo en relación con los dilemas éticos implicados en la investigación clínica con acupuntura.* Esta práctica clínica tiene características peculiares, como la diferenciación de patrones y la individualización del tratamiento, que hacen que sea difícil de traducir en un modelo estándar de investigación. Desde el punto de vista ético, existe un dilema por el hecho de informar o no al participante sobre la posibilidad de recibir un tratamiento simulado o un placebo; así como que resulta difícil cegar con fiabilidad la intervención de control ⁽¹⁹⁾.

En primer lugar, al igual que cualquier tratamiento realizado por un experto en la materia, la acupuntura puede inducir un efecto placebo. Pero, a diferencia de la

píldora de azúcar fácilmente camuflado, no hay manera para disimular la intención de la punción de un paciente, y mucho menos del profesional que la aplica, aunque se han producido una serie de intentos creativos para resolver estos problemas ⁽²⁰⁾.

En segundo lugar, los microtraumatismos que resultan de la perforación de la piel, induce una variedad de respuestas fisiológicas que implica la microcirculación, la función inmune local, y los efectos analgésicos mediados neuralmente. Al igual que con el efecto placebo, estas respuestas no específicas en la práctica clínica, pueden contribuir de manera significativa al efecto curativo producido por la punción ⁽²⁰⁾.

Por último, cuando el tratamiento con placebo implica la simulación de la punción, es prácticamente imposible cegar al acupunturista ⁽²⁰⁾.

En estas circunstancias se debe valorar aquellas situaciones de investigación donde la enfermedad por investigar no demanda atención médica urgente, y se deberá cumplir con lo siguiente ⁽¹⁹⁾: a). El tratamiento es de bajo riesgo; b). Los riesgos han sido adecuadamente evaluados y manejados; c). El beneficio de la investigación es mayor al riesgo del participante; d). No hay conocido tratamiento para la enfermedad por investigar; e). La validez interna del estudio se ve amenazada (falta de cegamiento); f). Los participantes son informados explícitamente (en el consentimiento informado) que ellos podrían no recibir alguna información sobre los objetivos específicos de las intervenciones; y g). A los participantes se les informará de los procedimientos específicos de las intervenciones al terminar el estudio.

Por ejemplo, en China o Corea, donde se aceptan como válidos dentro de sus sistemas de salud la acupuntura y la medicina herbal, los participantes son reacios a ingresar a un ensayo aleatorio por temor a no recibir este tratamiento. Esto comprueba que la ética en investigación occidental es diferente a la cultura oriental asiática ⁽¹⁹⁾. La ética de Confucio, por otro lado, percibe el individuo como que está situado dentro de un complejo filial y red social, donde la decisión de involucrarse en un estudio de investigación a menudo puede ser influenciada por estas relaciones. Asimismo, en la cultura china se valora más el consentimiento oral antes de la firma de un formulario de consentimiento.

ROL DE LA SALUD PÚBLICA

La salud pública puede considerarse como el esfuerzo organizado de la sociedad para mejorar y preservar la salud de la población. Una parte de este esfuerzo se lleva a cabo por instituciones que no son de salud y

otras, en cambio, dependen de los servicios de salud pública del sistema.

En este contexto ingresa la medicina complementaria. La Organización Mundial de la Salud⁽²¹⁾ establece que en los países industrializados el término «medicina complementaria y alternativa» (MCA) hace referencia a los métodos diagnóstico-terapéuticos externos a la corriente biomédica, en contraposición con el término «medicina convencional», que define el modelo imperante en los sistemas de salud. Mientras que el término «medicina tradicional» se restringe a los países en los que estas prácticas forman parte de sus tradiciones.

La gran demanda de usuarios de medicina complementaria en la población mundial y nacional, la colocan en una posición expectante en el ámbito de la salud pública; que suscita numerosas reacciones desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. Es de importancia este tema dentro del contexto de la salud pública por el acceso equitativo de la medicina complementaria que garantice la calidad, seguridad, efectividad y los beneficios de sus usuarios.⁽²²⁾

Nos preguntamos, ¿qué es lo que está alentando esta demanda de la medicina complementaria? La respuesta se enmarca en el ámbito de la sociología⁽²¹⁾ y se podría explicar por los cambios profundos acontecidos en la profesión médica en el último siglo. Según esta autora, en las últimas décadas del siglo XX, los dilemas éticos ligados a la atención de los pacientes dejaron de ser responsabilidad individual de un médico para pasar a serlo de grupos multidisciplinarios. Estos cambios coinciden con el desarrollo y la irrupción de la biotecnología que, a mi entender, han automatizado y robotizada al personal médico. Agrega que hay otros factores socioculturales y organizativos actuales que también sustentan la situación descrita, como son la presión de la población sobre el sistema sanitario y sus modelos de gestión. Esto genera una demanda compulsiva por parte de la población que quiere respuestas efectivas para curar sus males y lo único que ofrece el sistema son intervenciones medicalizadas y medidas de gestión costo-efectivas, olvidando lo más importante “darle un tiempo efectivo a la comunicación con el paciente” y, por tanto, se ha deshumanizado la atención. Esta situación ha generado un vacío que, en muchos casos, está siendo cubierto por la medicina complementaria.

El Estado social

El clásico enfoque biomédico refiere que el ser humano enferma por mecanismos internos que ocurren a nivel genético, molecular y submolecular. Esto resulta insuficiente e incoherente cuando convivimos en frente de la pobreza, la desnutrición, la inequidad social, la falta de acceso a servicios básicos, entre otros. Otros factores sociales de gran influencia sobre el grado de salud y

también de enfermedad de las poblaciones son el nivel educativo, el trabajo, la vivienda, y el urbanismo. Esto lo confirma Kotow⁽²³⁾ cuando habla del Estado social que está anclado en tres pilares: su relativa autonomía, la consistencia de la legislación laboral y la robustez y extensión de los servicios públicos. Añade, que el capitalismo, al quedar entregado a la globalización, destruyó estos tres fundamentos y erosionaron el Estado social. Cita, asimismo, a personajes como Amartia Sen y Martha Nussbaum quienes hablan de: *Individuos y poblaciones desempoderadas, carentes de los elementos básicos para ejercer las capacidades que les permitan libremente gestionar su sobrevivencia y su inserción social para desarrollar un proyecto de vida, y que no podrán dejar atrás su miseria a menos que el Estado provea servicios e instituciones sociales que otorguen coberturas mínimas de otro modo inalcanzables para los desposeídos.*

También son determinantes principales un conjunto de factores que condicionan las conductas personales, los llamados estilos de vida, cuya relación con la salud y la enfermedad es notable. Los estilos de vida, llamados también hábitos saludables, son experimentados por las personas individualmente, pero no dependen exclusivamente del conocimiento que tienen las personas sobre sus consecuencias en términos de salud positiva o como factores de riesgo de presentación de enfermedades, como las cardiovasculares, mediante su influencia sobre el peso, la tensión arterial o las concentraciones de lípidos o grasas en sangre de las personas. Estas conductas humanas dependen también de los determinantes sociales y comunitarios, de las condiciones en las que se desarrolla la vida de las personas, la estructura familiar, la distancia al trabajo, el medio de transporte para llegar al lugar de trabajo, los horarios, la accesibilidad a los alimentos o los valores culturales predominantes, entre otros.

El enfoque neoliberal propugna una nueva salud pública, con la propuesta de reducir las políticas en salud y transformar los derechos de salud en deberes de autocuidado. En este sentido, las funciones de salud del Estado, como Estado social, se ven tremendamente reducidas. El rol del Estado es minimizado, transfiriendo muchas de sus funciones a la oferta y la demanda. Los cuestionamientos caen por su propio peso, ¿la educación y la salud, también pueden convertirse en transacción mercantil?, ¿la cobertura de estos servicios sociales puede negociarse?, ¿dónde quedan los conceptos de medicina preventiva, medicina social o atención primaria o comunitaria?; la tendencia mundial nos dice que sí, y nuestro país no es la excepción. En este panorama, la bioética tiene el deber de desempeñar un rol de análisis crítico y profundo sobre esta nueva salud pública, anclada en el principio de mercado.

Un claro ejemplo, del rol del Estado Social es lo estipulado en el Artículo 32 de la Constitución ecuatoriana⁽²⁴⁾, que estipula lo siguiente: *La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y medioambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética con enfoque de género y generacional.*

CONCLUSIONES

Se debe tomar conciencia y reflexionar acerca del rol de la profesión médica y de las otras profesiones de salud, como parte de nuestra responsabilidad de cuidado y protección a la población. Uno de estos retos es el cambio de paradigma que significa ver al ser humano como un todo y no como una suma de partes. Una persona enferma es un ser vulnerable, no solo por su estado físico, sino porque entra en desequilibrio su parte emocional, espiritual y social. En este sentido, confluyen disciplinas como la medicina complementaria, la medicina tradicional peruana y la bioética; tomando

como referencia la complejidad propuesta por Morín, donde el todo es mucho más que la suma de las partes

En este contexto, la situación actual requiere el desarrollo de capacidades profesionales tomando en cuenta el perfil descrito. El entorno universitario es el espacio idóneo para generar el cambio cultural.

Otra estrategia importante para sustentar el desarrollo de la medicina complementaria es fomentar el conocimiento sobre la eficacia, efectividad y seguridad de estas terapias. Es un reto cambiar el enfoque tradicional de la investigación biomédica centrada solo en evaluaciones cuantitativas y de comprobar la eficacia de determinados medicamentos, por un diseño más amplio que considere los contextos sociales, culturales, políticos y económicos que contribuirá a optimizar la contribución de la medicina complementaria y convencional (medicina integrativa) a la mejor atención de salud de la población.

El auge de la medicina complementaria también obliga a un análisis cuidadoso que puede incentivar un conflicto de interés comercial, que es ajeno a los fines propuestos de bienestar de la población. La regulación por parte del Estado es necesaria y exigible.

Tener siempre presente la doctrina del “buen vivir” (*Sumak Kawsay*, en quechua), que hace una distinción muy clara entre la salud vista como un instrumento de desarrollo, en la lógica del sistema-mundo-capital (mano de obra saludable para producir más), de la que se presenta como un primer paso para el buen vivir (gente sana es gente con bienestar).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Simón, P; Barrio, IM. Ética, Moral, Derecho y Religión. Un mapa de conceptos básicos para entender la bioética clínica. *Ética de los Cuidados* 2008; 1(2):1-4.
2. Salles, A. Ética Teórica y Bioética. En Luna, F y Salles, A. (Ed.), Decisiones de vida y muerte: eutanasia, aborto y otros temas de ética médica. Buenos Aires, Argentina: Editorial Sudamericana; 1995. pp. 13-40.
3. Abel, F. Bioética: orígenes, presente y futuro. Barcelona, España: Editorial Mapfre S.A.; 2007. p. 5
4. UNESCO. Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Paris: UNESCO; 2005.
5. Botbol, M. La Declaración de Helsinki del 2008 y la ética de la investigación en los países del sur. *Bioética & Debat* 2010; 16(61): 6-13.
6. Simón, P. La ética de las organizaciones sanitarias: el segundo estadio de desarrollo de la bioética. *Rev Calidad Asistencial*. 2002; 17(4):247-59.
7. Tribunal Internacional de Nuremberg. Código de Nuremberg. [Fecha de acceso: marzo 2016]. Disponible en <http://www.bioeticanet.info/documentos/Nuremberg.pdf>
8. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki (revisada). Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Fecha de acceso: marzo 2016]. Disponible en <http://www.unav.es/cdb/amhelsinki2.html>
9. The National Commission for the Protection of Humans Subjects of Biomedical and Behavioral Research. Informe Belmont. [Fecha de acceso: marzo 2016]. Disponible en <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
10. Minaya, G; Olave, S; Fuentes D. Regulación de ensayos clínicos en Perú y conflictos éticos. En Homedes, N; Ugalde A. (Cord.) Ética y ensayos clínicos en América Latina. 1a ed. - Buenos Aires: Lugar Editorial, 2012. Pp. 389-416
11. Mocellin-Raymundo, M; Viesca-Treviño, C; Gutiérrez-Martínez, D. Bioética y salud intercultural: apuntes para una conexión necesaria y posible. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2011; 49 (3): 325-330
12. Patiño, JF. Medicina Alternativa y Medicina Complementaria. *Rev Colomb Cir*. 2006; 21(3):136-138
13. Nissen, N; Weidenhammer, W; Schunder-Tatzber, S; Johannessen, H. Public health ethics for complementary and alternative medicine. *European Journal of Integrative Medicine* 2013; 5, 62–67

14. Breen, K. Ethical issues in the use of complementary medicines. *Climateric* 2003;6:268–272
15. Nigenda, G; Mora-Flores G; Aldama-López, S; Orozco-Núñez E. La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*. 2001; 43(1): 41-51
16. World Health Organization. General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine. *Geneve*. 2000.
17. Sierra-Ríos, S; Urrego-Mendoza, D; Jaime-Jaimes, J. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de la medicina alternativa en médicos vinculados a hospitales públicos de Cundinamarca, Colombia. *Rev. salud pública*. 2012; 14 (3): 478-490.
18. Ernst, E; Cohen, MH; Stone J. Ethical problems arising in evidence based complementary and alternative medicine. *Med Ethics* 2004;30:156–159.
19. Zaslowski C. Ethical Considerations for Acupuncture and Chinese Herbal Medicine Clinical Trials: A Cross-cultural Perspective. *eCAM* 2010;7(3)295–301
20. Hammerschlag, R. Methodological and Ethical Issues in Clinical Trials of Acupuncture. *The journal of alternative and complementary medicine*. 1998; 4(2): 159-171
21. Caminal, J. ¿Medicinas complementarias o alternativas? Un dilema para el sistema público. *Aten Primaria*. 2005;35(8):00-00
22. Nissen, N; Weidenhammer, W; Schunder-Tatzber, S; Johannessen, H. Public health ethics for complementary and alternative medicine. *European Journal of Integrative Medicine* 5 (2013) 62–67
23. Kottow, M. Bioética y la Nueva Salud Pública. Santiago de Chile: Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, 2011
24. Vance, C. En Ecuador, un objetivo constitucional. En: *Le Monde diplomatique*, en español. Suplemento: Cobertura sanitaria universal. N° 219. 2014, [Fecha de acceso: marzo 2016]. Disponible en <http://www.mondediplomatique.es/?url=http://localhost:8080/alfresco/service/articulo/0000856412872168186811102294251000/?articulo=20e56840-7422-4790-afa0-a969b0498834>