



FACULTAD DE MEDICINA

DEPARTAMENTO DE MEDICINA

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA PREVALENCIA DE USO
DE MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS POR
LA POBLACIÓN GENERAL Y UN GRUPO DE MÉDICOS Y
ESTUDIANTES DE MEDICINA DE LA COMUNIDAD DE MADRID**

Tesis Doctoral de

EMILIO J. CERVERA BARBA

Director de Tesis:

Dr. Felipe Lucena Marotta

Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de Alcalá

Codirector de Tesis:

Dr. Tomás Gómez Gascón

Departamento de Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Complutense de Madrid

Madrid, 2011

A Mónica, Javier, Daniel y María.

A mis padres.

A Felipe Lucena Marotta, por la ilusión con que acogió este proyecto, la tenacidad con que persiguió hacer posible su realización y sus constantes ánimos para que lo finalizara.

A Tomás Gómez Gascón, por su amable acogida y sus acertados consejos en la redacción de la tesis.

A Manuel Fuentes Ferrer, por su incondicional disponibilidad y su inestimable ayuda en el análisis de los datos, y a Cristina Fernández Pérez, Sara Cano Escudero y Náyade del Predo González por el excelente apoyo metodológico que me brindaron.

A José Manuel Estrada Lorenzo, por sus acertadas orientaciones en la búsqueda bibliográfica.

A Maribel Mingo Gutiérrez y Laura García Martínez, por su imprescindible ayuda en el envío y recepción de los cuestionarios.

A los Paradores de Segovia y La Granja, que hicieron posible la incentivación de la respuesta a los cuestionarios.

A Flora Martínez Pecino y la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía, por compartir la metodología de su estudio.

A todos aquellos pacientes que acudieron a una medicina alternativa y tuvieron la valentía de decírmelo.

A todos aquellos compañeros que tuvieron el coraje de aprender y ejercer una medicina complementaria sin renunciar a seguir siendo médicos.

Seamos realistas.
Siempre están ahí.
Nunca se han incorporado al curriculum de la facultad de medicina
pero los pacientes a menudo le consultan sobre su uso.
No está seguro de su eficacia, por lo que no puede decir que son útiles.
Algunos pacientes le escuchan, otros no,
y otros las usan sin decírselo.
Esta situación ocurre a diario en su consulta.
Hablamos de las medicinas alternativas y complementarias.

*Lawrence Leung.
Department of Family Medicine.
Queen's University.
Kingston, Ontario, Canada.
(Let's talk about the alternatives--Canada vs. Australia).
Aust Fam Physician 2009 Oct; 38(10):759-60).*

EPIDEMIOLOGIC STUDY ON PREVALENCE OF USE OF COMPLEMENTARY AND ALTERNATIVE MEDICINE FOR THE GENERAL POPULATION AND A GROUP OF DOCTORS AND MEDICAL STUDENTS IN THE COMMUNITY OF MADRID.

Introduction.

Complementary and Alternative Medicine (CAM) have an increasing use in Western countries over the past 20 years with use in general population between 30 and 90%. In Spain there are no population studies on the use of these therapies by the general population, although some studies on patients and other indirect factors indicate it could be high.

Objectives.

To estimate the prevalence of CAM use and alternative products for the general population and a group of staff physicians, medical residents and medical students of the Community of Madrid, and know their demographic characteristics, health problems and reasons for the use, the estimated cost per patient and their views on CAM.

Material and methods.

Cross-sectional study of prevalence using self-administered survey to four significant random samples: general population belonging to eleven primary care areas of Madrid (n=897), staff physicians (n=324) and residents (n=111) from two hospitals and primary care areas, and students from two schools and university hospitals (n = 45).

Results.

288 questionnaires were received from the general population (response rate 14.4%), 165 from staff physicians (51%), 96 from residents (86.5%) and 45 from students (100%). 66% of the general population had used alternative products and 56.3% had used CAM therapies mainly relaxation and massage, for musculoskeletal problems and mental health. Over 75% had higher perception of improvement and satisfaction. The main reason to visit CAM was seeking improvement that was not achieved with conventional medicine. The recommendation of relatives or friends was the main source to know therapies, and more than half had spent less than 50 euros a month in therapies and

products. Over 80% felt that CAM should be included in the public health system and health professionals trained in them. In multivariate analysis being a woman, belonging to Area 5 of Primary Care and having visited more than 9 times health professionals in the past year were the independent factors associated with the use of CAM. 42.1% of non-CAM users had consumed alternative products and 83.5% would turn to CAM if necessary. About doctors and students, they had used alternative products between 25% and 45%, and visited to CAM between 16% and 36% for the same pathologies and the same therapies than the general population, and their perception of improvement and satisfaction was high but to a lesser degree than the general population. The monthly expenditure on CAM and the source to know therapies were the same as the general population. Between 48% and 85% felt that CAM should be included in the public health system and health professionals should be trained in them. Among non-CAM users, 40% and 73% had consumed alternative products and 68% to 76% said they would turn to CAM if needed. When comparing the four subpopulations, the general population had visited CAM from 2 to 4 times more than the rest, and more therapies, and alternative products were consumed from 2 to 3 times more.

Conclusions.

CAM and alternative products use in the general population is broad, and higher than among physicians and medical students. In all cases the level of satisfaction with CAM is great and a high percentage considered appropriate to include them within the public health system and training of health professionals. Further studies would be needed in general population to confirm these results.

ÍNDICES

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICES.....	1
ÍNDICE DE CONTENIDOS	2
ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS	4
1.- FIGURAS	4
2.- TABLAS.....	5
ABREVIATURAS	7
INTRODUCCIÓN	8
REVISIÓN CRÍTICA DEL PROBLEMA	12
1.- CONCEPTO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS.....	13
2.- CLASIFICACIÓN.	14
3.- RAZONES Y MOTIVACIONES PARA UTILIZAR LAS MT/MAC.	16
4.- SITUACIÓN DE LAS MT/MAC EN EL MUNDO.	18
A) ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE USO DE MT/MAC POR LA POBLACIÓN GENERAL	18
B) ESTUDIOS DE USO DE MT/MAC POR GRUPOS DE PACIENTES O PATOLOGÍAS.	22
C) ESTUDIOS DE CONSUMO DE PRODUCTOS NATURALES O ALTERNATIVOS.....	22
D) INCORPORACIÓN DE LAS MT/MAC A LOS SISTEMAS SANITARIOS Y REGULACIÓN DEL SECTOR PROFESIONAL.	24
5.- SITUACIÓN DE LAS MAC EN ESPAÑA.	27
A) ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE USO DE MT/MAC POR LA POBLACIÓN GENERAL	27
B) ESTUDIOS DE USO DE MT/MAC POR GRUPOS DE PACIENTES O PATOLOGÍAS.	31
C) ESTUDIOS DE CONSUMO DE PRODUCTOS NATURALES O ALTERNATIVOS.....	31
D) INCORPORACIÓN DE LAS MT/MAC AL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL Y REGULACIÓN DEL SECTOR PROFESIONAL.	33
6.- ACEPTACIÓN DE LAS MAC POR LOS MÉDICOS. REFLEXIONES BIOÉTICAS SOBRE SU EJERCICIO.	35
7.- FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN MAC.....	37
HIPÓTESIS	41
OBJETIVOS.....	43
OBJETIVOS PRINCIPALES:	44
OBJETIVOS SECUNDARIOS:	44
MATERIAL Y MÉTODOS.....	45
DISEÑO DEL ESTUDIO	46
MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL.	46
MUESTRA DE MÉDICOS Y MIR.	47
MUESTRA DE ESTUDIANTES.	49
DISEÑO DEL CUESTIONARIO	49
VARIABLES	50
ESTUDIO PILOTO DEL CUESTIONARIO.	51
ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS	51
CONSIDERACIONES ÉTICAS	54
AYUDAS ECONÓMICAS Y CONFLICTO DE INTERESES.	54
RESULTADOS	55
RESULTADOS EN LA POBLACIÓN GENERAL.	56
A) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	56
B) CONSUMO DE PRODUCTOS ALTERNATIVOS.	59
C) CONOCIMIENTO Y USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.....	62
D) VARIABLES DE USUARIOS DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.	71
E) VARIABLES DE NO USUARIOS DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.....	73
F) FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.....	75
F.1) ANÁLISIS UNIVARIADO.	75
F.2) ANÁLISIS MULTIVARIADO	78
RESULTADOS EN MÉDICOS, MIR Y ESTUDIANTES.	81

A) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	81
B) CONSUMO DE PRODUCTOS ALTERNATIVOS.....	85
C) CONOCIMIENTO Y USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.....	88
D) VARIABLES DE USUARIOS DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.....	94
E) VARIABLES DE NO USUARIOS DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.....	97
F) FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.....	99
RESULTADOS COMPARATIVOS EN POBLACIÓN GENERAL, MÉDICOS, MIR Y ESTUDIANTES.....	105
DISCUSIÓN.....	112
DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS EN LA POBLACIÓN GENERAL	113
DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS EN MÉDICOS, MIR Y ESTUDIANTES.....	124
DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS COMPARATIVOS EN POBLACIÓN GENERAL, MÉDICOS, MIR Y ESTUDIANTES...	130
CONCLUSIONES	132
ANEXOS.....	135
ANEXO 1: MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO	136
ANEXO 2: CUESTIONARIO DE POBLACIÓN GENERAL.....	138
ANEXO 3: CUESTIONARIO DE MÉDICOS Y MIR.....	145
ANEXO 4: CUESTIONARIO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA.....	152
ANEXO 5: DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.....	159
BIBLIOGRAFÍA.....	163

ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

1.- FIGURAS

<i>Figura 1.- Uso de MT/MAC por la población general en diferentes países.</i>	19
<i>Figura 2.- El mercado de homeopatía en países europeos, 1991.</i>	23
<i>Figura 3.- Diagrama de unidades de análisis. Población general.</i>	56
<i>Figura 4.- Estado civil de la muestra. Población general.</i>	57
<i>Figura 5.- Nivel de estudios de la muestra. Población general.</i>	58
<i>Figura 6.- Situación laboral de la muestra. Población general.</i>	58
<i>Figura 7.- Número de visitas a sanitarios en los últimos 12 meses. Población general.</i>	58
<i>Figura 8.- Prescriptores de productos alternativos consumidos. Población general.</i>	61
<i>Figura 9.- Prescriptores en los tres principales grupos de productos consumidos. Población general.</i>	61
<i>Figura 10.- Frecuencia de uso de cada MAC respecto a la muestra de población general.</i>	64
<i>Figura 11.- Grado de mejoría percibido por usuarios de MAC. Población general.</i>	66
<i>Figura 12.- Grado de satisfacción de los usuarios de MAC. Población general.</i>	67
<i>Figura 13.- Relación entre las siete terapias más usadas y el número de consultas realizadas en el último año. Población general.</i>	67
<i>Figura 14.- Relación entre las siete terapias más usadas y el grado de mejoría percibido en categorías agregadas. Población general.</i>	68
<i>Figura 15.- Relación entre las siete terapias más usadas y el tipo de profesional que le atendió. Población general.</i>	68
<i>Figura 16.- Relación entre las siete terapias más usadas y el grado de satisfacción. Población general.</i>	69
<i>Figura 17.- Medio por el que conocieron las terapias utilizadas. Población general.</i>	72
<i>Figura 18.- Gastos directos por uso de MAC y consumo de productos asociados. Población general.</i>	72
<i>Figura 19.- Diagrama de cajas: número de terapias utilizadas en función del gasto declarado en euros. Población general.</i>	73
<i>Figura 20.- Razones de no utilización de MAC. Población general.</i>	74
<i>Figura 21.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable "acudió a alguna MAC" según áreas de Atención Primaria. Gráfica en escala logarítmica.</i>	80
<i>Figura 22.- Diagrama de unidades de análisis. Médicos, MIR y estudiantes.</i>	81
<i>Figura 23.- Estado civil de la muestra. Médicos, MIR y estudiantes.</i>	83
<i>Figura 24.- Número de visitas a sanitarios en los últimos 12 meses. Médicos, MIR y estudiantes.</i>	83
<i>Figura 25.- Prescriptores de productos alternativos consumidos. Médicos, MIR y estudiantes.</i>	87
<i>Figura 26.- Frecuencia de utilización de cada MAC en las muestras de médicos, MIR y estudiantes.</i>	90
<i>Figura 27.- Frecuencia de visitas a MAC en el último año. Médicos, MIR y estudiantes.</i>	91
<i>Figura 28.- Tipo de profesional que realizó la terapia a médicos, MIR y estudiantes.</i>	93
<i>Figura 29.- Grado de mejoría percibido por los usuarios de MAC. Médicos, MIR y estudiantes.</i>	93
<i>Figura 30.- Grado de satisfacción de los usuarios de MAC. Médicos, MIR y estudiantes.</i>	94
<i>Figura 31.- Medio por el que conocieron las terapias utilizadas. Médicos, MIR y estudiantes.</i>	95
<i>Figura 32.- Gastos directos por consumo de MAC y productos asociados. Médicos, MIR y estudiantes.</i>	96
<i>Figura 33.- Razones de no utilización de MAC. Médicos, MIR y estudiantes.</i>	98
<i>Figura 34.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable "acudió a alguna MAC" en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.</i>	106
<i>Figura 35.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable "número de MAC a las que acudió mayor de 2" en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.</i>	107
<i>Figura 36.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable "consumo de productos alternativos" en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.</i>	108
<i>Figura 37.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable "número de productos alternativos consumidos mayor de 2" en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.</i>	109
<i>Figura 38.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable "opinó que los profesionales sanitarios debían estar formados en MAC" en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.</i>	110
<i>Figura 39.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable "opinó que más del 50% de la población general usa MAC" en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.</i>	111

2.- TABLAS

Tabla 1.- Prevalencias de uso de MAC en Europa.....	18
Tabla 2.- Descripción de los principales estudios de uso de MAC en occidente.....	20
Tabla 3.- Resultados de las encuestas de salud poblacionales sobre uso de MAC en España.	28
Tabla 4.- Porcentajes de visitas de la población catalana menor de 15 años a determinadas MAC en los últimos doce meses. Datos de las encuestas de salud de Cataluña 1994, 2002 y 2006.	29
Tabla 5.- Resultados de las encuestas de salud poblacionales sobre el uso de productos alternativos.	32
Tabla 6.- Principales centros de investigación en MAC en occidente.....	39
Tabla 7.- Muestra de población general distribuída por áreas.....	47
Tabla 8.- Muestra de médicos distribuída por hospitales y áreas.....	48
Tabla 9.- Subpoblaciones de la muestra de estudiantes de Medicina.....	49
Tabla 10.- Distribución de la población general por área de Atención Primaria.....	57
Tabla 11.- Distribución de productos utilizados según categorías. Población general.	59
Tabla 12.- Principales productos de fitoterapia consumidos. Población general.	60
Tabla 13.- Principales complementos nutricionales consumidos. Población general.....	60
Tabla 14.- Distribución de pacientes que consumieron productos alternativos por sexo. Población general.	62
Tabla 15.- Distribución de pacientes que consumieron productos alternativos por edad. Población general.....	62
Tabla 16.- Distribución de pacientes que acudieron a alguna MAC según sexo. Población general.	63
Tabla 17.- Distribución de pacientes que acudieron a alguna MAC según edad. Población general.	63
Tabla 18.- Distribución de motivos de consulta por patologías. Población general.	65
Tabla 19.- Tabla de contingencia y significación estadística de las siete principales terapias y los grupos de patologías que motivaron su uso. Población general.	70
Tabla 20.- Distribución de razones para consultar a MAC. Población general.	71
Tabla 21.- Relación de factores asociados con el uso de MAC. Población general.	76
Tabla 22.- Relación de algunas otras variables cualitativas con el uso de MAC. Población general.....	77
Tabla 23.- Relación de algunas otras variables cuantitativas con el uso de MAC. Población general.....	77
Tabla 24.- Factores sociodemográficos relacionados con el uso de MAC. Análisis multivariado. Población general.	78
Tabla 25.- Tabla de prevalencias estandarizadas para la variable "acudió a alguna MAC" según áreas de Atención Primaria.	79
Tabla 26.- Participación de médicos, MIR y estudiantes por hospital, área y universidad.....	82
Tabla 27.- Distribución de médicos y MIR por especialidades. Para los estudiantes, intención de escoger especialidad en el MIR.....	84
Tabla 28.- Distribución de productos consumidos según categorías. Médicos, MIR y estudiantes.	86
Tabla 29.- Principales productos alternativos consumidos. Médicos, MIR y estudiantes.....	86
Tabla 30.- Distribución de pacientes que consumieron productos alternativos por sexo. Médicos, MIR y estudiantes.	87
Tabla 31.- Distribución de pacientes que consumieron productos alternativos por edad. Médicos, MIR y estudiantes.	88
Tabla 32.- Distribución de pacientes que acudieron a alguna MAC según sexo. Médicos, MIR y estudiantes.....	89
Tabla 33.- Distribución de pacientes que acudieron a alguna MAC según edad. Médicos, MIR y estudiantes.	89
Tabla 34.- Comparación de la frecuencia de uso de terapias y consultas a sanitarios convencionales en el último año. Médicos, MIR y estudiantes.	91
Tabla 35.- Distribución de motivos de consulta por patologías con respecto al total de motivos de cada muestra. Médicos, MIR y estudiantes.....	92
Tabla 36.- Distribución de razones para consultar a MAC. Médicos, MIR y estudiantes.....	95
Tabla 37.- Resultados sobre otras cuestiones de opinión en los tres grupos. Médicos, MIR y estudiantes.....	97
Tabla 38.- Relación de factores asociados con el uso de MAC. Médicos.....	100
Tabla 39.- Relación de algunas otras variables cualitativas con el uso de MAC. Médicos.....	101
Tabla 40.- Relación de algunas otras variables cuantitativas con el uso de MAC. Médicos.....	101
Tabla 41.- Relación de factores asociados con el uso de MAC. MIR.	102
Tabla 42.- Relación de algunas otras variables cualitativas con el uso de MAC. MIR.....	103
Tabla 43.- Relación de algunas otras variables cuantitativas con el uso de MAC. MIR.	103
Tabla 44.- Relación de factores asociados con el uso de MAC. Estudiantes.	104
Tabla 45.- Relación de algunas otras variables cualitativas con el uso de MAC. Estudiantes.	104
Tabla 46.- Relación de algunas otras variables cuantitativas con el uso de MAC. Estudiantes.	105
Tabla 47.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable "acudió a alguna MAC".....	106
Tabla 48.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable "número de MAC a las que acudió mayor de 2".....	107

<i>Tabla 49.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable "consumo de productos alternativos"</i>	<i>108</i>
<i>Tabla 50.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable "número de productos alternativos consumidos mayor de 2"</i>	<i>109</i>
<i>Tabla 51.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable "opinó que los profesionales sanitarios debían estar formados en MAC"</i>	<i>110</i>
<i>Tabla 52.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable "opinó que más del 50% de la población general usa MAC"</i>	<i>111</i>
<i>Tabla 53.- Comparación de las MAC más utilizadas en estudios españoles. Población general.....</i>	<i>117</i>

ABREVIATURAS

AETSA: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.

DE: desviación típica o estándar.

HCSC: Hospital Clínico San Carlos

HUPA: Hospital Universitario Príncipe de Asturias

MAC: Medicinas Alternativas y Complementarias. El acrónimo se utilizará para referirse a una terapia concreta o al conjunto de ellas.

MIR: médico interno residente.

MT/MAC: Medicinas Tradicionales y Medicinas Alternativas y Complementarias, indistintamente.

MT: Medicinas Tradicionales. El acrónimo se utilizará para referirse a una terapia concreta o al conjunto de ellas.

NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine.

NHS: National Health Service.

OMC: Organización Médica Colegial.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

OR: Odds Ratio

OTC: "Over the counter". Son los denominados productos de consejo farmacéutico o de autocuidado de la salud, que se dispensan sin necesidad de prescripción médica.

RIC: rango intercuartílico (P25 – P75).

RPE: razón de prevalencia estandarizada.

TSI: tarjeta sanitaria individual.

INTRODUCCIÓN

Fue en la primavera de 1997. Tendría unos 18 años. Aquella chica se presentó en mi consulta con una psoriasis *guttata* de la cabeza a los pies. Aparentemente tranquila, sólo pedía el parte de baja por tres días porque trabajaba de cara al público, y con la intención de acudir a su “naturópata” que se lo quitaría en ese plazo. Con una mezcla de escepticismo y curiosidad extendí el parte de baja y le hablé de los tratamientos convencionales, que ya había probado sin éxito. Efectivamente, en la fecha prevista se presentó en mi consulta para solicitar el alta. Al asombro le siguieron mil interrogantes que no me permití exteriorizar a la paciente, celoso de mi academicismo y temeroso de mi ignorancia. No la volví a ver. A este siguieron otros varios casos de pacientes o conocidos en los que nuevamente se estrellaban mis conocimientos y creencias sobre la salud y la enfermedad. La crítica o el desprecio en ocasiones cegaban el sereno discernimiento. ¿Por qué funcionaban estas terapias? ¿Qué efectos tenían? ¿En qué se basaban? ¿De verdad podían curar? ¿Y por qué no me las habían enseñado en la carrera o la especialidad? ¿Y por qué todos los compañeros, hasta mis maestros, las criticaban?

El presente estudio no da respuesta a estos interrogantes. Surge ante la constatación, unos años más tarde, de la ausencia de estudios sobre el uso de las medicinas complementarias entre la población general española, a diferencia del resto de países occidentales. Comenzó entonces una larga andanza de diseño de distintos proyectos de estudios y la búsqueda de recursos para realizarlos, que culminó finalmente en este trabajo.

Se trata de un estudio poblacional realizado sobre una muestra de población general de la Comunidad de Madrid distribuidos en las once áreas de Atención Primaria vigentes hasta el 15 de octubre de 2010, fecha en que entró en vigor el Decreto 52/2010 de la Consejería de Sanidad sobre la nueva estructura del Área Única de Salud. Una encuesta postal, elaborada a partir de los principales estudios nacionales e internacionales, fue el medio para recabar la información. Al tiempo, administramos la misma encuesta a un grupo de médicos de plantilla, MIR y estudiantes de Medicina de dos hospitales universitarios y dos áreas de Atención Primaria, con la intención de comparar los resultados entre ellos y con la población general.

Las principales hipótesis de las que partíamos en el estudio eran: que existía un amplio consumo de productos alternativos y medicinas complementarias entre la población general, sin que supiésemos

cuantificarlo; que éste era superior a los consumidos por médicos de plantilla, MIR y estudiantes; que, probablemente, la principal razón por la que acudían a medicinas alternativas fuera el descontento con la medicina convencional y que gran parte de la población reclamaría la inclusión de las terapias alternativas en el sistema sanitario público y la formación de los médicos en dichas terapias.

En el apartado de “revisión crítica del problema”, una vez definidas las medicinas alternativas y descrita su clasificación, hemos querido enfocar la cuestión desde una perspectiva antropológica y de la historia de la medicina para ayudarnos a entender cómo nacen y por qué parecen estar encontradas con la medicina convencional y, por tanto, arrinconadas en el actual marco científico, asistencial y académico. Relataremos a continuación otros aspectos no menos importantes como la contribución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para su implementación, la amplia distribución mundial del consumo de terapias entre la población general, la incorporación que ya tienen en los sistemas sanitarios del mundo occidental y oriental, los estudios que analizan las razones por las que las usa la población, los profesionales que se dedican a ellas, los centros de excelencia donde se investigan y, finalmente, la actualidad de todos estos aspectos en España. Ciertamente éste es uno de los temas en que nuestros sistemas sanitario, educativo y legislativo de las profesiones sanitarias deben caminar aún un largo trecho para alcanzar a otros países de nuestro entorno.

Posteriormente describiremos con detalle los resultados del estudio que hemos dividido, para facilitar la comprensión, en los relativos a la población general, los de médicos y estudiantes, y los comparativos entre los anteriores. Seguiremos este mismo esquema para discutir los resultados contrastados con la literatura científica, ausente para muchos de los aspectos estudiados, especialmente en nuestro país.

Y, por fin, enunciaremos las conclusiones. Como en tantos otros estudios, será necesario seguir investigando para consolidar lo conocido, verificar lo intuido y abrir paso a nuevas hipótesis.

Si no se lo preguntamos, no es fácil adivinar cuántos de los pacientes que entran en nuestra consulta han acudido a medicinas complementarias. Sin duda la lectura de este trabajo nos hará tenerlas más en cuenta y asumirlas como parte de la realidad actual en el proceso salud-enfermedad de nuestros

pacientes. De esta forma evitaremos la cara de asombro con la que aquel joven médico recibió una extraña solicitud de una paciente en una lejana primavera.

REVISIÓN CRÍTICA DEL PROBLEMA

1.- CONCEPTO DE MEDICINAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS.

La OMS definió en 2002 las Medicinas Tradicionales (MT) como el conjunto de “prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades”¹. Las regiones donde las MT están implantadas son África, Latinoamérica, Sudeste asiático y Pacífico occidental. La OMS aplica el término Medicinas Alternativas y Complementarias (MAC) o No Convencionales a las mismas terapias en caso de que no pertenezcan a la tradición de un país o no estén integradas predominantemente en su sistema de salud, - como en Europa, Norteamérica y Australia -. Las mismas MAC serían medicinas complementarias en caso de utilizarse junto con la medicina convencional y alternativas si se usaran en lugar de aquella. Se da, pues, el caso, no siempre simétrico, de que una medicina pueda considerarse tradicional en un país y no convencional, alternativa o complementaria en otros como, por ejemplo, la medicina tradicional china, que es MAC en Occidente, mientras que en China la medicina occidental no se denomina alternativa ni tiene la consideración que ese término conlleva². Por extensión, se engloban como MAC aquellas nuevas terapias surgidas habitualmente en occidente como derivación o unificación de algunas MT/MAC.

Entre las definiciones de medicina complementaria emitidas por investigadores merece la pena destacar la de Ernst, una de las principales autoridades en la materia, en 1995³: es el diagnóstico, tratamiento y/o prevención que complementa a la medicina convencional, contribuyendo a un todo común, satisfaciendo una demanda no alcanzada por la ortodoxia o la diversificación de los marcos conceptuales de la medicina.

Si bien estas definiciones son recientes, la OMS trabaja para proteger e impulsar las MT/MAC desde la década de 1970⁴⁻⁶, promoviendo su integración en los sistemas nacionales de salud y la accesibilidad de la población a ellas, - especialmente desde la Atención Primaria⁷ -, y promoviendo la seguridad, eficacia y calidad de los productos y terapias⁸⁻¹⁰. Este esfuerzo institucional culminó con la Declaración de Beijing en el primer Congreso en Medicina Tradicional de la OMS (Beijing, 7 al 9 de noviembre de 2008) donde estuvieron representados más de 70 estados miembros y en la que se insta

a los gobiernos a respetar, investigar, legislar políticas e incorporar las MT/MAC a los sistemas de salud, regular el sector profesional y formar a los profesionales de la salud en ellas¹¹. En la actualidad la OMS cuenta con 19 Centros Colaboradores de referencia para las MT de los que cinco se encuentran en países occidentales. Desde ellos se promueve la investigación, el desarrollo, la innovación y la difusión de las MT/MAC^{12,13}.

Pluralismo Médico¹⁴⁻¹⁶ es otra definición relacionada con las MAC, aunque enunciada años antes. Hace referencia a la coexistencia de sistemas asistenciales y terapéuticos paralelos o alternativos que los pacientes utilizan simultáneamente en busca de la posible solución o atención de sus padecimientos.

Otro término relacionado con las MT/MAC es el de Medicina Integrativa (también llamada Medicina Integrada) que se refiere a la práctica por el mismo profesional de tratamientos convencionales y alternativos para los que existen pruebas de su seguridad y eficacia¹⁷. El término supone un matiz diferenciador con el Pluralismo médico ya que en éste las prácticas de la medicina convencional y complementaria se realizan por distintos profesionales. El uso de las MAC como complementarias (bien sea como Medicina Integrativa o como Pluralismo Médico) es el más extendido en occidente.

En nuestro país, la Organización Médica Colegial (OMC) agrupó las MAC bajo el nombre de Medicinas Alternativas y Terapias Médicas No Convencionales¹⁸, si bien se pueden encontrar otras denominaciones como medicinas o terapias naturales, paralelas, biológicas, holísticas o no integradas, en contraposición a la medicina convencional, alopática u ortodoxa¹⁹.

2.- CLASIFICACIÓN.

Las MT/MAC constituyen un grupo de terapias numeroso y variable. En el glosario de un informe del año 2000 del Ministerio de Sanidad español²⁰ figuran más de 50. El mismo número están incluidas bajo el término MeSH "*Complementary therapies*" de la *National Library of Medicine (PubMed)*²¹, pero el *Institute for Complementary and Natural Medicine* británico recoge casi 70 en 2010²², sin que constituyan relaciones exhaustivas. El principal organismo del gobierno federal de los Estados Unidos

para la investigación sobre MAC y centro colaborador de la OMS, el *National Center for Complementary and Alternative Medicine* (NCCAM), realizó una clasificación, recientemente revisada, en cuatro grupos¹⁷:

1. Productos naturales. Emplean sustancias como hierbas (fitoterapia), vitaminas (administradas a altas dosis), minerales y otros productos, muchos de ellos comercializados como suplementos dietéticos (algunos de ellos, como el calcio o los suplementos multivitamínicos de cantidades mínimas diarias, no se consideran MAC). El NCCAM incluyó recientemente a los probióticos en este grupo.
2. Terapias de interacción mente–cuerpo. Utilizan técnicas que usan las capacidades mentales para modificar el funcionamiento físico y promover la salud. En este grupo se incluyen la meditación, el yoga, terapias que utilizan ejercicios de respiración profunda, Taichi, hipnosis y las terapias que emplean el arte, la música o la danza, entre otras.
3. Terapias de manipulación del cuerpo. Realizan la manipulación o en el movimiento de una o más partes del cuerpo: huesos, articulaciones, tejidos blandos, sistema linfático y aparato circulatorio. Pertenecen a este grupo la manipulación espinal (desarrollada por la quiropráctica o la osteopatía) y diferentes técnicas de masaje.
4. Otras MAC:
 - Terapias basadas en el movimiento: como el método Feldenkrais, la técnica Alexander, Pilates, la integración psicofísica Trager y otras.
 - Sanadores o curanderos: usan métodos, teorías y experiencias transmitidas de generación en generación.
 - Terapias basadas en la energía. Emplean campos de energía. En algunas son campos medibles (terapias bioelectromagnéticas, mediante el uso no convencional de campos magnéticos, luminosos o de corriente alterna o continua). En otras son campos no cuantificables (terapias del biocampo, como en el Chi Gong o Reiki).

- Sistemas médicos alternativos. Se construyen en torno a sistemas completos de teoría y práctica que han evolucionado con el tiempo en las diferentes culturas y al margen de la medicina convencional, como por ejemplo la homeopatía, la naturopatía, la medicina tradicional china y el ayurveda.

La dificultad para realizar una taxonomía de terapias reside en varios factores: la gran diversidad de terapias, los diferentes sistemas diagnósticos y terapéuticos, las limitaciones del conocimiento sobre sus mecanismos de actuación, las implicaciones en el sector profesional (regulación legal) o económico y los diferentes conceptos de salud y enfermedad en los países y culturas donde se practican²³.

3.- RAZONES Y MOTIVACIONES PARA UTILIZAR LAS MT/MAC.

El progresivo auge de las MAC es un hecho sociológico constatable a nivel mundial. Para intentar comprender este crecimiento debemos remontarnos a la historia de la medicina y el análisis socio-antropológico del fenómeno de las MT/MAC.

Para algunos autores^{24,25} la hegemonía del modelo médico convencional sustentado en la biomedicina desplazó en el siglo XIX a segundos puestos, - cuando no a la exclusión o persecución -, a las prácticas terapéuticas ancestrales mezcla de magia, religión y algún grado de empirismo que habían coexistido hasta entonces con la medicina convencional. El enfoque positivista de la ciencia iniciado por Comte condujo a la medicina a un modelo reduccionista en el que sólo era válido o científico lo susceptible de ser observado, medido, experimentado. Este reduccionismo se tradujo en un paradigma biologicista (frente a lo espiritual), etiológico (basado en causas externas al individuo, fundamentado en los postulados de Koch) y centrado en la enfermedad (no en el enfermo). Citando a otro autor²⁶, los elementos en que se fundamenta la medicina científica son “reduccionismo (los fenómenos complejos se explican en términos de fenómenos de componentes más simples), objetividad (el observador permanece separado de lo observado), positivismo (toda la información puede derivarse de datos físicamente mensurables) y determinismo (se pueden predecir los fenómenos con el conocimiento de las leyes científicas que los determinan)”. En este contexto de

pensamiento, la salud y la enfermedad se fueron constituyeron en feudo de la clase médica, y en el siglo XIX se iniciaron diversos movimientos políticos, legislativos, profesionales y académicos destinados a implantar un modelo exclusivista de atención y terapéutica basados en el paradigma científico que sigue vigente en gran medida en nuestros días, relegando a las MAC al mundo de lo oscuro, la superstición, la ausencia de base científica y vestigios de una época de irracionalidad. Este proceso ha supuesto la exclusión social, política e ideológica de otros recursos terapéuticos y asistenciales, apartados de la medicina convencional fundamentalmente por no ser considerados científicos²⁷. Pero, paradójicamente, en las sociedades donde más afianzado está el modelo médico convencional surge en la segunda mitad del siglo XX la eclosión de las MAC. El cambio social, cultural, político y económico hace nacer un estilo de vida con valores distintos. Primero, se revaloriza la tradición, en especial por las culturas orientales (recordemos el movimiento *hippie*) y crece el interés por hábitos y enfoques de vida más saludables que incluyen la aproximación a la ecología, el cuidado del cuerpo, el consumo de complementos alimentarios, etc. Segundo, la individualización y la supremacía de la autoafirmación personal, del derecho a ser diferentes y escoger el propio estilo de vida, con la consiguiente fragmentación de los valores sociales. Por último, la pérdida de confianza en la medicina convencional que surge en la postmodernidad como fruto de lo anterior y de algunos acontecimientos en el mundo occidental de la década de los 70 (guerra de Vietnam, denuncias a la industria farmacéutica y el sistema sanitario) . En este contexto el atractivo por las terapias tradicionales, naturales y no lesivas las hace crecer exponencialmente²⁸.

Varios trabajos han recogido las razones invocadas para justificar el aumento de uso de las MAC: el fracaso de tratamientos convencionales para aliviar algunos síntomas o patologías crónicas, la congruencia de filosofía entre los postulados de las MAC y los propios del paciente, las expectativas de mayor control y protagonismo sobre la propia salud, evitar posibles efectos adversos de los tratamientos convencionales y la decepción en la relación médico-paciente en el modelo tradicional de asistencia sanitaria²⁹⁻³³. Otras razones frecuentes para usar MAC son simplemente "por probar" y tener la percepción de su eficacia, aconsejados por sanitarios, familiares o conocidos^{29,34}. No obstante, tienen más influencia las razones a favor de las MAC que aquellas en contra de la medicina convencional como motivación para utilizarlas³⁵. Los usuarios de MAC esperan mejoría de sus

síntomas, información, una aproximación más holística a sus problemas, mejorar su calidad de vida y consejos de autoayuda³³. Los pacientes que acuden a alguna MAC suelen ocultarlo a su médico de medicina convencional con el argumento de que no importa que no lo sepan, o que no es asunto suyo, o que el médico nunca les preguntó, o no lo entendería, le sentaría mal e incluso no les seguiría atendiendo³⁶. El porcentaje de encubrimiento del uso de MAC al médico convencional va del 42% al 77% según estudios³⁷, por lo que se recomienda preguntar siempre por su utilización cuando se realice la historia clínica³⁸.

4.- SITUACIÓN DE LAS MT/MAC EN EL MUNDO.

a) ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE USO DE MT/MAC POR LA POBLACIÓN GENERAL

El aumento de utilización de MT/MAC se ha evidenciado en numerosos estudios epidemiológicos poblacionales, especialmente en los últimos 15 años. El primer estudio del que se tiene constancia es el realizado en Austria por Haidinger y Gredler en 1988³⁹ pero por la metodología del muestreo poblacional y haber realizado la recogida de datos 10 años antes, sus resultados no se consideran fiables⁴⁰.

Tabla 1.- Prevalencias de uso de MAC en Europa (en porcentajes). Datos procedentes de diferentes encuestas de opinión entre 1985 y 1992. Los datos de la primera columna no contienen a los de las siguientes. *Adaptado de: Fisher P, Ward A. Complementary Medicine in Europe. BMJ 1994;309:107*

País	Cualquier tipo de MAC	Acupuntura	Homeopatía	Masaje (incluidas osteopatía y quiropraxia)	Fitoterapia
Bélgica	31	19	56	19	31
Dinamarca	23,2	12	28	23	n.c.
Francia	49	21	32	7	12
Alemania	46	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
Países Bajos	20	16	31	n.c.	n.c.
Suecia	25	12	15	48	n.c.
Reino Unido	26	16	16	36	24
Estados Unidos	34	3	3	30	9

n.c.: no constan datos

El primer estudio exhaustivo lo realizó Eisenberg et al en 1993 en EEUU obteniendo que el 34% de la población había usado durante el año 1990 alguna de las 16 terapias a las que se limitaba la entrevista³⁸. Otro estudio clásico es el de Fisher y Ward en 1994 que describieron por primera vez la situación de las MAC en Europa⁴¹. En la tabla 1 se reproducen los datos aportados en su estudio, que incluyen los obtenidos por Eisenberg. La OMS¹, recogiendo ambos estudios entre otros, refiere los datos de uso de MT/MAC de algunos países según la figura 1.

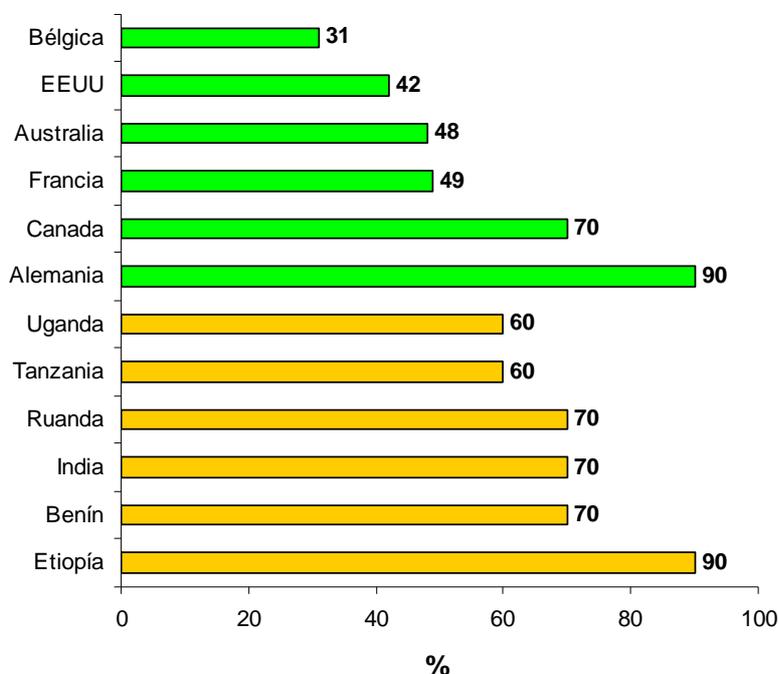


Figura 1.- Uso de MT/MAC por la población general en diferentes países (se señalan en verde aquellos en que son consideradas MAC y en naranja donde son consideradas MT).
 Adaptado de: World Health Organization. *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional: 2002-2005*. Ginebra: World Health Organization; 2002:9-10.

Los estudios se sucedieron en la década de los 90 (Vickers 1994⁴², Paramore 1997⁴³, Haussermann 1997⁴⁴, Astin 1998³²). En la tabla 2 se exponen con detalle los principales trabajos en países occidentales.

Tabla 2.- Descripción de los principales estudios de uso de MAC en occidente.

Autor, año	País	Fecha del estudio	Muestra	Edad	Metodología	Respuesta	Prevalencia uso MAC	Período uso MAC
MacLennan, 1996 ⁴⁵	Australia	1993	3004	> 15 años	Entrevista personal domiciliaria	73,0%	48,5%	12 meses anteriores
MacLennan, 2006 ⁴⁶	Australia	2004	3015	> 15 años	Entrevista personal domiciliaria	71,7%	52,2%	12 meses anteriores
Xue, 2007 ⁴⁷	Australia	2005	1067	> 17 años	Entrevista telefónica	15,0%	44,1%	12 meses anteriores
Verhoef, 1994 ⁴⁸	Canadá	1992	563	Cualquier edad	Entrevista personal	78%	19,8%	6 meses anteriores
Millar, 1997 ⁴⁹	Canadá	1995	17626	> 15 años	Encuesta nacional salud (entrevista personal domiciliaria)	n.c.	15%	12 meses anteriores
Eisenberg, 1993 ³⁸	EEUU	1990	1539	> 17 años	Entrevista telefónica	67,0%	33,8%	12 meses anteriores
Kessler, 2001 ⁵⁰	EEUU	1997-1998	4167	> 17 años	Entrevista telefónica	60,0%	67,6%	Alguna vez en la vida
Tindle, 2005 ⁵¹	EEUU	2002	31044	> 17 años	Encuesta nacional salud (entrevista personal domiciliaria)	74,3%	35,1%	12 meses anteriores
Barnes, 2008 ⁵²	EEUU	2007	32810	Cualquier edad; en <14 años a padres	Encuesta nacional salud (entrevista personal domiciliaria)	87,1%	38,3%	12 meses anteriores
Featherstone, 2003 ⁵³	Escocia	2000	1987	> 17 años	Cuestionario postal	59,0%	39,0%	4 semanas anteriores
Vaskilampi, 1993 ⁵⁴	Finlandia	1982	1618	15 – 64 años	Entrevista telefónica	92%	23%	12 meses anteriores
Mennitti-Ippolito, 2002 ⁵⁵	Italia	1999-2000	70898	Cualquier edad; en <14 años a padres	Encuesta nacional salud (entrevista personal domiciliaria)	n.c.	15,6%	36 meses anteriores
Ernst, 2000 ⁵⁶	Reino Unido	1999	1204	> 17 años	Entrevista telefónica	n.c.	20,0%	12 meses anteriores
Thomas, 2004 ⁵⁷	Reino Unido	2001	2761	> 15 años	Entrevista personal domiciliaria	65,0%	10,0%	12 meses anteriores
Hunt, 2010 ⁵⁸	Reino Unido	2005	7630	> 15 años	Encuesta nacional salud (entrevista personal domiciliaria)	71,0%	26,3% / 44,0%	12 meses anteriores / alguna vez en la vida
Nilsson, 2001 ⁵⁹	Suecia	1999	8051	25 - 74 años	Cuestionario postal	72,1%	22,6%	12 meses anteriores

n.c.: no constan datos

También hay estudios que aportan datos de uso de MT/MAC en otros países: 25% a 72% en Portugal⁶⁰; 74% en Suiza⁶¹; 28% (de las familias) en Italia⁶²; 40% en Bélgica⁶³; 75% en Francia¹; 74,8% en Corea del Sur⁶⁴; 76% en Japón⁶⁵; 21,1% en Brunei⁶⁶; 76% en Singapur⁶⁷; 51,7% en Pakistán⁶⁸; 68% en Arabia Saudí⁶⁹; 18,7% en Israel⁷⁰; 6,1% a 50% en Sudáfrica⁷¹; 80,5% en Nigeria⁷².

En el caso de los países de América Latina hay pocos datos oficiales pero la Organización Panamericana de la Salud (OPS) inició un programa de salud específico denominado "Salud de los pueblos indígenas de las Américas", ya que el porcentaje de población indígena en algunos países es de hasta el 70% y el número de terapeutas tradicionales es similar al de médicos convencionales o incluso mayor, como en Nicaragua, República Dominicana, Bolivia o Ecuador⁷³. No obstante se han obtenido datos específicos de uso de MT/MAC en Chile (70%), Colombia (40%)⁷⁴ y Brasil (70%)⁷⁵. Al igual que en África, los médicos convencionales son escasos y se concentran en áreas urbanas por lo que para la población la MT es un recurso sanitario indispensable, accesible y más económico.

Algunos estudios comparan los datos de la población general en dos períodos de tiempo. Es el caso del estudio de Eisenberg⁷⁶, donde se constata que entre 1991 y 1997 el uso de MAC en EEUU aumentó de un 33,8% a un 42,1%. En Suiza entre 1993 y 1999 pasó del 21,9% al 29,5%⁷⁷. En Israel, del 6% en 1993 al 10% en 2000⁷⁸. En Australia, del 48,5% en 1993 al 52,15 en 2000⁷⁹. En 1982 en Francia, el 16% de la población utilizaba homeopatía, aumentó al 29% en 1987 y al 36% en 1992⁸⁰.

Aunque el uso de MAC en occidente es preferentemente como medicina complementaria, en un estudio reciente derivado de una encuesta nacional de salud con población de EEUU que no había acudido a la medicina convencional en el último año a pesar de que casi un 40% tuvo algún problema de salud, se descubrió que casi una cuarta parte de ellos (24,8%; 9,5 millones de personas) las había utilizado como medicina alternativa⁸¹. Por contra, en India, donde la homeopatía es una MT, el 62% de sus usuarios nunca han usado medicina convencional, y el 82% no tienen intención de utilizarla⁸².

En algunos estudios se nos aportan datos comparativos con el uso de la medicina convencional y los gastos asociados que ayudan a dimensionar la cuestión. Eisenberg estima el número de consultas a MAC en EEUU en 1997 en casi 629 millones, mientras que a médicos convencionales fueron 386

millones. El gasto estimado en MAC (consultas y adquisición de productos) en ese año se calcula entre 27.000 y 34.400 millones de dólares americanos, mientras que en gastos de hospitalización en medicina convencional se estimaba gastar 9.100 millones y en médicos convencionales 29.300 millones⁷⁶. En Reino Unido en 1998 se realizaron 22 millones de visitas a seis MAC con un coste de 450 millones de libras, de las cuales el 21% fueron subvencionadas por el *National Health Service* (NHS). En contexto, ese año el NHS gastó cinco veces más (3.846 millones de libras) en todos los gastos de atención a la familia del sistema sanitario (pago de médicos de familia, servicios de odontología y oftalmología, etc.)⁸³. En Australia en 2005, el número de visitas a MAC estimado en el último año fue de 69,2 millones, mientras que a médicos convencionales fue de 69,3 millones con gastos similares (1.730 y 1.600 millones de dólares australianos, respectivamente)⁴⁷.

b) ESTUDIOS DE USO DE MT/MAC POR GRUPOS DE PACIENTES O PATOLOGÍAS.

Los estudios sobre uso de MAC en grupos de pacientes con determinadas patologías son muy numerosos. Por ejemplo, en enfermos oncológicos de 14 países, incluido el nuestro, un estudio obtuvo porcentajes de uso del 14,8% al 73,1% para 58 diferentes terapias, principalmente fitoterapia y homeopatía⁸⁴. Otros estudios se realizaron en pacientes con patologías alérgicas⁸⁵, musculoesqueléticas^{86,87}, ginecológicas^{88,89}, quirúrgicas^{90,91}, digestivas^{92,93}, oftalmológicas^{94,95}, psiquiátricas^{96,97}, cardíacas^{98,99}, endocrino-metabólicas¹⁰⁰, respiratorias^{101,102}, neurológicas¹⁰³⁻¹⁰⁵ y hematológicas¹⁰⁶, por poner algunos ejemplos. Lo constatable es la extensión del uso de MAC en múltiples situaciones y patologías.

c) ESTUDIOS DE CONSUMO DE PRODUCTOS NATURALES O ALTERNATIVOS.

Como no podía ser de otra forma, un indicador directo del uso de MT/MAC es el consumo y venta de productos alternativos o naturales, entendiendo por éstos los relacionados con las MT/MAC. En la revisión de Fisher y Ward⁴¹ se aportan numerosos datos sobre el incremento de la demanda y ventas

de fitoterapia y homeopatía en diferentes países europeos. En la figura 2 se muestran las ventas de homeopatía en 1991 recogidas en dicho estudio.

El volumen de ventas de homeopatía en Europa en 2005 ascendió a 1.771 millones de euros (precios al consumidor). Entre 1995 y 2005 se incrementó en un 60%. Los consumidores gastaron una media de 4 euros en productos homeopáticos en 2005. La cuota del mercado farmacéutico europeo fue del 1%, y del 7% del mercado sin receta (OTC)¹⁰⁷.

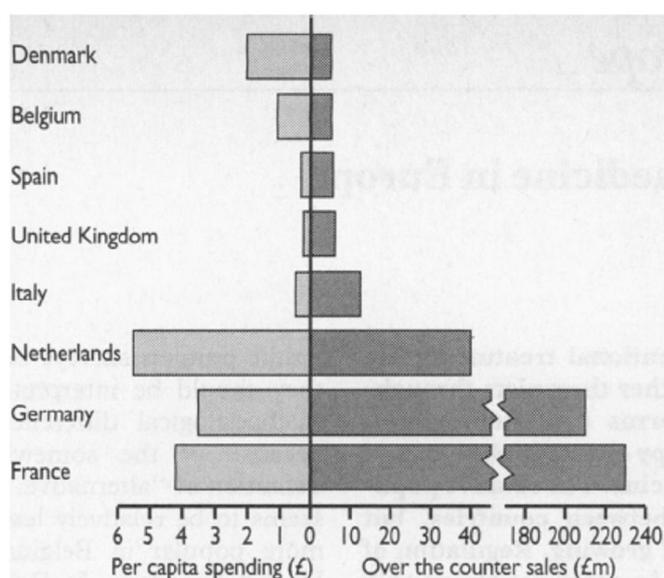


Figura 2.- El mercado de homeopatía en países europeos, 1991. Tomado de: Fisher P, Ward A. *Complementary Medicine in Europe. BMJ 1994;309:108.*

El mercado mundial de fitoterapia basada en el conocimiento tradicional se estimó en 2000 en 60 mil millones de dólares americanos¹⁰⁸. Un estudio estadounidense en 2002 demostró que el 19% de la población había consumido productos alternativos, fundamentalmente equinacea y ginseng, si bien no se habían incluido en el estudio los consumidores de dosis elevadas de vitaminas¹⁰⁹. En 2007 era un 17,7%, incluyendo el consumo de ácidos grasos y glucosamina⁵². Otro estudio australiano evidencia el crecimiento del consumo entre 1993, 2000 y 2004: en total aumentó del un 48,5% de la población, a un 52,1% y posteriormente un 52,2%⁴⁶.

d) **INCORPORACIÓN DE LAS MT/MAC A LOS SISTEMAS SANITARIOS Y REGULACIÓN DEL SECTOR PROFESIONAL.**

La OMS definió en 2002 tres tipos de sistemas de salud para describir el grado en que las MT/MAC constituyen un elemento sanitario oficialmente reconocido¹.

En un "sistema integrador", la MT/MAC está oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria. Esto significa que la MT/MAC está incluida en la política de fármacos del país; los proveedores y los productos están registrados y regulados; las terapias están disponibles en el sistema sanitario público y privado; el tratamiento de MT/MAC se reembolsa bajo los sistemas de aseguramiento sanitario; se realiza investigación y se dispone de una estructura educativa sobre MT/MAC. Mundialmente, sólo China, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea y Vietnam pueden considerarse tener un "sistema integrador".

Un "sistema inclusivo" reconoce la MT/MAC pero todavía no está totalmente integrada en todos los aspectos de la sanidad: quizás no esté disponible en todos los niveles sanitarios, o el sistema de aseguramiento sanitario no cubra los tratamientos, o la educación oficial en MT/MAC no esté desarrollada en el ámbito universitario, o no exista regulación de los proveedores y productos de MT/MAC o sea sólo una regulación parcial. Tienen este "sistema inclusivo" India, Sri Lanka, Indonesia, Japón, Australia, Emiratos Árabes Unidos, Alemania, Noruega, Reino Unido, Canadá, EEUU, Ghana y Nigeria.

En países con un "sistema tolerante", el sistema sanitario está basado enteramente en la medicina convencional, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT/MAC.

Un informe posterior de la OMS sobre las políticas nacionales en MT/MAC en el 74% de los estados miembros (n=141), revela que 45 (32%) tenían instaurada una política en MT/MAC; del resto, en 51 estaba siendo desarrollada. 54 (38%) habían desarrollado leyes y normativas. 40 estados (28%) declararon que habían organizado un programa nacional en MT/MAC. El 53% (75 estados) tenían una oficina nacional encargada de MT/MAC en la mayoría dependiente del ministerio de sanidad correspondiente. 61 países (43%) contaban con comités de expertos en la materia. 58 estados (41%) tenían un instituto o agencia nacional en MT/MAC o fitoterapia. España era uno de los países que no

cumplía ninguno de los seis requisitos relacionados en dicho informe, con la excepción de la normativa sobre productos farmacéuticos convencionales que incluye algunos aspectos sobre productos alternativos¹¹⁰.

Un informe del Consejo de Europa, - organización internacional gubernamental que agrupa a los cuarenta y siete estados europeos -, sobre la situación de las MAC, anima a los estados miembros a desarrollar políticas para incorporar las MAC en los estados y abordar la regulación del sector profesional, fundamentándose en el principio de libre elección del paciente y buscando alcanzar el objetivo de salvaguardar la seguridad del paciente y la ética del ejercicio profesional, tanto de los médicos como de los terapeutas no sanitarios¹¹¹.

Quizás sea Gran Bretaña el modelo de sistema sanitario público que más se asemeja al español. Sin embargo, en el NHS en 1995 casi el 40% de los médicos de familia (GP, *general practitioner*) proporcionaba acceso a MAC, bien dentro del propio equipo de atención primaria o a profesionales y centros de referencia dentro del NHS, bien a profesionales asociados autónomos¹¹². El mismo estudio, repetido en 2001, reveló que el porcentaje había subido al 49,4%, y que casi el 30% de las consultas en MAC eran administradas por profesionales del propio centro de salud, mientras que casi un 27% se derivaban a otros profesionales dentro del NHS. El 70% del gasto en MT/MAC era asumido por el NHS¹¹³. Cinco hospitales homeopáticos británicos reciben derivaciones de centros sanitarios públicos, como cualquier otro servicio convencional, y con cargo al NHS. En otros hospitales convencionales se aplican MT/MAC por los propios profesionales sanitarios: acupuntura en unidades del dolor y servicios de fisioterapia u obstetricia; hipnosis y técnicas de relajación en servicios de psicología clínica; aromaterapia, homeopatía, acupuntura, hipnosis, masajes, etc. en servicios de atención a terminales¹¹⁴.

En 1998 el gobierno suizo incluyó cinco MAC entre las prestaciones del sistema sanitario público (basado en seguros de asistencia sanitaria privados) siempre que fueran profesionales del propio sistema quienes las administraran. Las cinco terapias eran acupuntura, homeopatía, medicina antroposófica, terapia neural y fitoterapia. En 2005 se evaluaron los costes de todas menos la acupuntura, para decidir su continuidad dentro del sistema sanitario público⁶¹. Los estudios

obtuvieron que los costes anuales de los médicos que practicaban alguna de las cinco MAC eran un 29% más baratos para el sistema sanitario, el tiempo dedicado al paciente era mayor y los pacientes expresaban mayores índices de satisfacción^{115,116}. Tras someter a una exhaustiva revisión la cuestión, finalmente Suiza se convirtió en el primer país europeo que introdujo en su constitución la obligación de que las MAC fueran incluidas dentro del sistema sanitario público, tras celebrar un referéndum popular el 17 de mayo de 2009 que alcanzó un 67% de votos a favor. Esto supondrá la admisión en el sistema sanitario público de los médicos que practiquen estas terapias, la creación de diplomas para los terapeutas no sanitarios, la inclusión de las MAC en las enseñanzas oficiales y las líneas estratégicas de investigación y la custodia por el sistema sanitario de los medicamentos alternativos empleados y probados¹¹⁷.

India tiene siete sistemas de asistencia sanitaria paralelos de los cuales uno es el basado en medicina convencional. Los otros seis son: ayurveda, yoga, unani, siddha, naturopatía y homeopatía. En India el 10% de la población (unos 100 millones de personas) dependen exclusivamente de la homeopatía para el cuidado de su salud. El gobierno indio tenía registrados en 2007 250.000 médicos homeópatas, al 75% de los cuales pagó su formación. En las facultades de medicina, independientemente de la orientación final de sus alumnos (medicina convencional u otras), comparten los tres primeros años de formación con la homeopática. El gobierno dispone de 11.000 camas en hospitales homeopáticos¹¹⁸.

Por último, Alemania inició su política en MAC en 1976. En 1995 alrededor de 5.700 médicos habían recibido formación en MAC y en 2000 el número casi se duplicó (10.800). La homeopatía era practicada por 4.500 médicos, casi el doble que en 1994¹¹⁹. Aún así, la MAC más utilizada en Alemania era la acupuntura: en 2004, el 25% de los médicos generales estaban formados para trabajar con ella. Casi otro 20% tenían la acreditación profesional en naturopatía (13.502 médicos), quiropráctica (15.970) u homeopatía (5.538)¹²⁰. El sistema de aseguramiento público sólo cubre una parte de las MAC, siempre que los médicos estén acreditados. Algunas compañías aseguradoras privadas pagan algunos servicios de MAC, también los administrados por terapeutas no médicos, los *Heilpraktiker*, reconocidos legalmente desde 1935. Se calcula que en 2007 había unos 20.000 *Heilpraktiker* frente a

60.000 médicos practicantes de MAC¹²¹. En Alemania, al igual que en Países Bajos o Suecia, los hospitales de medicina antroposófica forman parte del sistema nacional de salud¹¹¹.

Aunque en este breve recorrido ya es posible hacerse una idea de la diferente situación de las MAC en nuestro país, a continuación la analizaremos con detalle.

5.- SITUACIÓN DE LAS MAC EN ESPAÑA.

a) ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE USO DE MT/MAC POR LA POBLACIÓN GENERAL

Sobre la situación en España, lo primero que llama la atención es que hay pocos estudios y con conclusiones dispares. Realizada una búsqueda en PubMed con el término MeSH "*Complementary therapies – utilization*" el 23 de marzo de 2011 se contabilizaron 2.032 artículos de los que sólo 13 eran españoles.

Diferentes encuestas poblacionales han incluido algunas cuestiones (una habitualmente) sobre el uso de MAC o sus productos. Las Encuestas Nacionales de Salud de España no interrogan sobre el uso de MAC sino sobre el consumo de productos de medicinas alternativas, como veremos más adelante. Tras revisar las encuestas de salud autonómicas se han obtenido los datos que se exponen a continuación (tabla 3). La comparación se dificulta por la heterogeneidad de los cuestionarios, de la explotación de datos y, en algún caso, de la difusión de los resultados. Cataluña y Canarias son las comunidades que mejor han estudiado y seguido la cuestión. Es llamativo que algunas autonomías no incluyan preguntas relativas al tema aún cuando se conocen los datos autonómicos del uso de productos alternativos incluidos en las Encuestas Nacionales de Salud. Es el caso de Extremadura, La Rioja, Galicia, Cantabria, País Vasco, Aragón, Andalucía y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla.

La Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2006 incluyó en la pregunta la consulta a gabinetes de estética. Se justifica porque en numerosas ocasiones se incluyen entre sus servicios los relacionados con uso de productos alternativos, dietas no convencionales y otras MAC para algunos síntomas (ansiedad, retención de líquidos, etc.). En el cuestionario infantil no se preguntó sobre el uso de MAC.

Tabla 3.- Resultados de las encuestas de salud poblacionales sobre uso de MAC en España.

Fuente	Lugar	Edad	MAC analizadas	Resultados	Período uso MAC
Encuesta Europea de Salud en España 2009 ¹²²	España	> 15 años	No especificadas	4,38% (global) Las de mayor prevalencia: Madrid (7,32%), Cataluña (5,70%) y Canarias (5%)	12 meses anteriores
Encuesta Regional de Salud de Madrid 2007 ¹²³	Comunidad de Madrid	> 15 años	Homeopatía	1,3%	12 meses anteriores
Encuesta de Salud de Cataluña 1994 ¹²⁴	Cataluña	Todas	Homeopatía, naturopatía, acupuntura	Hom: 1,1% Nat: 0,9% Acu: 0,6%	12 meses anteriores
Encuesta de Salud de Cataluña 2002 ¹²⁵	Cataluña	Todas	Homeopatía, naturopatía, acupuntura	Hom: 1,9% Nat: 1,5% Acu: 1,1%	12 meses anteriores
Encuesta de Salud de Cataluña 2006 ¹²⁶	Cataluña	Todas	Homeopatía, naturopatía, acupuntura, osteopatía, quiropráctica	Hom*: 2,0% Nat*: 2,2% Acu*: 1,8% Ost*: 2,8% Qui*: 0,3%	12 meses anteriores
Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2006 ¹²⁷	Castilla - La Mancha	> 15 años	Homeopatía, naturopatía, acupuntura, osteopatía, curanderos, herbolario, gabinetes de estética	Hom: 0,4% Nat: 0,8% Acu: 0,7% Ost: 0,2% Cur: 0,3% Her: 1,9% Est: 4,6%	12 meses anteriores
Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001 ¹²⁸	Comunidad Valenciana	Todas	No especificadas	3,5% de la población es partidaria de ellas	-
Encuesta de Salud de Canarias 2004 ¹²⁹	Islas Canarias	Todas	Homeopatía + naturopatía + osteopatía, acupuntura, curanderos, otras	Hom+Nat+Ost: 7,61% Acu: 2,98% Cur: 3,72%	12 meses anteriores
Encuesta de Salud de Canarias 2009 ¹³⁰	Islas Canarias	Todas	Homeopatía + naturopatía + osteopatía, acupuntura, curanderos	Hom+Nat+Ost: 4,83% Acu: 1,84% Cur: 0,67% Otr: 2,48%	12 meses anteriores
Encuesta de Salud de Asturias 2002 ¹³¹	Asturias	> 15 años	Homeopatía o acupuntura, curanderos o brujos	Hom/Acu: 0,3% Cur: 0,2%	12 meses anteriores
Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2005 ¹³²	Ciudad de Madrid	> 16 años	Homeopatía, naturopatía, acupuntura, osteopatía, otras	Hom: 2,3% Nat: 2,6% Acu: 1,0% Ost: <1,0% Otr: <1,0%	Alguna vez en la vida

* Datos referidos sólo a población mayor de 14 años.

Acu: acupuntura; Cur: curanderos; Est: gabinetes de estética; Her: herbolarios; Hom: homeopatía; Nat: naturopatía; Ost: osteopatía; Otr: otras

La Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001 no interrogaba por el uso de MAC sino por su opinión sobre ellas. En la encuesta posterior, del 2005, se eliminó la pregunta. En la Encuesta de Salud de Asturias 2002 llama la atención que se incluye la asistencia a brujos junto con los curanderos. La cuestión sobre MAC se retiró de la siguiente encuesta poblacional de 2008 y se incluyó sobre el consumo de productos alternativos. Los resultados del Estudio de Salud de la Ciudad de Madrid 2005 no figuran, curiosamente, entre los diversos publicados por el organismo municipal y se extrajeron de una comunicación de sus autores a un congreso autonómico.

Para favorecer la comparación, se reflejan en la tabla 4 los resultados de población infantil de las citadas Encuestas de Salud de Cataluña 1994, 2002 y 2006. En 2002 las consultas al homeópata fueron casi el doble que en población adulta.

Tabla 4.- Porcentajes de visitas de la población catalana menor de 15 años a determinadas MAC en los últimos doce meses. Datos de las encuestas de salud de Cataluña 1994, 2002 y 2006.

	1994	2002	2006
Homeópata	0,9	3,7	3,1
Naturista	0,9	0,7	0,8
Acupuntor	-	0,3	0,3
Osteópata	-	-	0,7
Quiropráctico	-	-	0,04

Las encuestas poblacionales, cuya principal limitación es la falta de profundización en los matices de la cuestión abordada, difieren mucho con los resultados obtenidos en los pocos estudios realizados sobre el uso de MAC en nuestro país.

El primer estudio poblacional del que se tiene constancia es el realizado en diciembre de 1990 por la OCU, Organización de Consumidores y Usuarios, sobre una muestra representativa nacional de 1.000 entrevistados mayores de 15 años sobre el conocimiento y uso de alguna de 33 terapias enunciadas y productos alternativos. El 90% conocía alguna de ellas. Se estimó que un 5,9% de la población española de esa edad había acudido a consulta de alguna MAC en el último año, y aumentaba a casi un 9% si se sumaban los consumidores de productos alternativos autoprescritos. Se habrían generado

cerca de 15 millones de consultas, frente a los 185 millones a médicos convencionales de cualquier nivel asistencial. Las terapias más utilizadas fueron la medicina naturista y los curanderos¹³³.

Otro estudio poblacional fue el realizado en 2005 por la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía (AETSA) y la Escuela Andaluza de Salud Pública sobre una muestra de 1.000 residentes mayores de 16 años de Andalucía, Ceuta y Melilla. Se preguntó por el conocimiento y utilización de 21 terapias. Infiere que un 25% de la población andaluza había utilizado MAC en alguna ocasión de la vida, aunque en dicho trabajo se incluyeron los grupos de autoayuda y la ingesta de aguas minero-medicinales como MAC. Las MAC más utilizadas fueron acupuntura y homeopatía, seguidas de productos biológicos (dietas, fitoterapia, megavitaminas)¹³⁴. Previamente, en la proposición no de Ley que presentó el grupo socialista ante el Parlamento de Andalucía en julio de 1999 se cita, - sin referir fuentes -, que aproximadamente entre un 25% y un 45% de los andaluces utilizaban MAC¹³⁵.

Una tesis doctoral sobre una muestra de población (n=506) de 48 a 90 años que acudió al balneario de Tus (Albacete) en 1995 recogió que un 25% de ellos había utilizado medicinas alternativas en alguna ocasión¹³⁶.

En una consulta de un centro de salud de Valladolid se escogió en 2001 una muestra de 127 pacientes para conocer el uso y consumo de MAC. 6 (4,7%) habían acudido al homeópata (no se cita en qué período), 4 (3,1%) a masajistas y 47 (37%) a curanderos o sanadores. 45 (34,6%) habían consumido productos de fitoterapia (tampoco se cita período)¹³⁷.

Un estudio realizado en la Comunidad de Madrid en 2004 sobre una muestra de 407 personas escogidas al azar en los intercambiadores de transportes de la ciudad de Madrid, concluye que un 64% de ellas había utilizado en alguna ocasión alguna de las nueve MAC incluidas en el cuestionario. Las más utilizadas fueron los masajes, las hierbas medicinales y las técnicas de relajación¹³⁸.

Por último, en un estudio de mercado realizado en 2007 sobre 2.000 españoles de 16 a 65 años por el Observatorio de Terapias Naturales, se estima que un 23,6% de la población española utilizó MAC en

alguna ocasión y un 12,9% durante dicho año. Las terapias más utilizadas fueron el yoga, la acupuntura, el quiromasaje y la homeopatía¹³⁹.

Algunos autores resaltan el creciente impacto mediático de las MAC como reflejo de la situación real de su incremento a pesar de que a nivel político, académico, científico o profesional haya tenido escasa repercusión^{34,140}. Una tesis doctoral sobre radio y televisión en Aragón observó que en la sección de salud de los medios locales (casi el 10% del apartado de entretenimiento) el tema más presente eran las medicinas alternativas (46,04%), antes que el alcoholismo (26,88%) o las enfermedades (10,51%). En las radios generales estaban presentes en un 4,47% de las emisiones de salud, por detrás de los otros temas citados¹⁴¹.

b) ESTUDIOS DE USO DE MT/MAC POR GRUPOS DE PACIENTES O PATOLOGÍAS.

Los estudios poblacionales requieren una más compleja planificación y ejecución que los realizados en los entornos clínicos habituales. Ello justifica la realización en nuestro país de varios estudios que muestran la utilización de MAC por la población con ocasión de sus diferentes patologías, sobre todo digestivas¹⁴²⁻¹⁴⁶, con diversas cifras de frecuencia de uso. Si bien parecen escasos en comparación con la literatura internacional similar, son más los estudios focalizados en el consumo de productos, especialmente fitoterapia, como veremos a continuación.

c) ESTUDIOS DE CONSUMO DE PRODUCTOS NATURALES O ALTERNATIVOS.

Las Encuestas Nacionales de Salud 2003 y 2006 evaluaron el consumo de productos de MAC por la población española en las últimas dos semanas. Las comunidades autónomas donde más se consumieron fueron Navarra, País Vasco y Comunidad Valenciana. Algunas comunidades autónomas realizaron sus encuestas de salud tras un convenio con el Instituto Nacional de Estadística para ampliar la muestra correspondiente a sus territorios en el trabajo de campo realizado en las Encuestas Nacionales correspondientes. Es el caso de Castilla y León, Navarra y Murcia. Al igual que en el caso de utilización de MAC, las diferencias en los cuestionarios, en la explotación de los datos y

en la presentación de los resultados dificultan la comparación. En la tabla 5 se exponen los resultados de dichas encuestas y de otras poblacionales, especificando en algunos casos los límites etarios de los estudios.

Existen varios estudios españoles donde se cuantifica el consumo de fitoterapia, hierbas medicinales o remedios naturales con frecuencias de consumo del 15,4% al 59,6%¹⁴⁷⁻¹⁵². Merece la pena destacar el realizado por INFITO, Centro de Investigación sobre Fitoterapia, en 2007 sobre una muestra de 1.833 personas a nivel nacional: el 33% de los españoles declaró consumir plantas con fines terapéuticos, que mayoritariamente adquirirían en la farmacia o el herbolario, aunque también en el supermercado¹⁵³. Una revisión realizada sobre el sector profesional de los herbolarios estima que existían en 2007 unos 4.600 establecimientos en España, uno por cada 9.600 habitantes, aproximadamente, con un volumen de ventas en 2005 de 360 millones de euros y un crecimiento anual del 2 al 5%¹⁵⁴.

Tabla 5.- Resultados de las encuestas de salud poblacionales sobre el uso de productos alternativos.

Fuente	Comunidad Autónoma	Tipo de productos alternativos	Consumo en las últimas dos semanas
Encuesta Nacional de Salud 2003 ¹⁵⁵	Todas	No específica	5,5% total (en mujeres 45-54 años: 11,66%)
Encuesta Nacional de Salud 2006 ¹⁵⁶	Todas	Homeopatía, productos naturistas	4,5% total (en mujeres 45-54 años: 11,51%). 84,52% prod. naturistas y 28,36% homeopatía
Encuesta Regional de Salud de Castilla y León 2003 ¹⁵⁷	Castilla y León*	No específica	4,16% total (en mujeres 45-54 años: 9,57%)
Encuesta Nacional de Salud 2006 Navarra ¹⁵⁸	Navarra*	Homeopatía, productos naturistas	Prod. Naturistas: ≥16 años: 8,4% mujeres y 4,2% varones. <16 años: 3,7%. Homeopatía: ≥16 años: 5,2% mujeres y 1% varones. <16 años: 3,9%
Encuesta Nacional de Salud 2006 Región de Murcia ¹⁵⁹	Murcia*	Homeopatía, productos naturistas	2,3% total. 78,8% prod. naturistas y 30,2% homeopatía
Encuesta de Salud para Asturias 2002 ¹³¹	Asturias	No específica	3,0% total (> 15 años)
Encuesta de Salud de Asturias 2008 ¹⁶⁰	Asturias	No específica	3,0% total (> 15 años)
Encuesta de Salud Infantil de Asturias 2009 ¹⁶¹	Asturias	Homeopatía, productos naturistas	Homeopatía: 0,2% a 0,6% (según áreas). Prod. Naturistas: 0,4% (< 16 años)
Encuesta de Salud de las Islas Baleares 2007 ¹⁶²	Islas Baleares	Homeopatía, productos naturistas	Prod. naturistas: 5,4% total. Homeopatía: 1,6% total
Encuesta de salud de la ciudad de Madrid 2005 ¹³²	Ciudad de Madrid	No específica	9,0% total (> 16 años)

* Realizados mediante convenio con el INE para coordinación con las Encuestas Nacionales de Salud.

d) **INCORPORACIÓN DE LAS MT/MAC AL SISTEMA SANITARIO ESPAÑOL Y REGULACIÓN DEL SECTOR PROFESIONAL.**

En nuestro país actualmente la práctica de MAC dentro del sistema sanitario público se reduce a prácticas individuales de profesionales aislados, a excepción de algunas experiencias desarrolladas en centros sanitarios de Andalucía que hicieron considerar a la Junta de Andalucía la inclusión de la acupuntura dentro de la cartera de servicios de la sanidad pública, ya que se realizaba en unidades del dolor y servicios de rehabilitación de siete hospitales y centros de especialidades, y en cinco centros de salud^{134,163,164}. En Cataluña los hospitales de Mataró y Santa Tecla de Tarragona tienen programas en prueba con MAC^{165,166}.

No existen registros exhaustivos de los profesionales, sanitarios o no, que ejercen las MAC en nuestro país. Algunos autores cifran en 6.000 médicos de familia y 1.500 pediatras los dedicados a la homeopatía¹⁶⁷, y unos 50.000 los no sanitarios dedicados a terapias naturales en España¹⁵⁴. El estudio andaluz de la AETSA relacionaba 939 profesionales de MAC con ejercicio en Andalucía, de los que el 65% eran sanitarios (sobre todo fisioterapeutas) y el 35% no sanitarios¹³⁴.

Actualmente tampoco existe una regulación específica del sector. En 1993 la OMC publicó un documento de objetivos para el proceso de regulación ya que la legislación existente era contradictoria. Por una parte la Real Orden sobre Naturismo Médico de 1926 establece a los naturópatas como una rama de la Medicina, excluyendo a los practicantes no médicos. Por otra, un Real Decreto de 1990 sobre actividades económicas incluye en la agrupación 84, epígrafe 841, las actividades de naturópatas, acupuntores y otros profesionales parasanitarios, y no se exige para su ejercicio más que una licencia fiscal, ya que sólo se trata de una regulación a efectos impositivos¹⁶⁸. Una vez obtenida, el Ministerio de Trabajo les registra bajo el epígrafe "profesionales de las terapias alternativas" de su Clasificación Nacional de Ocupaciones. Por otra parte, algunas sentencias judiciales avalan que no se puede acusar de intrusismo a aquellos profesionales no sanitarios que ejercen unas prácticas no incluidas en ninguna titulación o plan de estudios de las actuales profesiones sanitarias o de sus especializaciones, al no ser exigida tampoco una titulación específica para su desempeño, siempre que no ejerciten actos diagnósticos, - propios de médicos -, o se hagan pasar por profesionales sanitarios¹⁶⁹.

Este vacío legal ha supuesto numerosos conflictos y litigios entre terapeutas y profesionales sanitarios. Los terapeutas, agrupados en asociaciones colegiales, han intentado el reconocimiento de la profesión desde diferentes sectores: reuniones con partidos políticos, noticias en medios de comunicación, concienciación de la población general, impulso de asociaciones de pacientes, elaboración de documentos y propuestas de regulación, celebración de jornadas y congresos, etc. En algunas publicaciones del sector se difundió en 2003 que la Comisión de Peticiones del Parlamento Europeo estudiaría una propuesta realizada por un terapeuta español para la regulación de las terapias naturales en nuestro país¹⁷⁰. Asimismo se hacían eco en 2004 de la intención del gobierno español de estudiar la inclusión de las MAC en el sistema sanitario público¹⁷¹. Aunque estas propuestas no salieron adelante sí se produjo un intento legislativo en Cataluña: desde la Generalitat se aprobó en enero de 2007 un decreto de regulación de los profesionales no sanitarios que ejercían algunas MAC¹⁷². Fue recurrido por la Organización Médica Colegial, la Academia Médico Homeopática de Barcelona, el Colegio de Médicos de Gerona y varios médicos acupuntores. El Tribunal Superior de Justicia de Cataluña recibió una petición del Ministerio de Sanidad y Consumo en julio de 2007 para que anulara parte del mencionado decreto¹⁷³ y finalmente dicho Tribunal anuló la totalidad del decreto en 2009¹⁷⁴. La Comisión de Sanidad del Congreso de los Diputados aprobó en diciembre de 2007 una propuesta para crear un grupo de trabajo compuesto por el Ministerio de Sanidad y las comunidades autónomas dirigido a abordar la regulación de los profesionales y centros de terapias naturales. Dicho grupo de trabajo elaboraría un informe sobre el estado actual de las terapias naturales en España¹⁷⁵. No obstante, y quizás influenciado por el fracaso de regulación catalán, dicho informe aún no ha visto la luz.

Sobre la regulación del ejercicio profesional de las MAC en el sector médico, el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM) inició en mayo de 2004 un proceso interno de certificación de médicos que practicaban acupuntura, homeopatía y naturopatía¹⁷⁶, y regenta los registros y acreditaciones de dichos profesionales. Se crearon las vocalías de médicos acupuntores, homeópatas y naturistas en los colegios provinciales y el CGCOM creó una comisión de trabajo permanente sobre Terapias Médicas No Convencionales¹⁷⁷.

Para el caso de la homeopatía, ha habido tres proposiciones no de ley presentadas en el Congreso de los Diputados y los Parlamentos de Cataluña y Andalucía en los años 1989, 1998 y 1999, respectivamente¹⁷⁸. La Comisión de Sanidad y Consumo del Congreso de los Diputados aprobó por unanimidad en octubre de 2009 una proposición no de ley que instaba al Gobierno a adoptar las medidas necesarias para que el ejercicio de la homeopatía fuera competencia exclusiva de los licenciados en Medicina¹⁷⁹. Asimismo, la OMC aprobó en diciembre de 2009 en Asamblea General el reconocimiento de la homeopatía como acto médico, consciente de su papel en la protección de la salud de los ciudadanos y la exigencia de ser desarrollada por profesionales cualificados¹⁸⁰.

6.- ACEPTACIÓN DE LAS MAC POR LOS MÉDICOS. REFLEXIONES BIOÉTICAS SOBRE SU EJERCICIO.

La aceptación de las MAC por los médicos occidentales va en aumento. Una revisión de 19 estudios sobre actitudes, creencias y prácticas de los médicos occidentales destacaba que más del 50% atribuían eficacia a la acupuntura, las técnicas de masaje y la quiropráctica, y un 25% a la homeopatía. Casi el 50% de los médicos derivaban pacientes a acupuntores o quiroprácticos, y entre el 10% y el 20% practicaban homeopatía o quiropráctica con sus pacientes¹⁸¹. Los pediatras norteamericanos dijeron estar dispuestos a utilizar MAC para su salud en un 55,2% en 1998 y un 75% en 2007; derivarían a pacientes a MAC un 50,3% y un 71%, respectivamente en esos años, y se formarían en MAC un 54,1% y un 84%, respectivamente^{182,183}. Hace años que las organizaciones médicas de Reino Unido editaron guías de práctica clínica donde se recomendaba el uso de algunas MAC en determinadas patologías^{184,185}; similar proceder siguió en Estados Unidos el NCCAM¹⁸⁶.

Parece que los médicos hospitalarios y los de mayor edad son más escépticos frente a las MAC que los médicos más jóvenes y los estudiantes¹¹⁴. Algunos estudios sobre estudiantes y médicos apuntan sus diferentes percepciones de la cuestión y el deseo de las nuevas generaciones de ser formados en MAC durante la carrera y el postgrado¹⁸⁷.

Los profesionales sanitarios españoles también muestran un interés creciente por el uso de MAC por la población, entre otras por la posibilidad de aparición de interacciones medicamentosas y efectos

secundarios del consumo de productos alternativos, así como por la evaluación de la efectividad de las terapias, sus fundamentos epistemológicos y los aspectos deontológicos asociados, ya que en muchos casos constatan su uso simultáneo con los tratamientos convencionales prescritos y la coexistencia de actuación de otros profesionales, sanitarios o no^{2,188-191}. Los médicos de familia españoles, en el intento de comprender esta nueva realidad social y asistencial, comenzaron a abordar estas cuestiones en diferentes foros científicos (XXVI Congreso Nacional de la semFYC, Valencia, noviembre 2006; XXIX Congreso Nacional SEMERGEN, Sevilla, octubre 2007; XVI Congreso de la Sociedad Madrileña SoMaMFYC, Madrid, abril 2007; Congreso regional de médicos de familia de Castilla y León, Burgos, junio 2008; etc.) y algunas publicaciones sobre el tema de las sociedades científicas de la especialidad¹⁹². Otro ejemplo está en que en varios centros de salud y hospitales de la Comunidad de Madrid se imparten con frecuencia cursos de Reiki a petición de los profesionales¹⁹³.

Las principales resistencias para su aceptación, no obstante, se centran en que los fundamentos y efectividad de las MAC no se explican con los parámetros del modelo científico-médico actual y que no hay suficientes estudios científicos que los avalen. Además en muchas ocasiones se presentan, - bien por sí mismas, bien por cercanía con otras prácticas -, mezcladas con lo esotérico, lo mágico o lo místico, lo que contribuye aún más a su rechazo.

En el marco de coexistencia de la medicina convencional con las MAC, los médicos deben observar algunas actitudes éticas con sus pacientes¹⁹⁴:

- Ser honestos con las preguntas sobre MAC de los pacientes. La honestidad implica el esfuerzo por conocer el estado de la cuestión y transmitir una información razonable y veraz, independientemente del grado de aceptación del profesional por las MAC.
- Indagar sobre los conocimientos del paciente sobre MAC y las razones por las que las usaría.
- Hacerse cargo de su estado y vivencia de enfermedad y facilitarle información y materiales sobre las preferencias expresadas.
- Comentar los riesgos y beneficios de los tratamientos convencionales y complementarios.

- Informar adecuadamente a los pacientes de la disponibilidad de MAC que hayan demostrado su efectividad y seguridad, y de las que se hayan demostrado inefectivas.
- Mostrarse cercano a aquellos profesionales cualificados y competentes, sanitarios o no, que practiquen MAC y a los que pudiera derivar, en su caso, algunos pacientes.
- Si el paciente inició un tratamiento con una MAC, continuar su relación con él y la monitorización de su salud.
- Mantener siempre una comunicación abierta y respetuosa con el paciente.

A efectos legales, cuando un médico practica alguna de estas terapias debe tener en cuenta que al apartarse de la *lex artis* debe garantizar una información cierta, eficaz, objetiva y suficiente sobre el fin, los medios, los riesgos y las alternativas del tratamiento con dicha terapia, así como de su experiencia y resultados con ella¹⁶⁹. Los cuatro principios básicos, comunes a cualquier práctica médica y aplicable a la práctica de las MAC, son: buscar el mejor diagnóstico, aplicar la terapia más probada, evitar el charlatanismo y compartir los casos difíciles con otros colegas y derivarlos cuando sea apropiado¹⁹⁰.

7.- FORMACIÓN E INVESTIGACIÓN EN MAC.

También en el ámbito académico han aumentado las oportunidades de formación en MAC en el mundo occidental. En Reino Unido las facultades de medicina que ofrecían cursos de MAC ascendieron de un 10% a un 40% entre 1995 y 1997¹⁹⁵. Diversas universidades del Reino Unido asociaron a sus programas de postgrado formación en diferentes MAC, que ya eran impartidas de forma independiente¹⁹⁶. En Estados Unidos el 64% de las facultades de medicina ofrecían en 1998 cursos sobre MAC a sus estudiantes, el 68% de ellos como optativos y un 31% como parte de alguna asignatura obligatoria¹⁹⁷.

En España, ante la falta de normativa, el sector académico obedece a las diferentes iniciativas de instituciones o asociaciones: las universidades (cursos de postgrado y algunas asignaturas optativas

en el pregrado), los colegios oficiales de médicos, las sociedades científicas de profesionales sanitarios, las asociaciones de terapeutas, la industria farmacéutica del sector, academias privadas, etc. La oferta es amplia en materias, duración y coste económico.

El informe de la AETSA refiere que el 58,9% de los cursos de MAC en Andalucía los imparten escuelas privadas, el 24,5% las universidades, el 15,4% las asociaciones y colegios profesionales, y el 1,2% los laboratorios¹³⁴.

Asimismo se han ido creando centros de investigación en MAC. En EE UU, en 1992 el Congreso norteamericano estableció una Oficina de Medicinas Alternativas en los Institutos Nacionales de Salud, que en 1999 se convirtió en el NCCAM, centro de referencia para la OMS, junto con otros 18 en todo el mundo. El NCCAM ha recibido progresivos aumentos presupuestarios: en 1999 su presupuesto fue de 40,5 millones de dólares y en 2005 de 121,3¹⁹⁸. En la tabla 6 se muestran los principales centros de investigación occidentales en MAC entre los que se incluyen cinco centros de referencia para la OMS en MT/MAC. De los doce restantes, dos se encuentran en África y diez en Asia.

Tabla 6.- Principales centros de investigación en MAC en occidente.

Nombre	Localización	Dependencia
Karl and Veronica Carstens Foundation	Alemania (Essen)	Fundación privada
Department of Evaluation Research in Complementary Medicine	Alemania (Friburgo)	University Hospital of Freiburg
Competence Center for Complementary and Natural Medicine	Alemania (Munich)	Technical University of Munich
Division of Chinese Medicine School of Health Sciences*	Australia (Melbourne)	Royal Melbourne Institute of Technology (RMIT) University
National Institute of Complementary Medicine	Australia (Penrith)	Gobierno australiano
Gamer - Wiener International Academy for Integrative Medicine	Austria (Viena)	Otto Wagner Hospital
Canadian Interdisciplinary Network for CAM Research	Canadá (Calgary)	Fundación privada
Knowledge and Research Center for Alternative Medicine (ViFAB).	Dinamarca (Aarhus)	Ministerio de Interior y Salud
Kufab - Interdisciplinary CAM-Research at the University of Copenhagen	Dinamarca (Copenhague)	University of Copenhagen
Centre for Cross-disciplinary Evaluation Studies in Complementary and Alternative Medicine	Dinamarca (Odense)	University of Southern Denmark
Samueli Institute	EEUU (Alexandria)	Fundación privada
Society for Acupuncture Research	EEUU (Carolina del Norte)	Fundación privada
The College of Pharmacy*	EEUU (Chicago)	University of Illinois at Chicago
The Rosenthal Center's for Complementary and Alternative Medicine	EEUU (Columbia)	Columbia University's College of Physicians & Surgeons
National Center for Complementary and Alternative Medicine - National Institutes of Health*	EEUU (Maryland)	Gobierno Federal
Office of Cancer Complementary and Alternative Medicine - National Institutes of Health	EEUU (Maryland)	Gobierno Federal
Centro di Ricerche in Bioclimatologia Medica, Biotecnologie e Medicine Naturali*	Italia (Milán)	Università degli Studi di Milano
National Research Center in Complementary and Alternative Medicine (NAFKAM)*	Noruega (Tromsø)	University of Tromsø
Research Council for Complementary Medicine	Reino Unido (Londres)	University College London Hospital NHS Foundation Trust
British Homeopathic Association	Reino Unido (Luton)	Faculty of Homeopathy
Complementary and Integrated Medicine Research Unit	Reino Unido (Southampton)	National Institute for Health Research – NHS
Foundation for Research into Traditional Chinese Medicine	Reino Unido (York)	Fundación privada
Osher center for Integrative Medicine	Suecia (Huddinge)	Karolinska Institute
The Unit for Studies of Integrative Health Care	Suecia (Huddinge)	Karolinska Institute
Institute of Complementary Medicine (KIKOM)	Suiza (Berna)	University of Bern

* Centros colaboradores de la OMS para Medicina Tradicional

CAM: complementary alternative medicine; NHS: National Health Service

Finalizada esta revisión del estado de la cuestión podemos concluir que el desarrollo e implantación de las MAC en el sistema sanitario español y sus profesionales es mucho menor que en el resto de países occidentales, pero cabe prever que el fenómeno social de aumento de uso de MAC seguirá el mismo camino ascendente que en ellos, lo que actualmente nos coloca en una incómoda situación de ignorancia: no hay publicados en España estudios poblacionales rigurosos que nos orienten sobre el porcentaje de población general española que utiliza las MAC, y de los estudios existentes los datos no son coincidentes. Por tanto, no se pueden estimar de forma fiable las repercusiones sociales, asistenciales, profesionales ni económicas, ni planificar adecuadamente las estrategias al respecto. Para los profesionales sanitarios españoles, especialmente de Atención Primaria, sería de mucho valor conocer el porcentaje de población que previsiblemente usa MAC y los factores individuales y sociales que predicen su uso, para poder incorporar conocimientos, habilidades y actitudes que mejorarían la asistencia sanitaria a la población, tales como la incorporación de datos sobre uso de MAC a la anamnesis de la historia clínica, la disponibilidad de bases de datos de interacciones con fitoterapia u otros productos alternativos, la mejora de conocimientos sobre MAC para prever efectos secundarios e interacciones con medicaciones del paciente, así como poder aconsejar a los pacientes en su libre elección de terapia o investigar en el entorno clínico sobre la efectividad y el uso combinado de terapias convencionales y alternativas, por poner algunos ejemplos.

El planteamiento del presente estudio pretende responder a algunas de las cuestiones hasta aquí planteadas, basadas en hipótesis y expuestas en forma de objetivos.

HIPÓTESIS

La revisión bibliográfica realizada nos permite enunciar las siguientes hipótesis:

1. La población general consume de manera creciente productos y terapias de MAC sin que podamos definir con precisión su amplitud en nuestro medio. No obstante, parece razonable suponer que el porcentaje de consumo será menor en España que en otros países, ya que éstos tienen una tradición más larga de oferta y utilización de MAC y sistemas sanitarios que en muchos casos las han integrado.
2. Los médicos de plantilla, MIR y estudiantes de medicina utilizarían las MAC y sus productos en menor grado que la población general, en probable relación con su formación académica que condicionaría una diferente actitud frente a ellas.
3. Las variables que en estudios previos se han asociado al uso de MAC pudieran no coincidir con las de la población española, debido en especial al diferente grado de implantación de las MAC en nuestra sociedad y el sistema sanitario.
4. La principal razón por la que la población general habría acudido a MAC sería el fracaso o decepción con los tratamientos convencionales y el principal medio el consejo de un amigo, conocido o familiar, en consonancia con algunos estudios.
5. Es previsible que un amplio porcentaje de la población desee que las MAC se incorporen al sistema sanitario público y que sus profesionales se formen en ellas.
6. La percepción de uso de MAC por la población general sería mayor que la que tienen los médicos y estudiantes, en probable relación con la ocultación de su uso por los pacientes.

OBJETIVOS

OBJETIVOS PRINCIPALES:

- 1.- Estimar la prevalencia de utilización de MAC por la población general adscrita a las once áreas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid.
- 2.- Estimar la prevalencia de utilización de MAC por una población de médicos de plantilla, médicos MIR y estudiantes de Medicina de dos hospitales, dos áreas de Atención Primaria y dos facultades de Medicina de la Comunidad de Madrid.

OBJETIVOS SECUNDARIOS:

- 1.- Analizar los conocimientos de las poblaciones de estudio sobre 20 terapias definidas y su utilización en algún momento de la vida y en el último año.
- 2.- Conocer las características socioculturales de las poblaciones usuarias de MAC.
- 3.- Registrar los problemas de salud que motivaron el uso de MAC, las razones que lo propiciaron y el grado de mejoría y de satisfacción percibidos tras las terapias.
- 4.- Estimar el gasto por paciente en MAC y tratamientos derivados.
- 5.- Conocer las opiniones de las poblaciones estudiadas sobre la inclusión de MAC entre las prestaciones sanitarias, así como la idoneidad o no de la formación de los profesionales sanitarios en dichas terapias y la percepción de uso que tienen en su medio.
- 6.- Analizar las razones de no uso de las poblaciones que no utilizan MAC y su intención de uso futuro.
- 7.- Analizar los factores de uso de MAC en la población general de la Comunidad de Madrid.
- 8.- Comparar las prevalencias de uso de MAC y productos alternativos entre las diferentes poblaciones del estudio.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO DEL ESTUDIO.

Se trata de un estudio transversal de prevalencia mediante encuesta autoadministrada a tres muestras aleatorias significativas, de diciembre de 2008 a noviembre de 2009, de las siguientes poblaciones:

- Población general adscrita a cualquiera de las once áreas sanitarias de Atención Primaria de Madrid.
- Población de médicos de plantilla (que denominaremos a partir de ahora médicos, para simplificar) y médicos residentes (que abreviaremos como MIR) de dos hospitales y áreas de Atención Primaria: Hospital Clínico San Carlos (HCSC), Hospital Universitario Príncipe de Asturias (HUPA), y áreas 3 y 7 de Atención Primaria.
- Población de estudiantes de dos cursos de Medicina (3º y 6º) de las facultades de la Universidad Complutense de Madrid (UCM) y la Universidad de Alcalá (UAH).

MUESTRA DE POBLACIÓN GENERAL.

Los sujetos de esta muestra tenían como criterios de inclusión ser poseedores de tarjeta sanitaria individual (TSI) en cualquiera de las once áreas de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid y tener entre 18 y 75 años en el momento del muestreo. Los datos poblacionales de TSI se obtuvieron de la base de datos *Cibeles*, de la Dirección General de Atención al Paciente y Relaciones Institucionales de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a 30 de enero de 2008 (N= 4.846.216). Sobre una prevalencia estimada del 30%^{134,138,139}, la muestra quedó constituida por 897 individuos (nivel de confianza del 95%, precisión del 3%).

Para favorecer la tasa de respuesta y aminorar el efecto de las pérdidas, y en función del porcentaje de respuesta de otros estudios realizados en el Área 7 de Atención Primaria de Madrid, se envió el cuestionario a una muestra de población superior (n=2.000) y se incentivó la devolución del cuestionario respondido con la participación en un sorteo de varias estancias para dos personas en

los Paradores de Segovia y La Granja, adjuntando un boletín con el nombre y un teléfono de localización, que se disoció del cuestionario antes de procesarlo.

El envío postal se realizó una única vez constituido por una carta de presentación del estudio, el boletín de participación en el sorteo, dos folletos promocionales de los establecimientos hoteleros referidos, el cuestionario y un sobre prefranqueado y con destinatario impreso para devolver el cuestionario y el boletín cumplimentados. Cuando se produjeron pérdidas (devolución postal del envío inicial por cambios de domicilio, desconocido, etc.) se realizó una reposición de individuos en igual número y área (en total n=126).

En la selección de la muestra de la población general se realizó un muestro aleatorio simple estratificado por área de Atención Primaria. Los cuestionarios se enviaron y recibieron cumplimentados entre diciembre de 2008 y marzo de 2009. La distribución de la muestra según las áreas de Atención Primaria se describe en la siguiente tabla:

Tabla 7.- Muestra de población general distribuída por áreas

	Población TSI	Muestra
Área 1	578.069	239
Área 2	353.979	146
Área 3	285.385	118
Área 4	460.036	190
Área 5	587.782	243
Área 6	493.184	204
Área 7	439.976	182
Área 8	383.051	158
Área 9	324.533	134
Área 10	266.570	110
Área 11	673.651	278
Total	4.846.216	2000

MUESTRA DE MÉDICOS Y MIR.

El criterio de inclusión de esta población era ser médico o MIR en cualquiera de las cuatro instituciones sanitarias referidas: HCSC, HUPA y las áreas 3 y 7 de Atención Primaria. Los datos

poblacionales fueron cedidos por las direcciones gerencias respectivas. La población la constituían 2.444 médicos, distribuidos según se refiere en la tabla 8.

Para una proporción del 50%, con un porcentaje de pérdidas estimadas del 30%, (nivel de confianza del 95% y precisión del 5%), la muestra quedó constituida por un total de 435 sujetos distribuidos en las subpoblaciones que se muestran en la tabla 8.

En estos grupos se utilizó el mismo cuestionario de la encuesta poblacional adaptado con mínimas modificaciones (ver en Anexo 3). La documentación del estudio, similar a la de la muestra de población general, se envió por correo interno a los servicios hospitalarios o centros de salud donde trabajaban los profesionales. Se realizaron segundos envíos al no alcanzarse el tamaño muestral requerido inicialmente. En total se recibieron 58 cuestionarios procedentes de segundas respuestas.

Tabla 8.- Muestra de médicos distribuida por hospitales y áreas

	Población	Muestra
Médicos Área 7	350	62
Médicos Área 3	277	49
Médicos HCSC	877	156
Médicos HUPA	323	57
MIR Área 7	54	10
MIR Área 3	37	7
MIR HCSC	402	72
MIR HUPA	124	22
Total	2.444	435

La selección de la muestra se realizó por muestreo aleatorio simple.

Los cuestionarios se recibieron en las direcciones gerencias de las áreas de Atención Primaria implicadas, la Unidad de Investigación del HCSC y la biblioteca del HUPA. En los subgrupos de MIR de Medicina Familiar y Comunitaria se facilitó la encuesta en mano, por razones de mayor accesibilidad, para que la devolvieran en diferido.

Los cuestionarios se enviaron, o entregaron y recogieron, entre febrero y noviembre de 2009.

MUESTRA DE ESTUDIANTES.

El criterio de inclusión de esta población (N=261) fue estar matriculado en 3^{er} o 6^o curso de Medicina en las facultades y hospitales universitarios mencionados. En este grupo también se utilizó la misma encuesta de la población general con pequeñas adaptaciones (ver en Anexo 4), y se facilitó la encuesta en mano, por razones de mayor accesibilidad.

Se realizó un muestreo por conveniencia por un profesor de cada hospital universitario, que entregó en mano el cuestionario a los estudiantes que acudían a clase o prácticas.

Para una proporción del 50%, con un porcentaje de pérdidas estimadas del 30%, (nivel de confianza del 95% y precisión del 5%), la muestra quedó constituida por un total de 45 sujetos distribuidos en las subpoblaciones mostradas en la tabla 9.

Tabla 9.- Subpoblaciones de la muestra de estudiantes de Medicina

	Población	Muestra
Estudiantes 3° UCM	87	15
Estudiantes 6° UCM	87	15
Estudiantes 3° UAH	45	8
Estudiantes 6° UAH	42	7
Total	261	45

Los cuestionarios se entregaron y recogieron entre febrero y junio de 2009.

DISEÑO DEL CUESTIONARIO.

La encuesta se diseñó a partir de las variables y cuestionarios empleados en el estudio de la AETSA citado¹³⁴ y otros estudios extranjeros con similares objetivos^{45,55,56,76,83}, con vistas a la mejor comparabilidad de los resultados. El cuestionario de la población general constaba de 32 preguntas, de 36 el de médicos y de 34 el de estudiantes. Estas diferencias se debieron a la adaptación de los cuestionarios principalmente en los apartados de variables sociodemográficas ("datos de filiación", ver en Anexos 2, 3 y 4). No obstante los encuestados cumplimentaban sólo una parte del cuestionario según hubieran utilizado o no MAC.

VARIABLES.

Variables independientes: sociodemográficas (sexo, edad, nacionalidad, estado civil, nivel de estudios terminados, situación laboral, veces que acudió al médico convencional en el último año). En el cuestionario de médicos se incluyeron además año de finalización de la carrera, especialidad y año de residencia. En el cuestionario de estudiantes se solicitaba el curso en el que estaban matriculados y su intención de elección de especialidad MIR en el futuro. En el cuestionario de población general se solicitaba el nombre o dirección de su centro de salud, para clasificar por poblaciones de residencia (medio urbano o rural).

Variables dependientes:

- Variables de consumo de productos relacionados con las MAC: consumo o no; nombre de los productos y persona responsable del consejo o prescripción.
- Variables de conocimiento y uso de las 21 terapias. Para cada una de las cinco más usadas por el encuestado: momento de uso (en el último año o previamente); número de veces que acudió a terapia en el último año; motivos de salud por los que acudió; razones por las que acudió; si el profesional que le atendió era sanitario (médico, enfermera o fisioterapeuta) o no; percepción de mejoría y grado de satisfacción con las terapias recibidas.
- Variables de uso de MAC: motivo, vía por la que conoció la existencia de las terapias utilizadas; coste del tratamiento para el motivo de salud por el que acudió; uso de balnearios y spas en algún momento de su vida y en el último año; y uso de MAC por menores de 18 años a su cargo.
- Variables de no uso de MAC: razones por la que no utilizó MAC; intención de uso futuro; uso de balnearios y spas en algún momento de su vida y en el último año.
- Variables de opinión: para todos los encuestados, sobre la inclusión de MAC en el sistema sanitario público y la pertinencia de que los profesionales sanitarios se formaran en dichas terapias; así como la percepción de uso de MAC en la población general. Además en los médicos y estudiantes, opinión sobre la inclusión de las MAC en los planes de estudio de

Medicina, conocer si las recomendaron o prescribieron a alguien, y si contemplaban la posibilidad de formarse en alguna MAC en el futuro.

En el Anexo 5 se muestra la descripción de las variables de estudio.

ESTUDIO PILOTO DEL CUESTIONARIO.

Para valorar el flujo de las preguntas del cuestionario, su viabilidad y comprensión, se realizó un estudio piloto del cuestionario de población general sobre una muestra de usuarios (n=39) que acudieron a seis consultas urbanas de cuatro centros de salud del Área 7 de Atención Primaria entre junio y septiembre de 2007. Aunque los cuestionarios los facilitó en mano un facultativo, los usuarios los cumplimentaron sin ayuda. Al finalizar, los mismos facultativos les interrogaron por las dificultades que habían tenido, así como otras opiniones y sugerencias, y redactaron un informe prediseñado con los resultados de la entrevista. Una vez analizados los déficits de comprensión y redacción y las sugerencias recibidas de médicos y usuarios, se incorporaron al cuestionario definitivo. Sobre los cuestionarios de médicos y estudiantes no se realizó estudio piloto ya que los ítems diferenciales con el de población general no afectaban a su comprensión ni viabilidad.

ANÁLISIS Y TRATAMIENTO DE LOS DATOS.

Análisis descriptivo.

Las variables cualitativas se presentan con su distribución de frecuencias. Las variables cuantitativas se resumen con su media y desviación estándar (DE). Las variables cuantitativas que muestran una distribución asimétrica se resumen con la mediana y el rango intercuartílico (RIC). El estudio de la normalidad se realizó mediante el test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov y mediante la evaluación gráfica del histograma de frecuencias y del gráfico de tallo y hojas.

Comparación entre grupos.

Se evaluó la asociación entre variables cualitativas con el test de χ^2 o prueba exacta de Fisher, en el caso de que más de un 25% de los esperados fueran menores de 5. Para la comparación de variables cuantitativas para dos grupos independientes, en el caso de una distribución normal, se utilizó la prueba paramétrica para comparación de medias t-Student, previa realización del test de homogeneidad de varianzas de Levene; y en el caso de que la variable no se ajustara a una distribución normal se utilizó el test no paramétrico U de Mann Whitney. Para las comparaciones de variables cuantitativas con más de dos grupos, en el caso de una distribución normal se utilizó el análisis de la varianza (ANOVA); y en el caso de que la variable no se ajustara a una distribución normal se utilizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. Se evaluó la tendencia lineal para variables que no se ajustan a una distribución normal entre más de dos categorías mediante el test no paramétrico de Jonckheere-Terpstra.

Modelo de regresión logística. Factores asociados al uso de medicinas complementarias.

Se ajustó un modelo de regresión logística con el objeto de evaluar qué factores sociodemográficos se relacionaban de manera independiente con los usuarios de MAC. Este modelo permite identificar y evaluar la relación entre un conjunto de variables explicativas y el uso de MAC. Se presentan los "odds ratios" (OR) ajustados junto a sus intervalos de confianza al 95%. La interpretación de los parámetros del modelo con signos positivos indican un aumento de la relación, es decir, una mayor frecuencia del evento para un valor alto de la variable x. Un parámetro β con signo negativo indica una menor frecuencia de evento para un valor alto en la variable x. La contribución de una variable x se valora con el exponente e^β , que es el factor por el cual se multiplica el riesgo de un sujeto cuando la variable x se incrementa en una unidad. Este exponente se interpreta como el OR de los sujetos. En variables dicotómicas es pasar de la ausencia (0) a la presencia (1) del factor x. En variables cuantitativas es el incremento lineal de la tasa de riesgo cuando se incrementa la variable x en una unidad. Este aumento es proporcional en todos los valores que toma la variable. En variables policotómicas (más

de dos categorías) una categoría se toma como referencia y por lo tanto el OR es de 1. El resto de las categorías se comparan frente a la de referencia.

Comparación de las poblaciones. Ajustes de tasas. Estandarización a través del método directo.

Para la comparación de las variables de resultado acudir a alguna de las terapias, uso de productos, número de terapias a las que acude mayor de 2, número de productos consumidos mayor de 2, percepción del porcentaje de uso de MAC por la población general mayor a 50 y opinión positiva sobre la formación de los profesionales sanitarios convencionales en el uso de MAC, se empleó el método de estandarización directa con el objetivo de obtener prevalencias estandarizadas para cada una de las variables en las poblaciones de estudio y así poder calcular una razón de prevalencia estandarizada (RPE) junto a su intervalo de confianza al 95%. La RPE nos da la posibilidad de estimar una medida de efecto relativa en la comparación entre dos subpoblaciones estandarizadas. Los grupos de estudio fueron la población general, los médicos, los MIR y los estudiantes. Se estratificó por grupos de edad (20-39, 40-59, 60-75) y por sexo. Se tomó como referencia la población de la Comunidad de Madrid (Revisión del Padrón Municipal 2009. Datos por municipios). La estandarización directa consiste en aplicar los índices específicos (las prevalencias) de cada grupo de población (estratos de edad y sexo) a la población estándar para obtener la distribución esperada de eventos que se presentarían en cada grupo de población si tuvieran la misma distribución de la variable a controlar que la población estándar.

Para el empleo del método de estandarización directa se requiere conocer:

- Las prevalencias de cada una de las variables de resultados en cada uno de los grupos de estudio por grupos de edad y sexo. Esta información se obtuvo de cada una de las bases de datos del estudio.
- La distribución por grupos de edad y sexo de la población de referencia. Estos datos se obtuvieron del Instituto Nacional de Estadística (INE).

En todos los contrastes de hipótesis se rechazó la hipótesis nula con un error de tipo I o error α menor a 0.05.

El paquete informático utilizado para el análisis fue SPSS para Windows versión 15.0.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética para la Investigación Clínica (CEIC) del HCSC, así como por el Grupo de Trabajo de Investigación Clínica en Atención Primaria en la Comunidad de Madrid (GT-ICAP), constituido por los responsables de investigación de todas las áreas de Atención Primaria de Madrid, junto con el Servicio de Investigación de la Agencia Laín Entralgo.

Para el acceso a las bases de datos de TSI de cada área de Atención Primaria se obtuvo el informe favorable de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid, así como el permiso de las correspondientes gerencias de Atención Primaria. Para el acceso a las bases de datos de facultativos se obtuvo el consentimiento de las direcciones gerencias de Atención Primaria y hospitalarias. En el tratamiento de los datos se aplicó la legislación vigente en materia de protección de datos (Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal).

AYUDAS ECONÓMICAS Y CONFLICTO DE INTERESES.

La presente tesis recibió una de las ayudas para realización de tesis doctorales "Isabel Fernández" de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) en su convocatoria de noviembre de 2008.

El doctorando no declara conflicto de intereses en el diseño, ejecución y futura publicación de los resultados del estudio.

RESULTADOS

RESULTADOS EN LA POBLACIÓN GENERAL.

Para facilitar la comprensión de los resultados, en la figura 3 se representan las diferentes subpoblaciones analizadas dentro de la población general según la fase del análisis estadístico y las variables analizadas en cada fase.

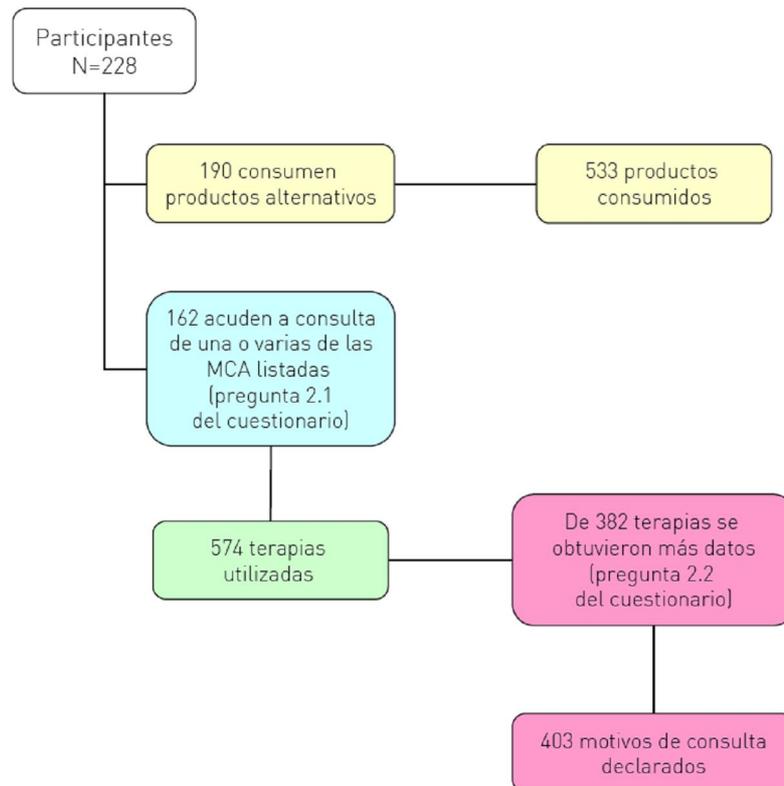


Figura 3.- Diagrama de unidades de análisis. Población general.

A) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Se recibieron 291 cuestionarios, de los que se rechazaron tres por tener un alto número de preguntas sin responder. La muestra final quedó constituida por 288 cuestionarios (un 14,4% de la población), distribuida según la tabla 10.

Tabla 10.- Participación de la población general por área de Atención Primaria

	Enviados	Recibidos	Participación (%)
Área 1	239	42	17,6
Área 2	146	20	13,7
Área 3	118	16	13,6
Área 4	190	31	16,3
Área 5	243	37	15,3
Área 6	204	24	11,8
Área 7	182	19	10,5
Área 8	158	29	18,3
Área 9	134	15	11,2
Área 10	110	16	14,5
Área 11	278	39	14,0
Total	2000	288	14,4

Participaron en el estudio 111 hombres (38,8%) y 175 mujeres (61,2%). Dos personas no declararon su sexo. La mediana de edad fue de 38 años (RIC=30–54), con mínimo de 18 y máximo de 75 años.

El 90,5% (n=257) eran de nacionalidad española. El 9,5% restante (27 individuos) era en su mayoría de países de América Central y del Sur (56%), seguido de europeos (24%) y africanos (16%). Participó también un asiático (4%). Cuatro personas no declararon su nacionalidad.

El estado civil de la muestra se presenta en la figura 4, la distribución por nivel de estudios en la figura 5 y la situación laboral de la población encuestada en la figura 6. El número de veces que acudieron a un profesional sanitario convencional (médico, enfermera o fisioterapeuta) en los últimos 12 meses se ilustra en la figura 7.

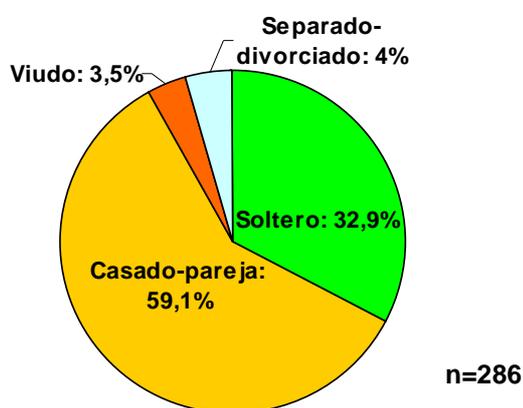


Figura 4.- Estado civil de la muestra. Población general.

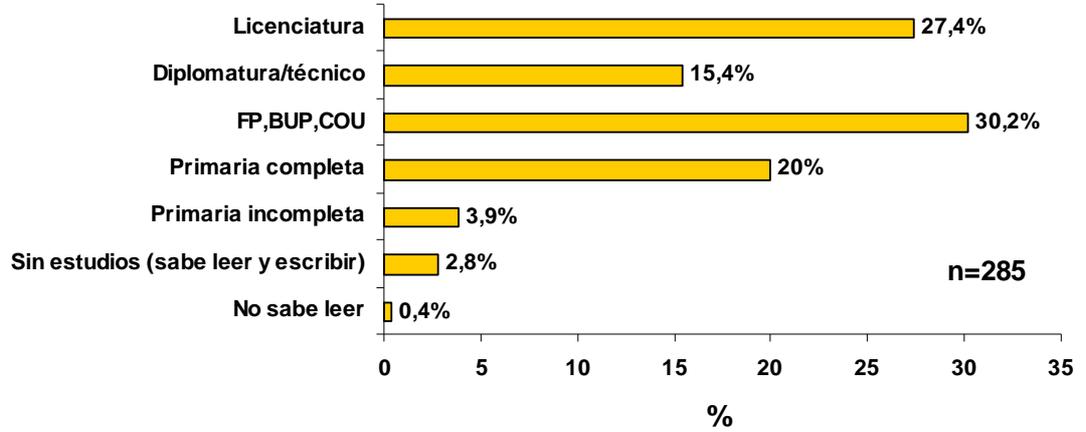


Figura 5.- Nivel de estudios de la muestra. Población general.

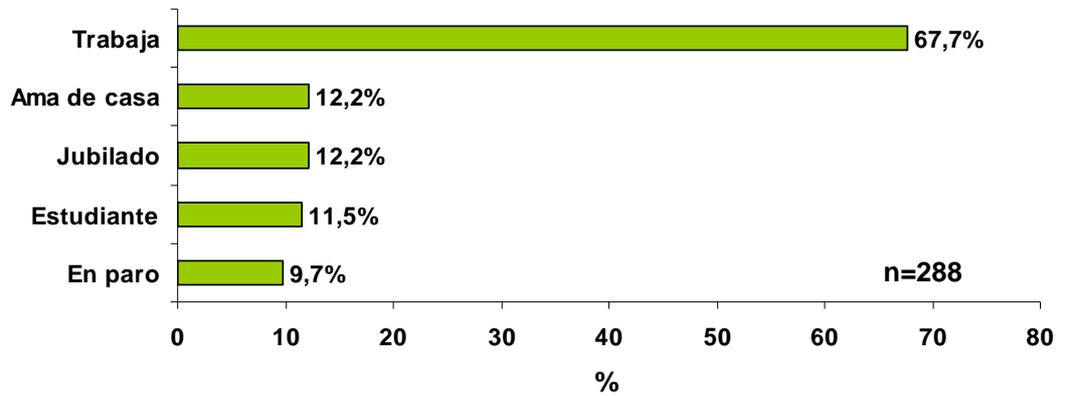


Figura 6.- Situación laboral de la muestra. Población general.

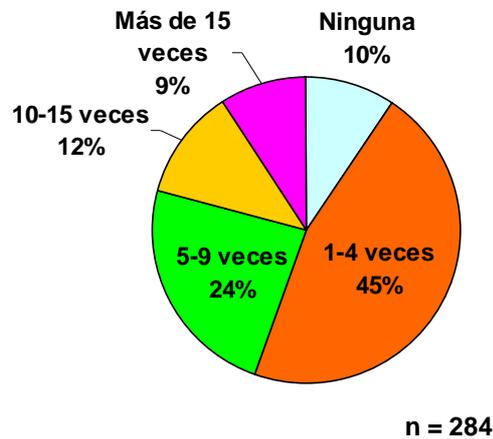


Figura 7.- Número de visitas a sanitarios en los últimos 12 meses. Población general.

Se observa que la mayoría de la población estaba casada o emparejada, con un nivel de estudios de licenciado o FP, BUP y COU, y eran trabajadores en activo, aunque algunos (38; 13,2%) referían compartir dos o más situaciones laborales a la vez (trabajar y estudiar o realizar labores de ama de casa). Menos de la mitad habían acudido entre una y cuatro veces a sanitarios convencionales del centro de salud u hospital en los últimos 12 meses, y casi una cuarta parte entre 5 y 9 veces.

Se clasificaron los municipios de residencia de los 254 encuestados que declararon la dirección o nombre de su centro de salud en base a la condición de centro de salud rural o urbano categorizado por cada gerencia de Atención Primaria. El 9,8% (25) residían en medio rural y el 90,2% (229) en urbano.

B) CONSUMO DE PRODUCTOS ALTERNATIVOS.

Refirieron haber utilizado productos alternativos o medicamentos no convencionales 190 personas (66%; IC 95%: 60,5-71,5). El número de productos declarados fue entre 1 y 8 por persona (número máximo posible por el diseño del cuestionario), con una mediana de 2 (RIC=1-4). El número total de productos declarados fue de 533, que se clasificaron y agruparon en diez categorías. La distribución de frecuencias de consumo de dichos productos se expone en la tabla 11.

Tabla 11.- Distribución de productos utilizados según categorías. Población general.

	Frecuencia	Porcentaje
Fitoterapia	200	37,5%
Complementos nutricionales	148	27,8%
Homeopatía	52	9,8%
Infusiones	35	6,6%
Productos para adelgazar	34	6,4%
No filiados o ilegibles	28	5,3%
Oligoelementos	17	3,2%
Flores de Bach	10	1,9%
Otros	5	0,9%
Productos de aromaterapia	4	0,8%
Total	533	100,0%

Más del 75% de los productos consumidos fueron fitoterapia, complementos nutricionales u homeopatía. En las tablas 12 y 13 se aportan los principales productos de fitoterapia y complementos nutricionales detallados (más del 55% de sus muestras respectivas). En el caso de la homeopatía (N=52), el 50% (26) correspondía a medicamentos unitarios (un solo remedio), el 38,5% (20) a complejos (compuestos de varios remedios agrupados bajo un nombre comercial) y el 11,5% (6) no clasificados por indefinidos (“homeopatía”).

Tabla 12.- Principales productos de fitoterapia consumidos.
Población general. (N=200)

Producto	Frecuencia	Porcentaje
Valeriana	31	15,5%
Algas	18	9,0%
Propóleo	15	7,5%
Cola de Caballo	12	6,0%
Gingseng	8	4,0%
Aloe Vera	8	4,0%
Hipérico	6	3,0%
Alcachofa	5	2,5%
Salvia	4	2,0%
Equinácea	4	2,0%
	111	55,5%

Tabla 13.- Principales complementos nutricionales consumidos. Población general. (N=148)

Producto	Frecuencia	Porcentaje
Jalea real	21	14,2%
Onagra	17	11,5%
Levadura de cerveza	16	10,8%
Lecitina de soja	14	9,5%
Polen	8	5,4%
Trigo	6	4,1%
	82	55,4%

La prescripción de los productos en conjunto, sin diferenciar por grupos, se atribuyó a un terapeuta de medicinas alternativas y al herbolario principalmente, tal y como se muestra en la figura 8.

En la figura 9 se representan los prescriptores para los tres grupos de productos más consumidos (fitoterapia, complementos nutricionales y homeopatía), con una diferencia estadísticamente significativa en la distribución ($p < 0,001$): la prescripción de fitoterapia y complementos nutricionales era muy semejante, con un alto porcentaje de autoprescripción o prescripción por terapeutas y en el herbolario, mientras que la homeopatía nunca fue consumida por iniciativa propia, y sí por prescripción de médicos o terapeutas. El consumo por consejo en la farmacia o por amigos o familiares fue semejante en los tres grupos, aunque en menor proporción en el grupo de homeopatía.

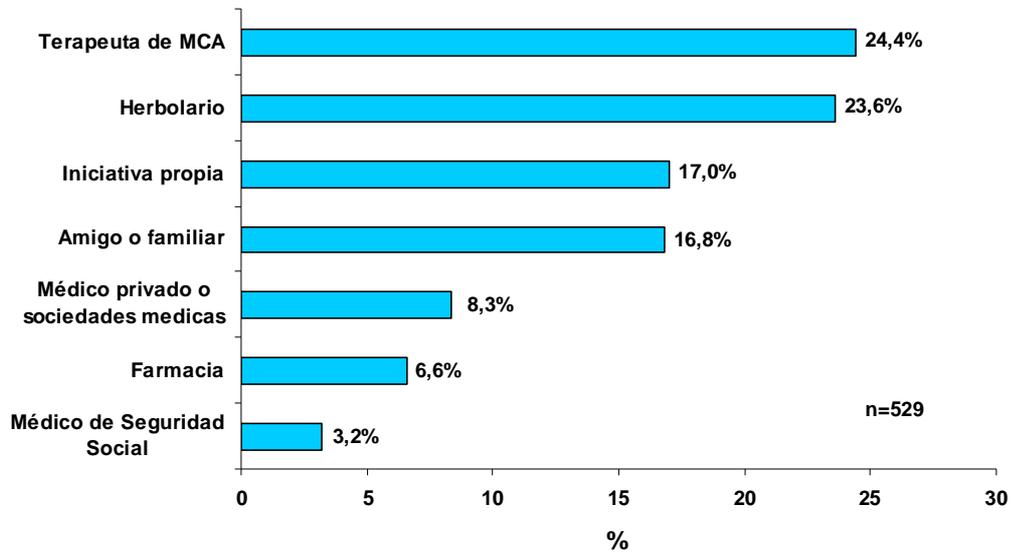


Figura 8.- Prescriptores de productos alternativos consumidos. Población general.

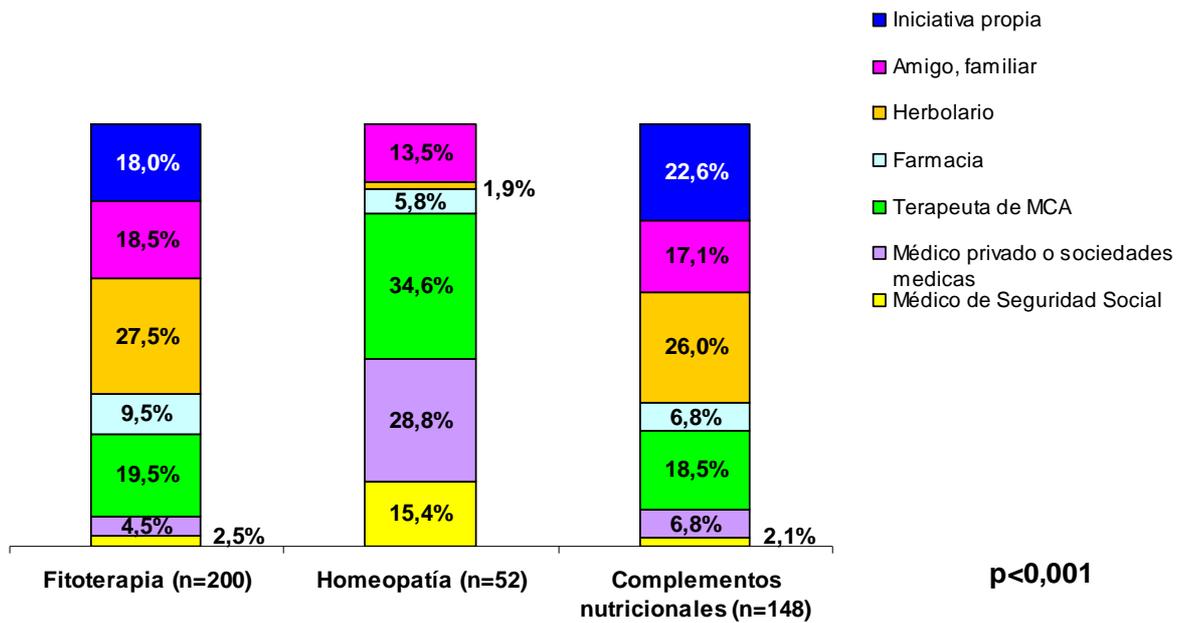


Figura 9.- Prescriptores en los tres principales grupos de productos consumidos. Población general.

Las distribuciones de uso de productos según sexo y edad (categorizada por la mediana=38 años) se presentan en las tablas 14 y 15. Se comprueba la existencia de significación estadística para el sexo femenino ($p < 0,001$).

Tabla 14.- Distribución de pacientes que consumieron productos alternativos por sexo. Población general.

Sexo	N	Consumo de productos alternativos		Porcentaje con IC 95%
		No	Sí	
Hombre	111	56	55	49,5% (40,1-59,0)
Mujer	175	41	134	76,6% (70,2-82,9)

IC: intervalo de confianza

$p < 0,001$

Tabla 15.- Distribución de pacientes que consumieron productos alternativos por edad. Población general.

Edad	N	Consumo de productos alternativos		Porcentaje con IC 95%
		No	Sí	
≤38 años	139	49	90	64,7% (56,7-72,8)
>38 años	134	44	90	67,2% (59,1-75,2)

IC: intervalo de confianza

$p = 0,674$

C) CONOCIMIENTO Y USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.

De los 288 encuestados el 93,1% ($n=268$) refirió haber oído hablar de alguna de las 21 MAC relacionadas en el cuestionario. La media de MAC conocidas fue de 11,7 (DE:4,92). Las terapias más conocidas (del 70 al 86% de la población) fueron, por orden, acupuntura, terapias de relajación, aromaterapia y homeopatía. Las menos conocidas (menos del 17% de la población) fueron ayurveda y terapias biológicas.

162 pacientes (56,3%; IC 95%:50,5-62,0) declararon haber acudido en alguna ocasión a consulta de alguna de las 21 MAC, en conjunto a 574 terapias (ver figura 3). El 51,0% (116) acudieron al menos a una en el último año. Las distribuciones por sexo y edad (categorizada por la mediana=38 años) se

exponen en las tablas 16 y 17. Se observó nuevamente asociación estadística para el sexo femenino ($p < 0,001$).

Tabla 16. - Distribución de pacientes que acudieron a alguna MAC según sexo. Población general.

Sexo	N	Acudieron a consulta de MAC		Porcentaje con IC 95%
		No	Sí	
Hombre	111	63	48	43,2% (33,9-52,6)
Mujer	175	62	113	64,6% (57,4-71,7)

IC: intervalo de confianza $p < 0,001$

Tabla 17. - Distribución de pacientes que acudieron a alguna MAC según edad. Población general.

Edad	N	Acudieron a consulta de MAC		Porcentaje con IC 95%
		No	Sí	
≤38 años	139	55	84	60,4% (52,2-68,7)
>38 años	134	64	70	52,2% (43,7-60,8)

IC: intervalo de confianza $p = 0,172$

La mediana de MAC utilizadas fue de 3 (RIC:2-5), con un mínimo de 1 y un máximo de 17. De las 574 terapias, los pacientes aportaron más datos sobre un total de 382 terapias (pregunta 2.2. del cuestionario, que limitaba a cinco las terapias que podía cumplimentar cada paciente). Al comparar ambas distribuciones (574 y 382) se observó la homogeneidad de frecuencias relativas para cada terapia (datos no mostrados).

En la figura 10 se muestra la distribución de utilización de cada una de las 21 MAC respecto del total de la muestra de población general.

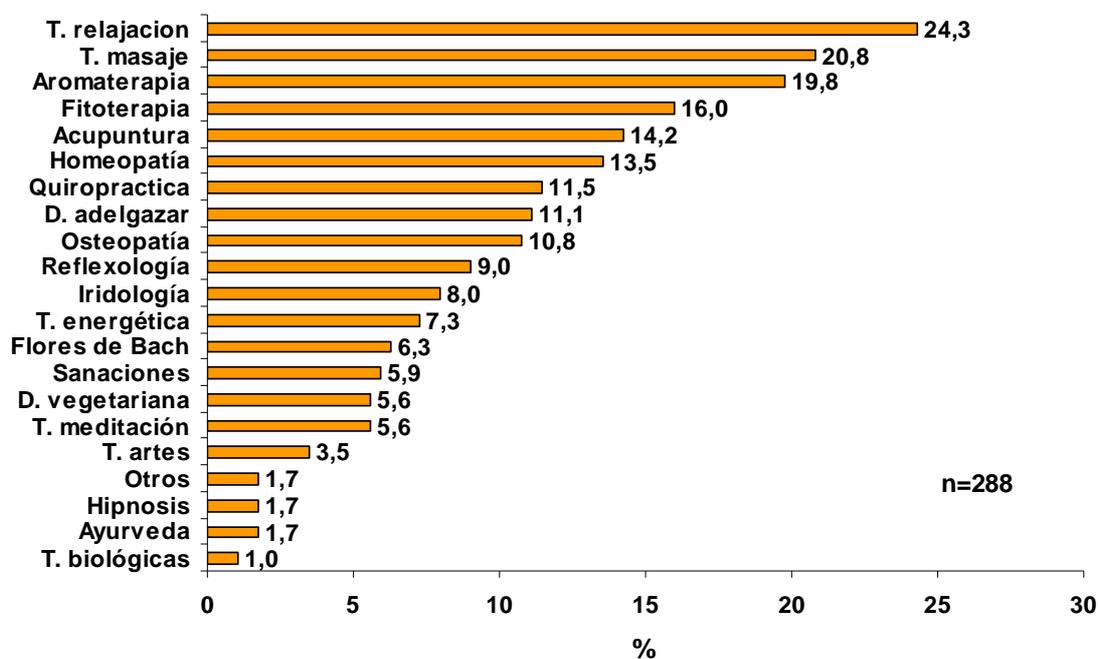


Figura 10.- Frecuencia de uso de cada MAC respecto a la muestra de población general.

Analizada la utilización de cada una según sexo y edad (tomando como punto de corte la mediana y por grupos de edad, con similares resultados), demostraron asociación estadística con el sexo femenino el uso de homeopatía ($p=0,034$), Flores de Bach ($p=0,002$), terapias de relajación ($p=0,049$), osteopatía ($p=0,001$) y dietas para adelgazar ($p=0,013$). Rozó la significación estadística la aromaterapia ($p=0,069$). Respecto a la edad, se observó asociación en el uso de aromaterapia ($p=0,001$) y terapia energética ($p=0,022$) entre los usuarios de 38 años o menos, y de iridología ($p=0,050$) entre los mayores de 38 años.

Tomadas en su conjunto, la mitad de las consultas de MAC se realizaron en el último año (187; 49,1%) y la otra mitad previamente (194; 50,9%). La frecuencia más habitual de consultas entre las realizadas el último año fue de 1 a 4 veces (82; 43,9%), seguida de más de 15 veces (52; 27,8%), 5 a 9 veces (30; 16%) y 10 a 15 veces (23; 12,3%).

Entre los usuarios de MAC en el último año que también habían acudido a sanitarios convencionales en ese período ($n=95$; 33%) se comparó la frecuencia de consultas entre ambos, sumando y contrastando las respuestas a las categorías de las variables correspondientes (preguntas 2.2 y 3.6).

El 56,8% acudió más veces a consultas de MAC, el 20% por igual, el 9,5% más a sanitarios convencionales y en el 13,7% de los casos no fue posible determinarlo debido a que los rangos de las categorías no permitieron concluir el resultado en uno u otro sentido.

Se contabilizaron 403 motivos de consulta de 361 de las 382 terapias (en 21 no se reflejaron los motivos de consulta), distribuidos según se expone en la tabla 18. En el grupo de motivos "Generales" se incluyeron aquellos que hacían referencia a cansancio, relajación y mejorar el estado de salud en general. En el grupo "Otros" se incluyeron los que no indicaban patologías ("sin enfermedad").

Tabla 18.- Distribución de motivos de consulta por patologías. Población general.

	Frecuencia	Porcentaje
Ap. locomotor	150	41,6%
Salud Mental	82	22,7%
Generales	42	11,6%
Endocrino-metabólicos	34	9,4%
Neurológicos	17	4,7%
Dermatológicos	15	4,2%
Digestivos	11	3,0%
ORL	10	2,8%
Ginecológicos	10	2,8%
Otros	10	2,8%
Alergia	5	1,4%
Respiratorios	5	1,4%
Vasculares	5	1,4%
Nefro-urológicos	3	0,8%
Oftalmológicos	2	0,6%
Hematológicos	1	0,3%
Oncológicos	1	0,3%
Total	403	100%

ORL: otorrinolaringológicos

La mayoría de las terapias fueron administradas por profesionales no sanitarios (186; 48,9%), frente a los sanitarios (142; 37,4%). Los usuarios no conocían si el terapeuta era sanitario o no en un 13,7% de las terapias (n=52).

En la figura 11 se ilustra el grado de mejoría percibido por los usuarios de MAC. Casi el 75% refirió haber mejorado mucho o bastante.

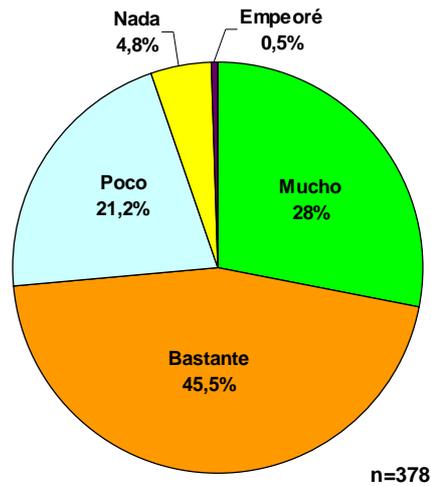


Figura 11.- Grado de mejoría percibido por usuarios de MAC. Población general.

El grado de satisfacción de los usuarios con cada MAC se resume en la figura 12. Casi el 80% se mostró satisfecho o muy satisfecho.

Se escogieron las siete terapias más usadas (67% del total) para estudiar su relación con el número de consultas realizadas en el último año, el grado de mejoría percibido, el profesional que las realizó y el grado de satisfacción con las terapias. Los resultados se facilitan en las figuras 13 a 17, donde se evidencian diferencias significativas en todas ellas.

Destaca la mayor frecuencia relativa de visitas anuales de las terapias de relajación y la acupuntura; la percepción de mejoría de todos los usuarios de quiropráctica y de un alto porcentaje en las terapias de masaje y la homeopatía; el elevado porcentaje de profesionales no sanitarios que practicaron técnicas de relajación y fitoterapia y de sanitarios en quiropráctica; y los altos índices de satisfacción en casi todas las terapias analizadas.

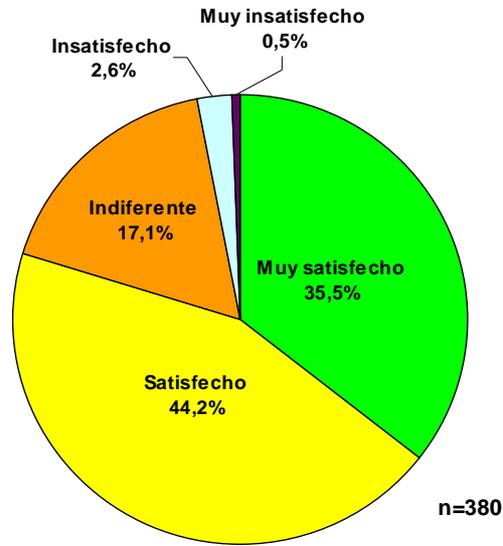


Figura 12.- Grado de satisfacción de los usuarios de MAC. Población general.

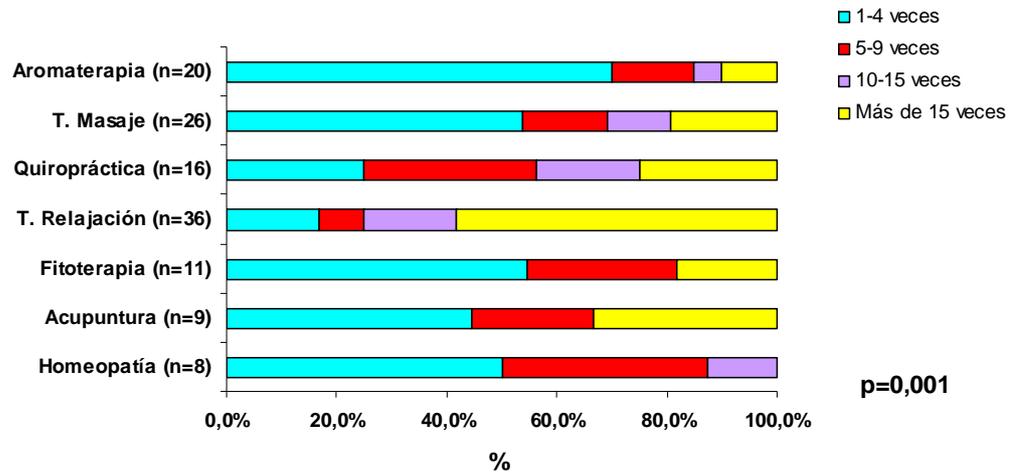


Figura 13.- Relación entre las siete terapias más usadas y el número de consultas realizadas en el último año. Población general.

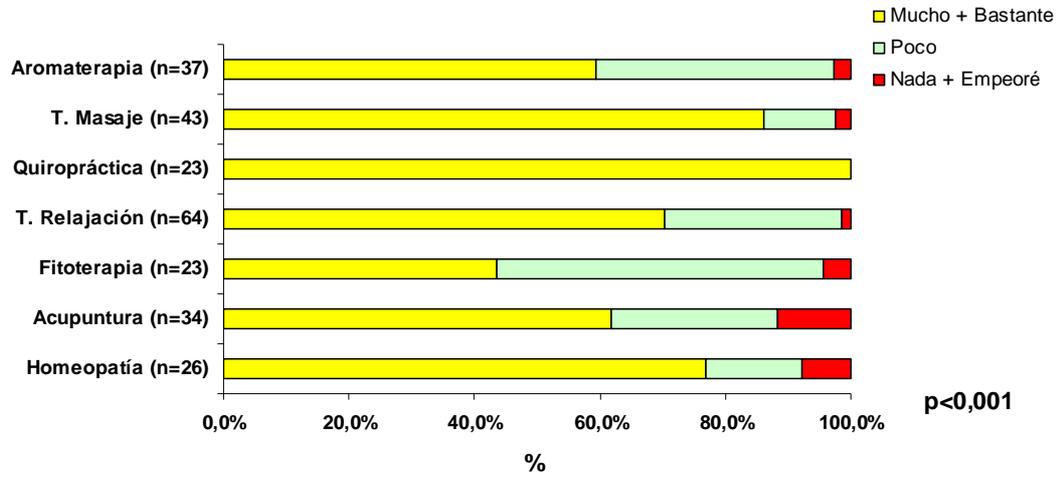


Figura 14.- Relación entre las siete terapias más usadas y el grado de mejoría percibido en categorías agregadas. Población general.

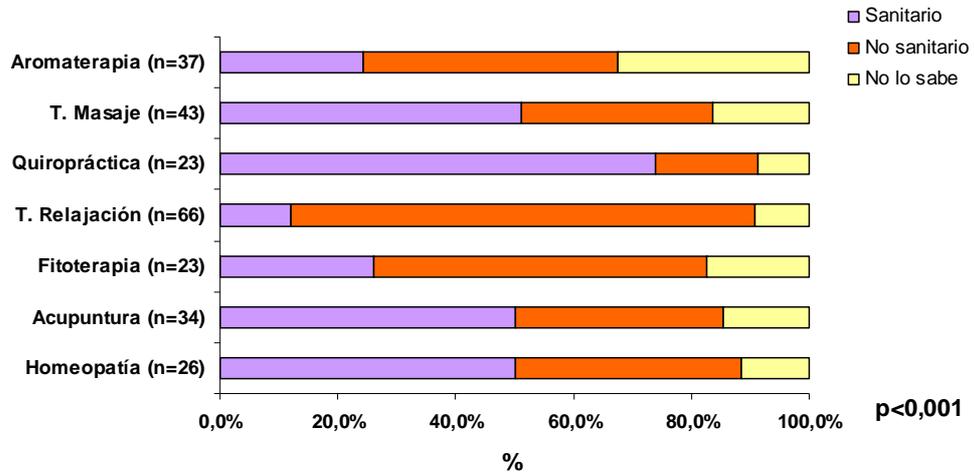


Figura 15.- Relación entre las siete terapias más usadas y el tipo de profesional que le atendió. Población general.

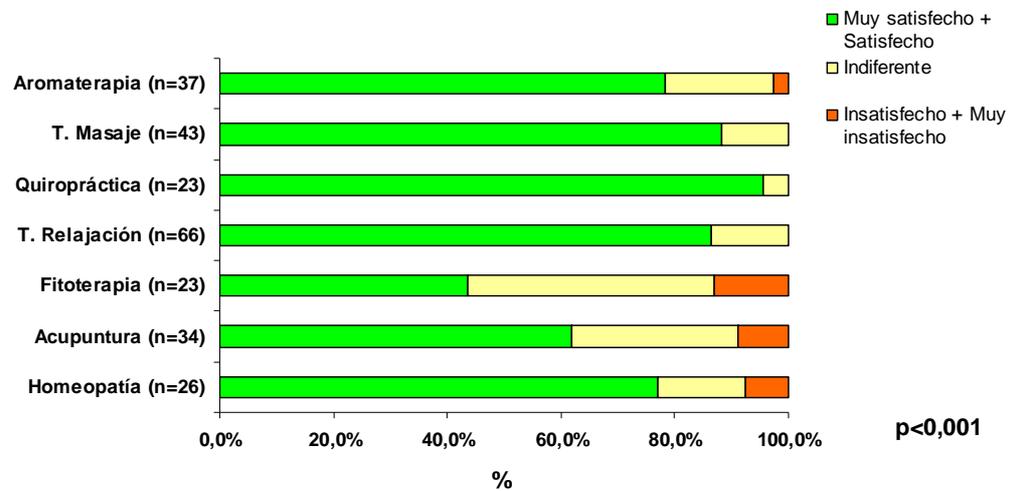


Figura 16.- Relación entre las siete terapias más usadas y el grado de satisfacción. Población general.

También se analizó la relación entre las siete principales terapias y los grupos de patologías que fueron motivo de consulta. En la tabla 19 se exponen los resultados. Nueve grupos de patologías mostraron asociación estadística con el uso de algunas MAC. No había pacientes con motivos de consulta oftalmológicos para estas terapias concretas.

Tabla 19.- Tabla de contingencia y significación estadística de las siete principales terapias y los grupos de patologías que motivaron su uso. Población general. N=241.

	Ap. locomotor	Salud Mental	Generales	Endocrino- metabólicos	Dermatológicos	ORL	Neurológicos	Digestivos	Ginecológicos	Otros	Respiratorios	Alergia	Nefro-uroológicos	Vasculares	Hematológicos	Oncológicos	Oftalmológicos
Homeopatía	15,4%	26,9%	0,0%	7,7%	19,2%	19,2%	0,0%	3,8%	3,8%	3,8%	11,5%	3,8%	3,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Acupuntura	58,8%	8,8%	2,9%	14,7%	5,9%	0,0%	5,9%	2,9%	5,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	2,9%	0,0%
Fitoterapia	8,7%	13,0%	21,7%	13,0%	8,7%	13,0%	4,3%	17,4%	4,3%	0,0%	4,3%	13,0%	4,3%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%
T. Relajación	38,7%	37,1%	19,4%	0,0%	1,6%	1,6%	6,5%	0,0%	1,6%	6,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Quiropráctica	95,2%	4,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
T. Masaje	74,4%	15,4%	2,6%	10,3%	0,0%	0,0%	2,6%	2,6%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	2,6%	0,0%	0,0%	0,0%
Aromaterapia	33,3%	36,1%	22,2%	0,0%	2,8%	2,8%	2,8%	0,0%	0,0%	2,8%	2,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total (n° usuarios / %)	111 (46,1%)	56 (23,2%)	27 (11,2%)	14 (5,8%)	11 (4,6%)	10 (4,1%)	9 (3,7%)	7 (2,9%)	6 (2,5%)	6 (2,5%)	5 (2,1%)	4 (1,7%)	2 (0,8%)	3 (1,2%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	0 (0,0%)
p	<0,001	0,001	<0,001	0,002	0,015	0,002	0,507	0,018	0,582	0,180	0,048	0,025	0,375	0,256	0,578	0,684	-

ORL: otorrinolaringológicos

D) VARIABLES DE USUARIOS DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.

En este apartado se exponen los resultados relacionados sólo con la población de usuarios de MAC (n=162).

Sobre las razones que les llevaron a tratarse con MAC, el cuestionario permitía la cumplimentación de una o varias. Se obtuvieron 202 razones, distribuidas según figura en la tabla 20. La mayoría acudió por fracaso de los tratamientos convencionales.

Tabla 20.- Distribución de razones para consultar a MAC. Población general.

Razones	Frecuencia
La medicina convencional no mejoraba mis síntomas	65 (40,1%)
Por los efectos secundarios de los tratamientos convencionales	47 (29%)
Las medicinas complementarias se ajustan mejor a mi filosofía de vida	42 (25,9%)
Me decepcionó el trato recibido en la medicina convencional	27 (16,7%)
Otras razones:	23 (14,2%)
Por probar	10 (43,5%)
Por recomendación	6 (26,1%)
Otras	5 (21,7%)
No especificadas	2 (8,7%)

La mayoría conocieron las terapias a las que habían acudido por mediación de un amigo o familiar, tal y como se detalla en la figura 17.

Tenían hermanos o hijos menores de edad 10 y 36 usuarios de terapias, respectivamente. El 53,3% de los menores habían usado MAC o utilizado productos alternativos.

El 55,6% (90) había acudido a balnearios o spas en alguna ocasión, con una frecuencia media en el último año de 4,60 veces (DE:16,09).

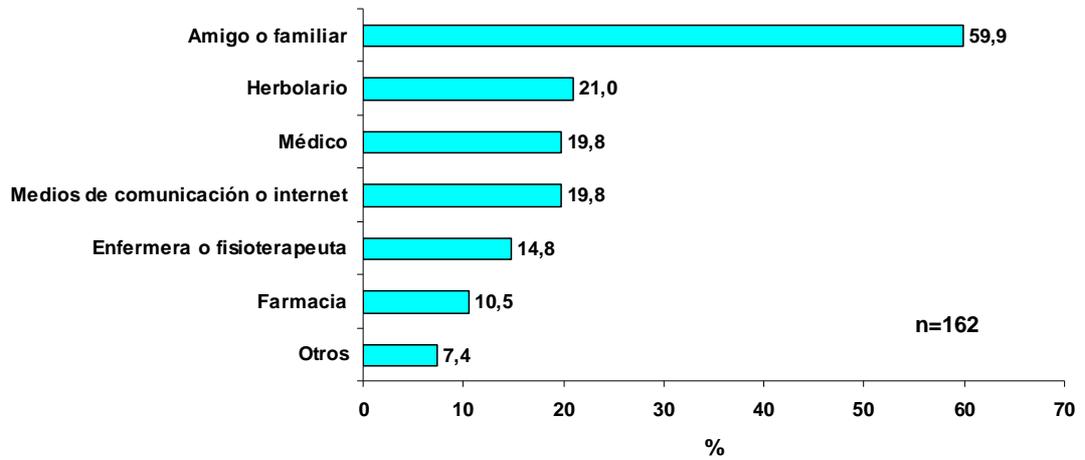


Figura 17.- Medio por el que conocieron las terapias utilizadas. Población general.

Sobre el dinero invertido en las consultas, terapias, tratamientos y productos de MAC, respondieron 148 de los 162 usuarios. Más de la mitad habían gastado menos de 50 euros al mes durante el tiempo de uso y consumo. Los resultados aparecen en la figura 18.

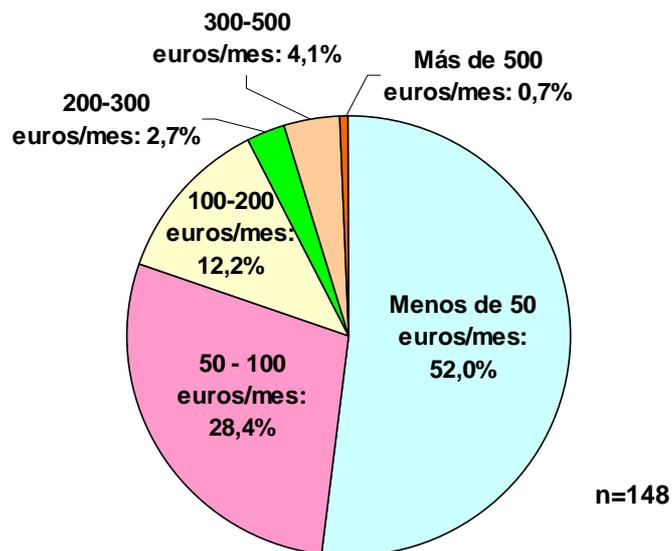


Figura 18.- Gastos directos por uso de MAC y consumo de productos asociados. Población general.

Se analizó el número de terapias a las que acudieron en función del gasto declarado, agrupando las categorías de 200 euros al mes o más, por su escasa frecuencia. En la figura 19 se representan las medidas de frecuencia para cada categoría. Se observa una tendencia ascendente, con significación estadística ($p=0,035$), en el número de terapias utilizadas a medida que aumenta el gasto, a excepción de la categoría de 100 a 200 euros.

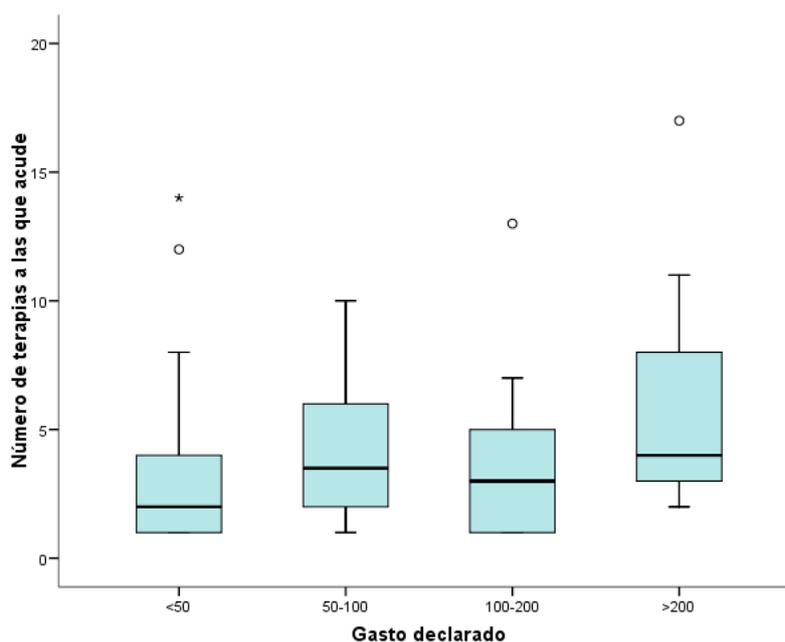


Figura 19.- Diagrama de cajas: número de terapias utilizadas en función del gasto declarado en euros. Población general.

El 79,9% (127) había aconsejado en alguna ocasión el uso de terapias o productos a otras personas. El 90,4% (142) opinaba que las MAC deberían ser proporcionadas o subvencionadas por el sistema sanitario público. El 94,3% (150) pensaba que los profesionales sanitarios convencionales deberían estar formados en MAC. 153 usuarios (94,4%) opinaron sobre el porcentaje de población general que creían que utilizaba MAC: la mediana de dicho porcentaje fue de 40% (RIC=20-60).

E) VARIABLES DE NO USUARIOS DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.

En este apartado se exponen los resultados relacionados exclusivamente con los no usuarios de MAC (n=126). De ellos, el 42,1% (53) sí habían consumido productos alternativos (media=0,77; DE:1,25).

En la figura 20 se describen las razones por las que no usaron MAC y sus frecuencias. La razón más frecuentemente invocada fue el buen estado de salud. Las razones categorizadas como "Otras" (n=4) fueron que no acudían a ningún tipo de médico, que nunca se las habían recomendado y falta de tiempo para buscarlas.

Un 28,7% había acudido a balnearios o spas en el último año. La media de visitas a dichos establecimientos fue de 1,89 (DE:3,07).

A la pregunta sobre si acudirían a alguna MAC en algún momento de su vida si necesitaran mejorar su salud, el 83,5% respondió afirmativamente.

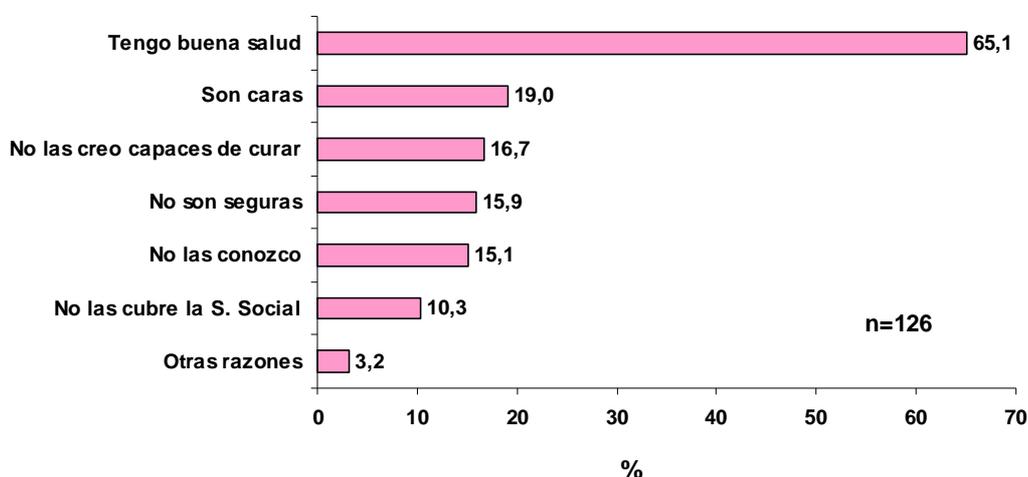


Figura 20.- Razones de no utilización de MAC. Población general.

Un 26,8% había aconsejado terapias o productos de medicinas alternativas, a pesar de no haber recurrido nunca a ellas. El 75,8% de los no usuarios opinaba que las MAC deberían ser subvencionadas o proporcionadas por el sistema sanitario público, y el 83,1% pensaba que los sanitarios convencionales deberían estar formados en dichas terapias.

Sobre su opinión acerca del porcentaje de población general que creían que usaba las MAC, la media de dicho porcentaje fue de 24,8% (DE:16,0).

F) FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.

F.1) ANÁLISIS UNIVARIADO.

Se realizó análisis univariado entre la población de usuarios y no usuarios de MAC para las variables sociodemográficas cualitativas sexo, nacionalidad, residencia en medio urbano o rural, estado civil, frecuencia de visitas a sanitarios convencionales en el último año, área de Atención Primaria, nivel de estudios y situación laboral, y sólo mostró asociación estadística con el sexo. El área de Atención Primaria rozó la significación estadística. Los resultados se reseñan en la tabla 21.

Haber acudido a MAC se asoció al consumo de productos alternativos. Demostraron también asociación estadística la utilización de balnearios o spas, haber aconsejado el uso de terapias o productos a otras personas y las opiniones afirmativas sobre si las terapias debían ser proporcionadas o subvencionadas por el sistema sanitario público y si los profesionales convencionales debían estar formados en MAC. Los resultados se exponen en la tabla 22.

Igualmente, frente a variables cuantitativas como el número de productos alternativos consumidos, la edad, el número de veces que acudieron a balnearios o spas, y su percepción sobre el porcentaje de población general que creen que usaba MAC, las tablas de contingencia hallaron significación estadística en todas las variables excepto la edad (tabla 23).

Tabla 21.- Relación de factores asociados con el uso de MAC. Población general.

		Acude a MAC	
		N (%)	p
Sexo	Hombre	48 (43,2%)	< 0,001
	Mujer	113 (64,6%)	
Nacionalidad	Española	145 (56,4%)	0,931
	Otra	15 (56,6%)	
Lugar de residencia	Rural	15 (60,0%)	0,577
	Urbano	124 (54,1%)	
Estado civil	Soltero	53 (56,4%)	0,836
	Casado-pareja	94 (55,6%)	
	Viudo	7 (70,0%)	
	Separado-divorciado	7 (53,8%)	
Número de visitas a sanitarios convencionales en último año (categorías agregadas)	Ninguna	10 (37,0%)	0,161
	1-4 veces	75 (57,7%)	
	5-9 veces	39 (57,4%)	
	Más de 9 veces	37 (62,7%)	
Área de Atención Primaria	Área 1	23 (54,8%)	0,067
	Área 2	7 (35,0%)	
	Área 3	7 (43,8%)	
	Área 4	16 (51,6%)	
	Área 5	29 (78,4%)	
	Área 6	10 (41,7%)	
	Área 7	10 (52,6%)	
	Área 8	19 (65,5%)	
	Área 9	9 (60,0%)	
	Área 10	11 (68,8%)	
	Área 11	21 (53,8%)	
Nivel de estudios (categorías agregadas)	Sin estudios o Primaria incompleta	12 (60,0%)	0,194
	Primaria Completa	25 (43,9%)	
	FP, BUP, COU	53 (61,6%)	
	Universitarios	70 (57,4%)	
Situación laboral	No trabaja	51 (54,8%)	0,739
	Sí trabaja	111 (56,9%)	
	No en paro	143 (55,0%)	0,193
	Sí en paro	19 (67,9%)	
	No jubilado	146 (57,7%)	0,180
	Sí jubilado	16 (45,7%)	
	No estudiante	145 (56,9%)	0,560
	Sí estudiante	17 (51,5%)	
No ama de casa	Sí ama de casa	140 (55,3%)	0,401
	Sí ama de casa	22 (62,9%)	

Tabla 22.- Relación de algunas otras variables cualitativas con el uso de MAC. Población general.

	Acude a MAC	N (%)	p
Utilizó productos alternativos (Sí)	Sí	137 (72,1%)	<0,001
	No	25 (25,5%)	
Acudió a balnearios o spas (Sí)	Sí	90 (72,0%)	<0,001
	No	66 (43,1%)	
Aconsejó MAC o productos alternativos (Sí)	Sí	127 (79,4%)	<0,001
	No	32 (26,2%)	
Opinó que las MAC deben ser subvencionadas por el sistema sanitario público (Sí)	Sí	142 (60,2%)	0,001
	No	15 (33,3%)	
Opinó que los profesionales sanitarios deben formarse en MAC (Sí)	Sí	150 (59,3%)	0,002
	No	9 (30,0%)	

Tabla 23.- Relación de algunas otras variables cuantitativas con el uso de MAC. Población general.

	Acude a MAC	N	Mediana (RIC)	p
Nº productos alternativos consumidos	Sí	162	2 (1-4)	<0,001
	No	126	0 (0-1)	
Edad	Sí	154	37 (30,7-51,2)	0,214
	No	119	40 (29-58)	
Nº veces que acudió a balneario o spa	Sí	154	0 (0-1,2)	0,008
	No	122	0 (0-0)	
Percepción del % de uso MAC en población general	Sí	153	40 (20-60)	<0,001
	No	114	20 (10-31,2)	

Se analizó la relación entre el uso de productos y terapias con residir en medio urbano o rural. No se halló asociación estadística para el consumo de productos ni para la utilización de alguna de las 21 terapias. Asimismo se comprobaron diferencias entre la residencia en medio urbano o rural y las variables independientes sexo, estado civil, nivel de estudios, situación laboral, nacionalidad, y haber acudido a sanitarios convencionales en el último año, sin que se hallara asociación estadística (datos no mostrados).

F.2) ANÁLISIS MULTIVARIADO.

Con el objetivo de identificar los factores asociados (variables sociodemográficas) de manera independiente con el uso de MAC se ajustó un modelo de regresión logística multivariado tomando como variable dependiente el uso de MAC y como variables independientes aquellas variables que en el análisis univariado presentaron un nivel de significación igual o inferior a 0,20 ($p \leq 0,20$) y/o eran clínicamente relevantes. Se introdujeron en el modelo las siguientes variables: sexo, edad (categorizada por la mediana=38 años), el área de Atención Primaria, el nivel de estudios (agregados en primaria incompleta + sin estudios, primaria completa y BUP, COU, FP + estudios universitarios), número de visitas a sanitarios convencionales en el último año (ninguna, 1-9 veces, más de 9 veces), situación laboral en paro y situación laboral jubilado.

La tabla 24 recoge el resultado del modelo.

Tabla 24.- Factores sociodemográficos relacionados con el uso de MAC. Análisis multivariado. Población general (N=270).

	OR	IC 95% OR		p	
		Inferior	Superior		
Sexo	Hombre	1,00	-	-	0,001
	Mujer	2,54	1,48	4,34	
Área de Atención Primaria	Área 2	1,00	-	-	0,091*
	Área 1	1,62	0,47	5,56	0,445
	Área 3	0,87	0,20	3,76	0,856
	Área 4	1,30	0,36	4,72	0,686
	Área 5	5,24	1,40	19,53	0,014
	Área 6	0,96	0,25	3,65	0,950
	Área 7	2,52	0,58	11,04	0,220
	Área 8	2,53	0,68	9,36	0,165
	Área 9	2,46	0,53	11,42	0,251
	Área 10	2,93	0,64	13,39	0,166
	Área 11	2,16	0,62	7,53	0,229
Número de visitas a sanitarios convencionales en último año (categorías agregadas)	Ninguna	1,00	-	-	0,051**
	1-9 veces	2,35	0,93	5,93	0,071
	Más de 9 veces	3,64	1,26	10,54	0,017

OR: Odds Ratio; IC: intervalo de confianza

*Significación global de la variable Área de Atención Primaria

**Significación global de la variable Número de visitas a sanitarios convencionales en el último año

Las variables que finalmente se mantienen como factores independientes asociados al uso de MAC fueron el sexo, el área de Atención Primaria y el número de visitas a sanitarios convencionales en el último año. Las mujeres presentaron una frecuencia 2,5 veces mayor de uso de MAC respecto a los hombres (tomados como referencia), el Área 5 de Atención Primaria presentó 5,2 veces más frecuencia de uso de MAC respecto al Área 2 (tomada como referencia por ser el área con menor porcentaje de uso de MAC) y los sujetos que presentaron un número de visitas a sanitarios convencionales en el último año mayor a 9 tenían 3,6 veces mayor frecuencia de uso de MAC que los que no acudieron en ninguna ocasión (tomada como referencia).

Para la comparación de la variable “acudió a alguna MAC” se empleó el método de estandarización directa con el objetivo de obtener prevalencias estandarizadas de la población de cada área de Atención Primaria y así poder calcular una razón de prevalencia estandarizada (RPE) junto a su intervalo de confianza al 95%. Los resultados se exponen en la tabla 25 y la figura 21. En las áreas 3 y 6 aparecen RPE inferiores a 1 debido a la estandarización por grupos de edad y sexo. El Área 5 es la que presenta mayor RPE seguida de las áreas 9, 7 y 8.

Tabla 25.- Tabla de prevalencias estandarizadas para la variable “acudió a alguna MAC” según áreas de Atención Primaria.

	Prevalencia cruda (%)	Intervalo de confianza	Prevalencia estandarizada (%)	Intervalo de confianza
Área 2	37,5	10,8 - 64,1	42,2	5,1 - 79,3
Área 1	54,2	36,9 - 71,6	53,7	29,5 - 78,0
Área 3	43,7	16,4 - 71,0	37,8	9,6 - 66,0
Área 4	46,4	26,7 - 66,1	47,1	21,0 - 73,2
Área 5	78,3	64,4 - 92,3	73,0	42,7 - 100,0
Área 6	43,4	21,5 - 65,4	42,5	15,5 - 69,4
Área 7	66,6	39,6 - 93,6	67,1	21,8 - 100,0
Área 8	64,2	45,3 - 83,2	66,0	35,4 - 96,5
Área 9	57,1	27,5 - 86,8	68,7	10,6 - 100,0
Área 10	66,6	39,6 - 93,6	47,7	18,0 - 77,4
Área 11	55,2	38,7 - 71,8	55,5	31,6 - 79,4

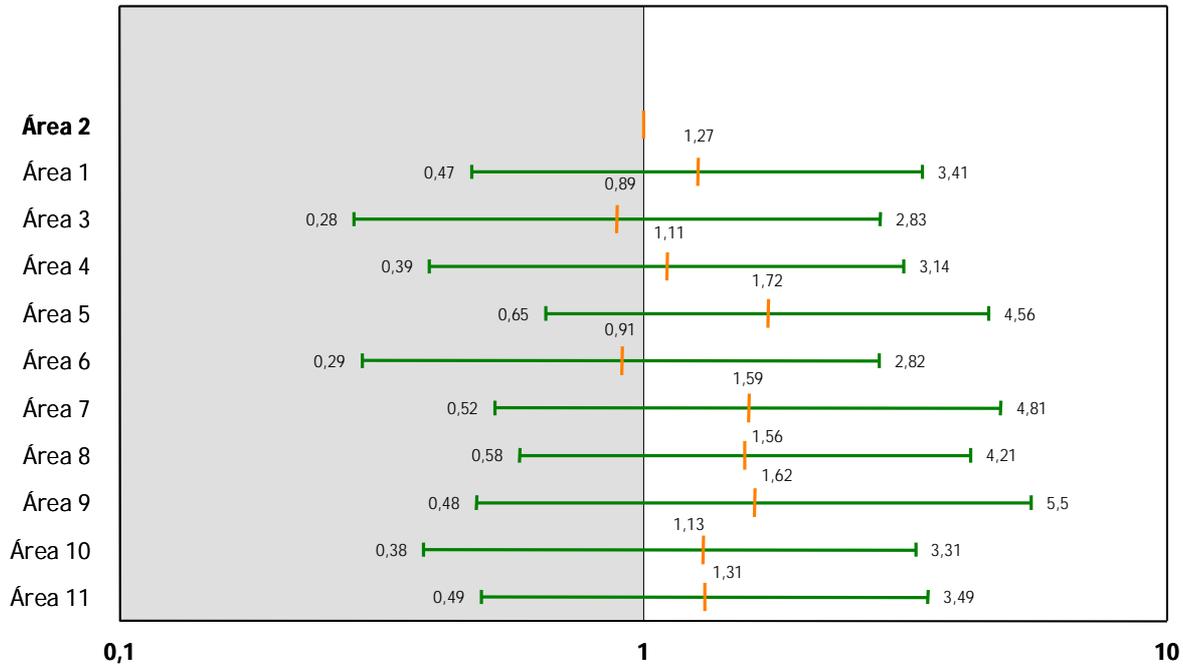


Figura 21.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable "acudió a alguna MAC" según áreas de Atención Primaria. Gráfica en escala logarítmica.

RESULTADOS EN MÉDICOS, MIR Y ESTUDIANTES.

Para facilitar la comprensión de los resultados, en la figura 22 se representan las diferentes subpoblaciones analizadas dentro de la población de médicos, MIR y estudiantes, según la fase del análisis estadístico y las variables analizadas en cada fase.

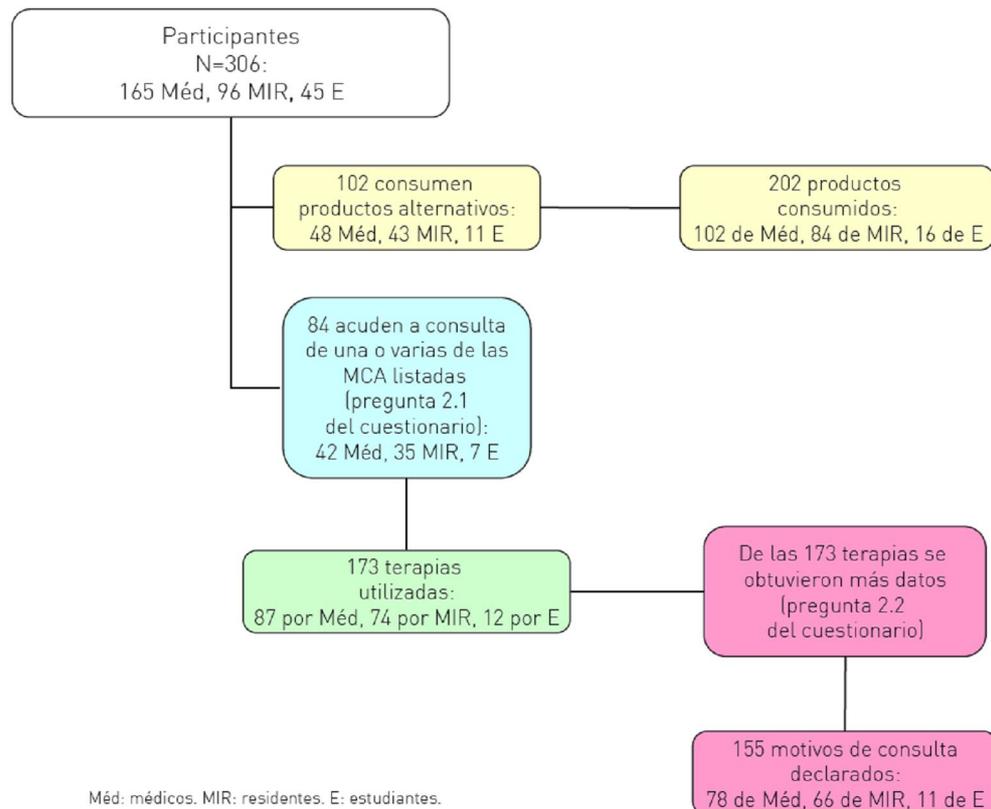


Figura 22.- Diagrama de unidades de análisis. Médicos, MIR y estudiantes.

A) DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS.

Se obtuvieron 313 cuestionarios, 165 de médicos (53,9%), 96 de MIR (31,4%) y 45 de estudiantes (14,7%). En 7 cuestionarios no se cumplimentaron los datos de filiación por lo que no se incluyeron en el análisis por grupos. La muestra final quedó constituida por 306 cuestionarios (un 63,75% de la población), distribuida según la tabla 26. De los estudiantes, 22 (48,9%) eran de tercer curso y 23 (51,1%) de sexto.

Tabla 26.- Participación de médicos, MIR y estudiantes por hospital, área y universidad.

	Muestra estimada	Muestra obtenida	% muestra
Médicos Área 7	62	35	56,45%
Médicos Área 3	49	27	55,10%
Médicos HCSC	156	78	50,00%
Médicos HUPA	57	25	43,86%
MIR Área 7	10	22	220,00%
MIR Área 3	7	10	142,86%
MIR HCSC	72	48	66,67%
MIR HUPA	22	16	72,73%
Estudiantes UCM	30	32	106,67%
Estudiantes UAH	15	13	86,67%
Total	480	306	63,75%

Por grupos, las mujeres representaban el 58,2% (n=96) de los médicos, el 68,8% (n=66) de los MIR y el 82,2% (n=37) de los estudiantes. Se observó diferencia estadísticamente significativa en la variable sexo entre los tres grupos ($p < 0,005$). La mediana de edad de los médicos fue de 47 años (RIC=39–51), con mínimo de 29 y máximo de 68 años. En los MIR y estudiantes la mediana y RIC fueron, respectivamente: 27; 26-29 y 22; 21-23. No se analizó la asociación estadística entre grupos de la variable edad por el sesgo de selección en cada grupo, al igual que el estado civil.

El 99,4% de los médicos, 83,3% de los MIR y 93,3% de los estudiantes eran de nacionalidad española. De los 18 extranjeros 15 pertenecían al grupo de MIR, 15 provenían de países de América Central y del Sur, dos de Marruecos y uno de Camerún. Se confirmó asociación estadística en la distribución de la nacionalidad entre los tres grupos ($p < 0,001$).

El estado civil de la muestra se presenta en la figura 23, donde se constata un aumento del porcentaje de emparejados o casados desde el grupo de menor al de mayor edad y, por el contrario, de disminución del porcentaje de solteros en el mismo sentido.

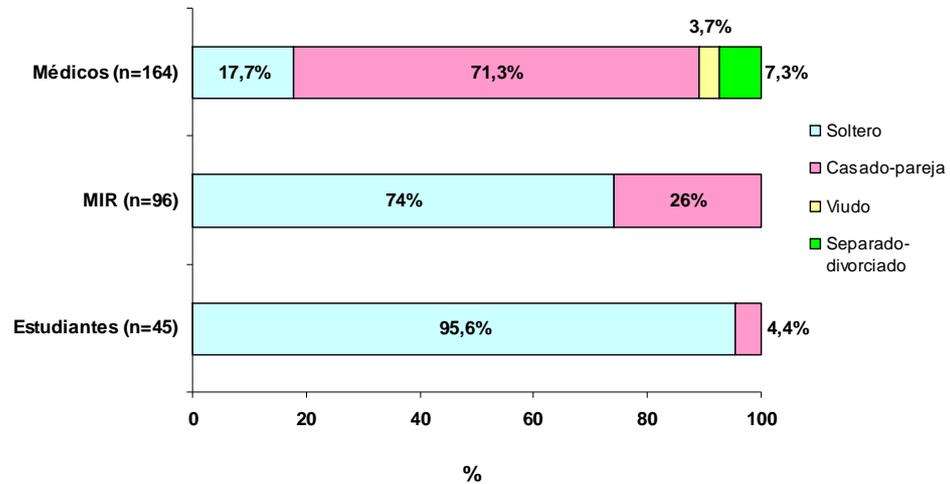


Figura 23.- Estado civil de la muestra. Médicos, MIR y estudiantes.

El número de veces que acudieron a un profesional sanitario convencional (médico, enfermera o fisioterapeuta) en los últimos 12 meses se evidencian en la figura 24. La mayor parte de la muestra acudió un máximo de 4 veces. No se observaron diferencias significativas entre los tres grupos ($p=0,694$).

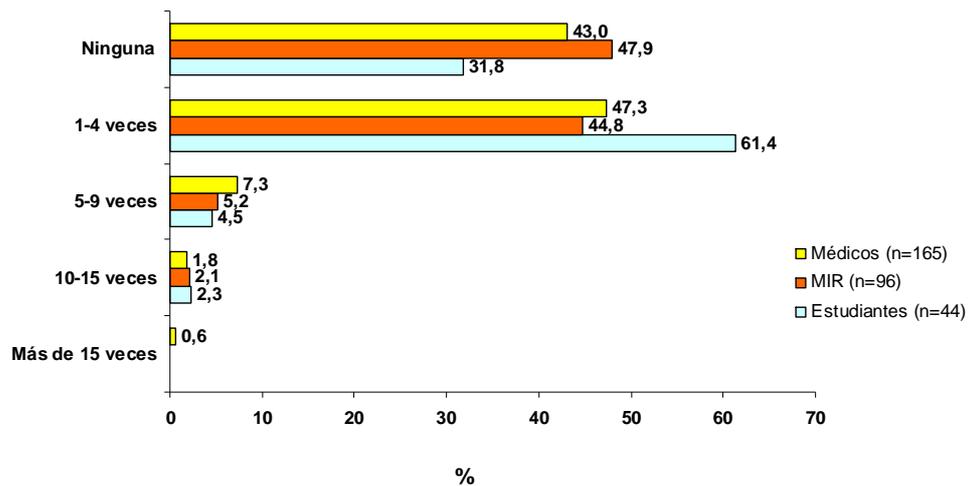


Figura 24.- Número de visitas a sanitarios en los últimos 12 meses. Médicos, MIR y estudiantes.

La distribución de participantes por especialidades médicas se refiere en la tabla 27. Las especialidades se clasificaron en médicas, quirúrgicas y de servicios centrales. En el caso de los estudiantes se les preguntaba por su intención de escoger una especialidad de alguna de las tres categorías tras aprobar el examen MIR. En los tres grupos, más del 50% ejercía o deseaba una especialidad médica.

Tabla 27.- Distribución de médicos y MIR por especialidades. Para los estudiantes, intención de escoger especialidad en el MIR.

	Médicos		MIR		Estudiantes	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ESPECIALIDADES MÉDICAS						
Alergología	2	1,21			30	66,67
Cardiología	1	0,61				
Dermatología	2	1,21				
Digestivo	2	1,21	2	2,08		
Endocrinología	3	1,82				
Geriatría	2	1,21	1	1,04		
Medicina Intensiva	2	1,21	2	2,08		
Medicina Interna	15	9,09	6	6,25		
Medicina del Trabajo			1	1,04		
Med. Familiar y Com.	62	37,58	32	33,32		
Nefrología	3	1,82	1	1,04		
Neumología	3	1,82				
Neurología	1	0,61	3	3,13		
Oncología Médica	1	0,61				
Pediatría	5	3,03	1	1,04		
Reumatología	1	0,61				
ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS						
Cirugía General	6	3,63	1	1,04	10	22,22
Cirugía Maxilofacial			1	1,04		
Cirugía Plástica	2	1,21				
Cirugía Vasculat			1	1,04		
Ginecología	5	3,03	1	1,04		
Neurocirugía	1	0,61				
Oftalmología	3	1,82	13	13,54		
ORL	2	1,21	1	1,04		
Traumatología	1	0,61	2	2,08		
Urología			1	1,04		
ESPECIALIDADES DE SERVICIOS CENTRALES						
Análisis Clínicos	4	2,42	1	1,04	3	6,67
Anatomía Patológica			3	3,13		
Anestesiología	7	4,24	3	3,13		
Farmacia Hospitalaria	1	0,61				
Farmacología Clínica	1	0,61	4	4,17		
Hematología	3	1,82				
Inmunología			1	1,04		
Medicina Nuclear	1	0,61	2	2,08		
Medicina Preventiva	5	3,03	4	4,17		
Microbiología	4	2,42				
Neurofisiología Clínica	1	0,61	1	1,04		

<i>(continúa de página anterior)</i>	Médicos		MIR		Estudiantes	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
ESPECIALIDADES DE SERVICIOS CENTRALES (cont.)						
Psicología Clínica			1	1,04	(3)	(6,67)
Psiquiatría	5	3,03	1	1,04		
Radiodiagnóstico	5	3,03	3	3,13		
Rehabilitación	2	1,21				
No cumplimentado	1	0,61	2	2,08	2	4,44
Total	165	100,00	96	100,00	45	100,00

B) CONSUMO DE PRODUCTOS ALTERNATIVOS.

Declararon haber utilizado productos alternativos o medicamentos no convencionales 48 médicos (29,1%; IC 95%: 22,1-36,1), 43 MIR (44,8%; IC 95%:34,6-54,9) y 11 estudiantes (24,4%; IC 95%:11,3-37,5). La comparación entre grupos mostró asociación estadísticamente significativa ($p < 0,014$). Al comparar dos a dos, sólo tuvieron asociación estadística las comparaciones entre médicos y MIR ($p < 0,010$) y MIR y estudiantes ($p < 0,021$).

La mediana de productos consumidos por persona fue de 2 (RIC=1-2,75) para los médicos, 1 (RIC=1-2) para los MIR, y 1 (RIC=1-1) para los estudiantes. Al igual que en la variable anterior, la comparación entre grupos arrojó diferencias significativas en conjunto ($p = 0,014$), pero en la comparación dos a dos sólo médicos y MIR ($p = 0,010$) y MIR y estudiantes ($p = 0,021$).

El número total de productos declarados fue de 202 (102 los médicos, 84 los MIR y 16 los estudiantes), que se clasificaron y agruparon con el mismo criterio que en la población general. La distribución de frecuencias de consumo de dichos productos aparece en la tabla 28. Al igual que en la población general, los tres grupos más consumidos fueron fitoterapia, complementos nutricionales y homeopatía (más del 80% del total).

En la tabla 29 se indican los productos consumidos con mayor frecuencia, correspondientes al 30% del total. Se demostraron diferencias estadísticas ($p < 0,001$) al comparar las tres poblaciones con el consumo de los tres principales grupos de productos (fitoterapia, complementos nutricionales y homeopatía).

Tabla 28.- Distribución de productos consumidos según categorías. Médicos, MIR y estudiantes.

	Médicos		MIR		Estudiantes		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Fitoterapia	38	37,3	43	51,2	3	18,8	84	41,6
Complementos nutricionales	19	18,6	22	26,2	9	56,3	50	24,8
Homeopatía	25	24,5	4	4,8	2	12,5	31	15,3
Infusiones	5	4,9	5	5,9	1	6,3	11	5,4
Oligoelementos	3	2,9	5	5,9	1	6,3	9	4,5
Flores de Bach	4	3,9	3	3,6	0	0	7	3,5
Productos para adelgazar	5	4,9	1	1,2	0	0	6	3,0
Ilegibles, no filiados	3	2,9	1	1,2	0	0	4	2,0
Total	102	100,0	84	100,0	16	100,0	202	100,0

Tabla 29.- Principales productos alternativos consumidos. Médicos, MIR y estudiantes. (N=202)

Producto	Frecuencia	Porcentaje
Valeriana	28	13,9
Levadura de cerveza	10	5,0
Flores de Bach	7	3,5
Lecitina de soja	7	3,5
Aloe Vera	5	2,5
Jalea real	5	2,5
Total	62	30,7

La prescripción de los productos se realizó en el grupo de médicos principalmente por iniciativa propia, en el de MIR en igual medida por iniciativa propia y por recomendación de amigos o familiares, y en el de estudiantes por un terapeuta de MAC, según se muestra en la figura 25.

En las tablas de contingencia de los grupos de productos más consumidos según el responsable de la prescripción, se encontró asociación estadística en los médicos ($p=0,001$) y MIR ($p=0,013$), pero no en estudiantes (datos no mostrados).

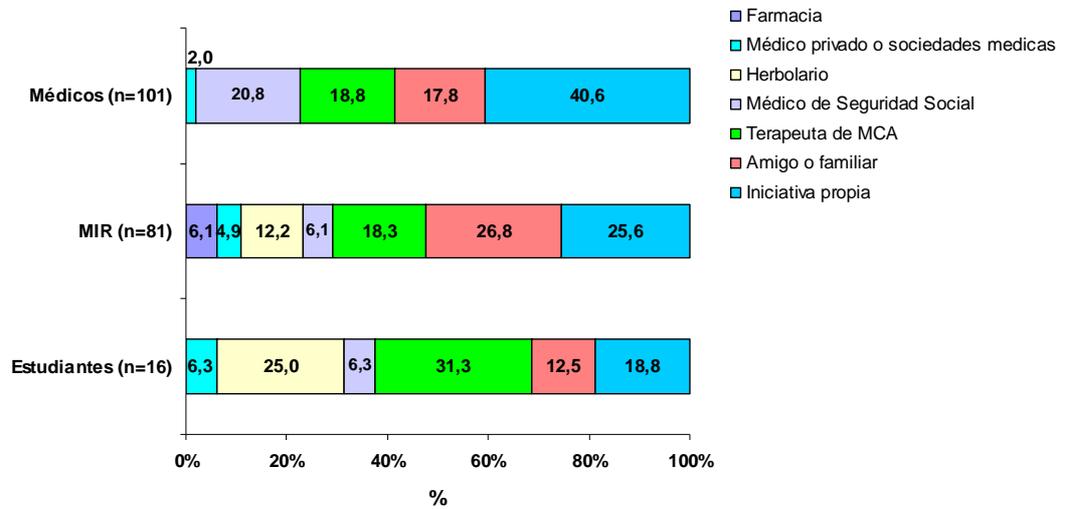


Figura 25.- Prescriptores de productos alternativos consumidos. Médicos, MIR y estudiantes.

Las distribuciones de uso de productos según sexo y edad (categorizada por la mediana en cada grupo) se presentan en las tablas 30 y 31. No se halló significación estadística para estas variables.

Tabla 30.- Distribución de pacientes que consumieron productos alternativos por sexo. Médicos, MIR y estudiantes.

Grupo	Sexo	N	Consumo de productos alternativos		Porcentaje con IC 95%	p
			No	Sí		
Médicos	Hombre	69	54	15	21,7% (11,7-31,7)	0,078
	Mujer	96	63	33	34,4% (24,7-44,0)	
MIR	Hombre	30	20	10	33,3% (15,4-51,2)	0,128
	Mujer	66	33	33	50,0% (37,6-62,4)	
Estudiantes	Hombre	8	7	1	12,5% (0-42,0)	0,386
	Mujer	37	27	10	27,0% (12,0-42,0)	

IC: intervalo de confianza

Tabla 31.- Distribución de pacientes que consumieron productos alternativos por edad. Médicos, MIR y estudiantes.

Grupo	Edad	N	Consumo de productos alternativos		Porcentaje con IC 95%	p
			No	Sí		
Médicos	<47	75	51	24	32,0% (21,2-42,8)	0,493
	≥47	85	62	23	27,1% (17,4-36,7)	
MIR	<27	28	14	14	50,0% (30,2-69,7)	0,559
	≥27	60	34	26	43,3% (30,4-56,2)	
Estudiantes	<22	19	15	4	21,1% (0,9-41,2)	0,545
	≥22	24	17	7	29,2% (9,5-48,8)	

IC: intervalo de confianza

C) CONOCIMIENTO Y USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.

El 98,8% (n=163) de los médicos, 97,9% (n=94) de los MIR y 100% (n=45) de los estudiantes referían haber oído hablar de alguna de las 21 MAC relacionadas en el cuestionario. La media de MAC conocidas fue en los médicos 13,80 (DE:4,13); en los MIR 14,53 (DE:4,06); y en los estudiantes 13,66 (DE:3,96). Las terapias más conocidas en los tres grupos (superior al 85% de las muestras respectivas) fueron acupuntura, homeopatía y terapias de relajación. Las menos conocidas (menos del 27% de las tres muestras) fueron ayurveda, flores de Bach y terapias biológicas.

42 médicos (25,5%; IC 95%:18,7-32,1), 35 MIR (36,5%, IC 95%:26,7-46,2) y 7 estudiantes (15,6%; IC 95%:4,5-26,6) dijeron haber acudido a consulta de alguna de las 21 MAC del cuestionario. Se obtuvo diferencia significativa al comparar esta variable en las tres poblaciones ($p < 0,022$), pero sólo en una de las tres comparaciones por pares, la de MIR y estudiantes ($p < 0,011$). El 15,2% de los médicos (25), 15,0% de los MIR (14) y 7,8% de los estudiantes (3) acudieron al menos a una en el último año. Las distribuciones por sexo y edad (categorizada por la mediana en cada grupo) se exponen en las tablas 32 y 33. Se comprobó significación estadística únicamente en la variable sexo de los médicos ($p = 0,002$).

Tabla 32.- Distribución de pacientes que acudieron a alguna MAC según sexo. Médicos, MIR y estudiantes.

Grupo	Sexo	N	Acudieron a consulta de MAC		Porcentaje con IC 95%	p
			No	Sí		
Médicos	Hombre	69	60	9	13,0% (4,9-21,2)	0,002
	Mujer	96	63	33	34,4% (24,7-44,0)	
MIR	Hombre	30	23	7	23,3% (7,3-39,4)	0,072
	Mujer	66	38	28	42,4% (30,2-54,7)	
Estudiantes	Hombre	8	8	0	0% (-)	0,181
	Mujer	37	30	7	18,9% (5,7-32,2)	

IC: intervalo de confianza

Tabla 33.- Distribución de pacientes que acudieron a alguna MAC según edad. Médicos, MIR y estudiantes.

Grupo	Edad	N	Acudieron a consulta de MAC		Porcentaje con IC 95%	p
			No	Sí		
Médicos	<47	75	57	18	24,0% (14,1-33,9)	0,658
	≥47	85	62	23	27,1% (17,4-36,7)	
MIR	<27	28	16	12	42,9% (23,3-62,4)	0,579
	≥27	60	38	22	36,7% (24,1-49,2)	
Estudiantes	<22	19	15	4	21,1% (0,8-41,2)	0,451
	≥22	24	21	3	12,5% (0,0-26,7)	

IC: intervalo de confianza

La mediana de MAC a las que habían acudido los médicos fue 2 (RIC:1-4); los MIR, 2 (RIC:1-3) y los estudiantes, 1 (RIC:1-3). No se observaron diferencias estadísticas en el número de MAC utilizadas, ni en el análisis conjunto entre las tres subpoblaciones ni por pares (p entre 0,550 y 0,833). En conjunto, asistieron a 173 terapias (87 los médicos, 74 los MIR y 12 los estudiantes) de las que aportaron datos del 100% de ellas en la pregunta 2.2 del cuestionario.

En la figura 26 se representa el porcentaje de utilización de cada una de las 21 MAC respecto del total de la muestra de médicos, MIR y estudiantes. Las terapias más utilizadas por los MIR y estudiantes fueron las terapias de relajación; en el caso de los médicos fueron las terapias de masaje, seguidas de las de relajación. En la comparación entre las tres poblaciones, de las 21 sólo demostró asociación estadística las terapias de relajación (p<0,006).

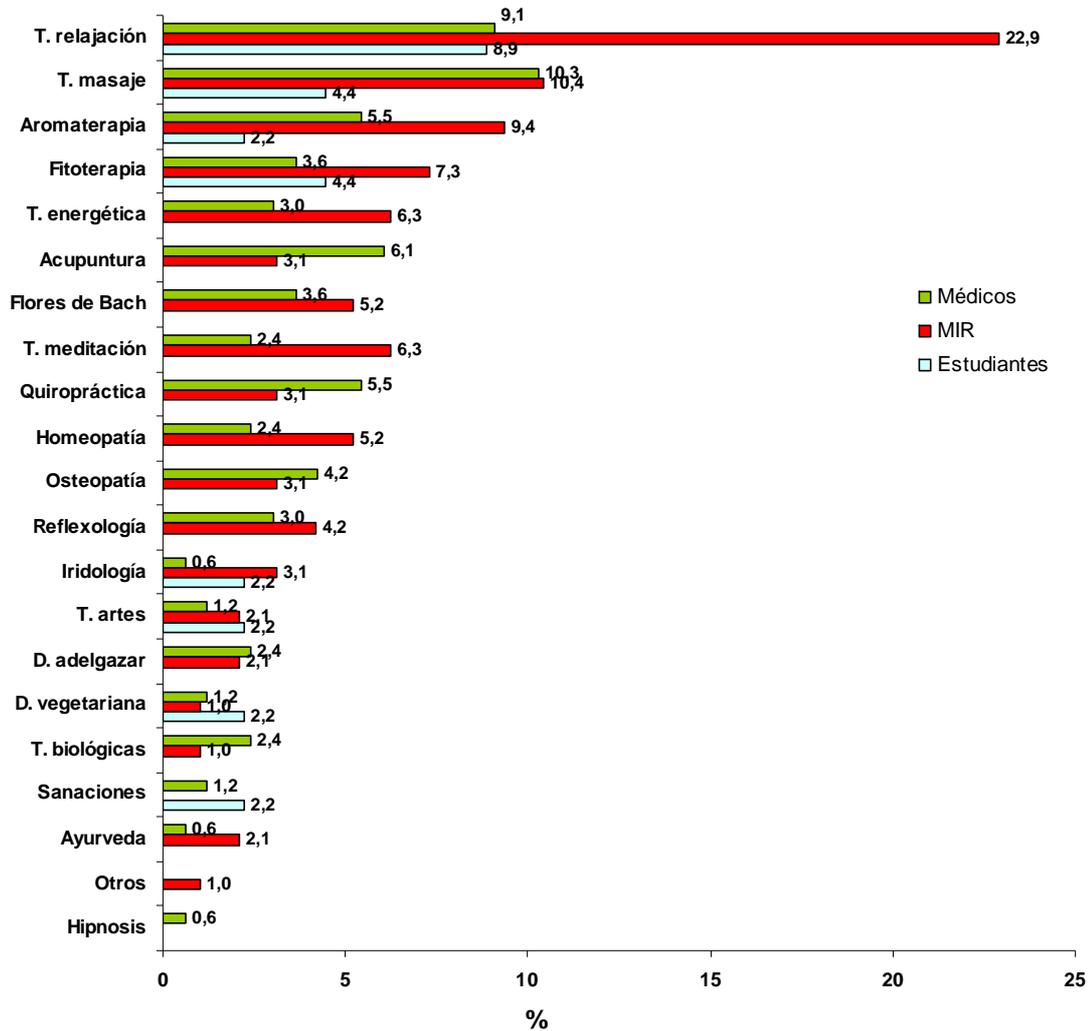


Figura 26.- Frecuencia de utilización de cada MAC en las muestras de médicos, MIR y estudiantes.

Al analizar la utilización de cada una según sexo y edad de cada población (categorizada por la mediana de cada grupo), sólo demostraron asociación estadística con el sexo el uso de fitoterapia ($p=0,041$), terapias de relajación ($p=0,004$) y terapias de masaje ($p=0,001$) en médicos mujeres y osteopatía ($p=0,028$) en MIR varones. Respecto a la edad, sólo se observó asociación en el uso de acupuntura ($p=0,001$) entre los médicos de 47 o más años y de iridología ($p=0,030$) entre los MIR menores de 27 años.

Tomadas en su conjunto, casi la mitad de las consultas de los médicos se realizaron en el último año (40; 46%), el 33,8% (25) de las de MIR y 33,3% (4) de las de estudiantes. La frecuencia de consultas de

MAC en el último año se detalla en la figura 27. En los tres grupos el número mayoritario de visitas fue de 1 a 4. No se demostró asociación estadística en la comparación entre los tres grupos ($p=0,644$).

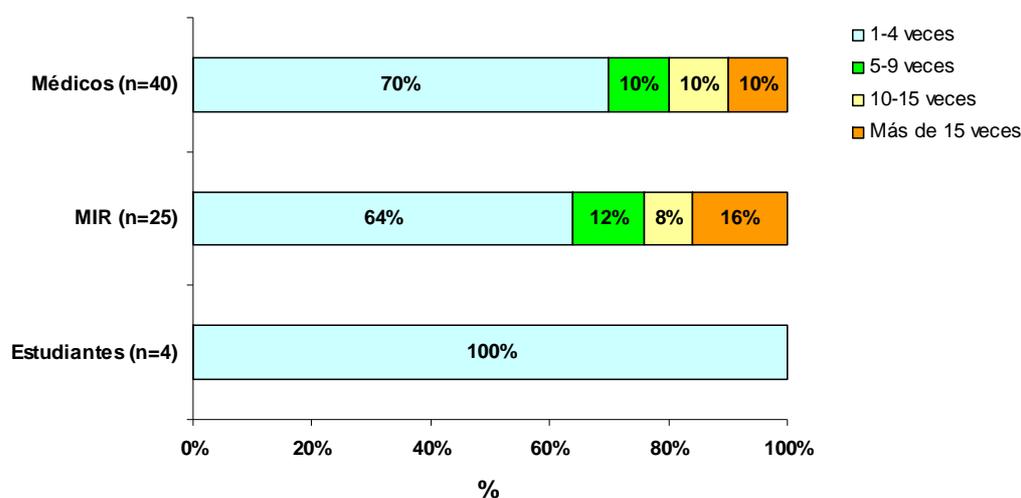


Figura 27.- Frecuencia de visitas a MAC en el último año. Médicos, MIR y estudiantes.

Entre los usuarios de terapias en el último año que también habían acudido a sanitarios convencionales en dicho período ($n=42$) se comparó la frecuencia de consultas entre ambos, con metodología similar que en la población general. Los resultados se facilitan en la tabla 34. Se observa que los médicos y MIR acudieron más veces a consultas de MAC que a sanitarios convencionales. En un pequeño número de casos no fue posible determinarlo debido a que el registro de las frecuencias del cuestionario se había realizado mediante rangos.

Tabla 34.- Comparación de la frecuencia de uso de terapias y consultas a sanitarios convencionales en el último año. Médicos, MIR y estudiantes.

	Médicos	MIR	Estudiantes	Total
Acudieron más a MAC	12 48,0%	10 71,4%	1 33,3%	23 54,8%
Acudieron más a sanitarios convencionales	2 8,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 4,8%
Acudieron por igual	5 20,0%	3 21,4%	1 33,3%	9 21,4%
No es posible determinarlo	6 24,0%	1 7,1%	1 33,3%	8 19,0%
Total	25 100,0%	14 100,00%	3 100,0%	42 100,00%

Se contabilizaron en total 155 motivos de consulta: 78 de los 42 médicos que habían acudido a 87 terapias; 66 de los 35 MIR y sus 74 terapias, y 11 de los 7 estudiantes y sus 12 terapias (ver figura 22). La distribución aparece en la tabla 35. Al igual que en la población general, bajo motivos “Generales” se incluyeron cansancio, relajación y mejorar el estado de salud, y en el grupo “Otros” los que no indicaban patologías (“sin enfermedad”). En los tres colectivos, los grupos de motivos que generaron más consultas fueron los relacionados con el aparato locomotor, seguidos de los de salud mental.

Tabla 35.- Distribución de motivos de consulta por patologías con respecto al total de motivos de cada muestra. Médicos, MIR y estudiantes.

	Médicos		MIR		Estudiantes		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Ap. locomotor	37	17,6	21	12,0%	5	14,3%	63	40,6%
Salud Mental	15	7,1	12	6,9%	3	8,6%	30	19,4%
Generales	5	2,4	11	6,3%	0	0,0%	16	10,3%
Otros	5	2,4	6	3,4%	2	5,7%	13	8,4%
Neurológicos	1	0,5	6	3,4%	0	0,0%	7	4,5%
Endocrino-metabólicos	5	2,4	1	0,6%	0	0,0%	6	3,9%
Digestivos	2	1	2	1,1%	1	2,9%	5	3,2%
Dermatológicos	2	1	2	1,1%	0	0,0%	4	2,6%
Vasculares	3	1,4	1	0,6%	0	0,0%	4	2,6%
Ginecológicos	2	1	1	0,6%	0	0,0%	3	1,9%
Respiratorios	0	0	2	1,1%	0	0,0%	2	1,3%
Alergia	1	0,5	0	0,0%	0	0,0%	1	0,6%
Oftalmológicos	0	0	1	0,6%	0	0,0%	1	0,6%
ORL	0	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Nefro-urológicos	0	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Oncológicos	0	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Hematológicos	0	0	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Total	78	37,3	66	37,7%	11	31,5%	155	100%

En los tres grupos, la mayoría de las terapias fueron administradas por profesionales no sanitarios, como se señala en la figura 28.

En la figura 29 se ilustra el grado de mejoría percibido. En conjunto, la mayoría expresó haber mejorado “bastante”, en el grupo de MIR en igual porcentaje que “poco”. No hubo asociación estadística en la comparación entre grupos ($p=0,163$).

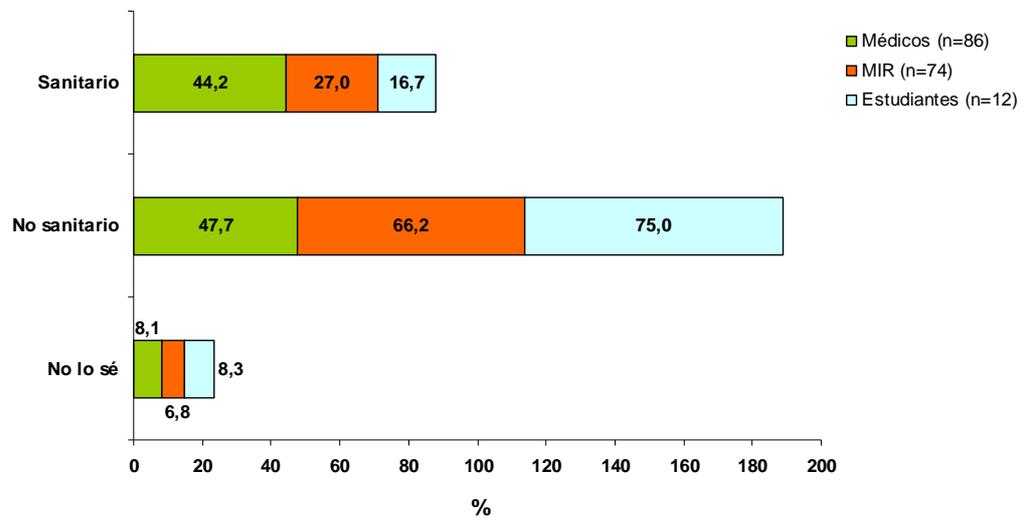


Figura 28.- Tipo de profesional que realizó la terapia a médicos, MIR y estudiantes.

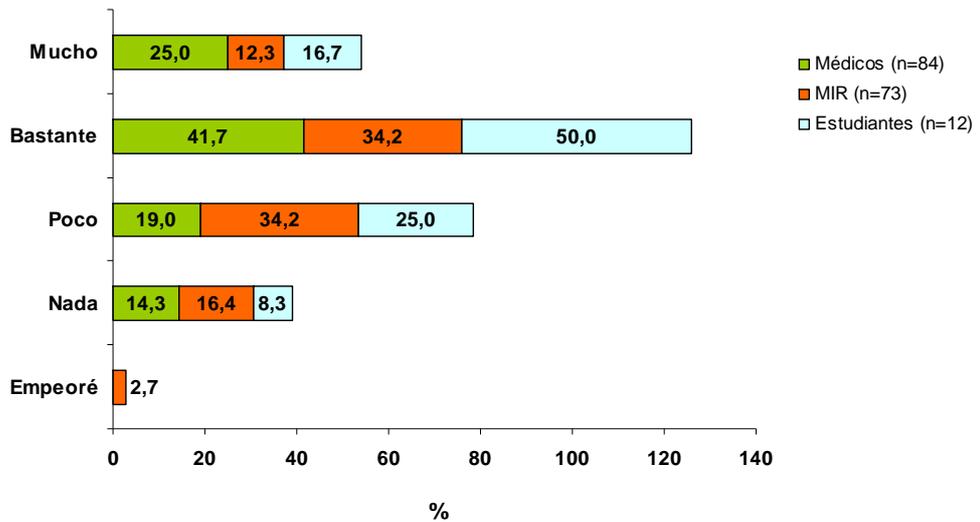


Figura 29.- Grado de mejoría percibido por los usuarios de MAC. Médicos, MIR y estudiantes.

El grado de satisfacción de los usuarios de MAC se ofrece en la figura 30. El 70% de los médicos, casi el 60% de los MIR y el 55% de los estudiantes se declararon satisfechos o muy satisfechos con las terapias, sin que se demostraran diferencias estadísticas en la comparación entre las tres poblaciones ($p=0,528$).

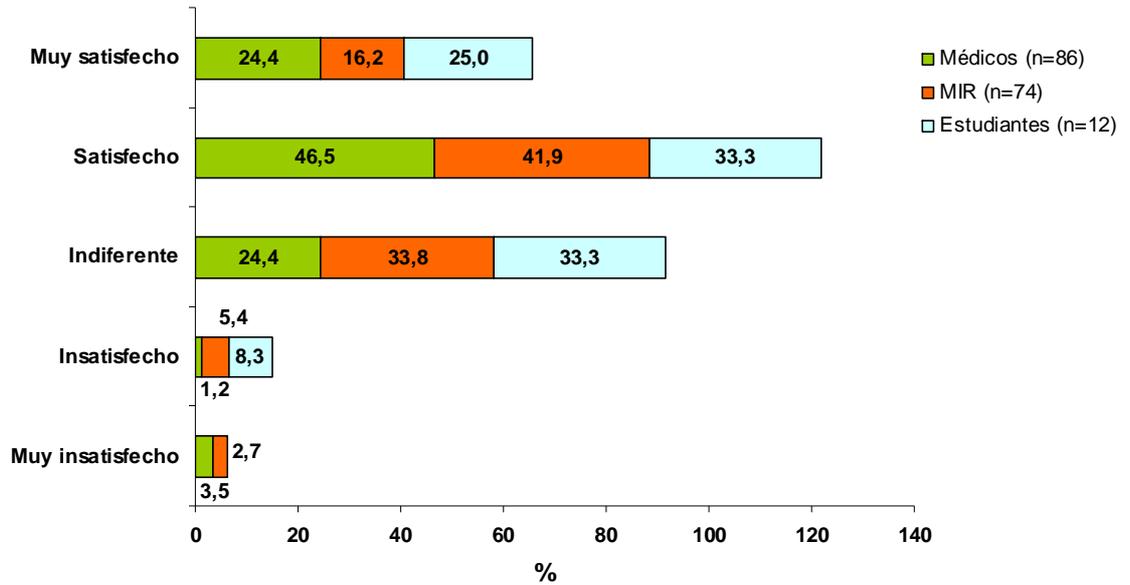


Figura 30.- Grado de satisfacción de los usuarios de MAC. Médicos, MIR y estudiantes.

No se pudo realizar el análisis estadístico sobre las siete terapias más utilizadas y las variables relacionadas, tal y como se realizó en la población general, debido al escaso tamaño muestral en varias de ellas.

D) VARIABLES DE USUARIOS DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.

En este apartado se exponen los resultados relacionados sólo con los médicos, MIR y estudiantes que utilizaron MAC (n=42 médicos, 35 MIR y 7 estudiantes).

Se obtuvieron 84 razones por las que acudieron a MAC, distribuidas tal como se describe en la tabla 36. La razón principal de los médicos y estudiantes fue el fracaso de los tratamientos convencionales; la de los MIR por probar. No se obtuvieron diferencias estadísticas entre las diversas razones de los tres grupos (p entre 0,289 y 0,577).

La mayoría conocieron las terapias a las que habían acudido por mediación de un amigo o familiar, tal y como se detalla en la figura 31. En el caso de los médicos, la segunda fuente de información para conocer las MAC fueron los médicos, y en el caso de los estudiantes los medios de comunicación. Al

comparar los tres grupos se observaron diferencias estadísticas sólo en ser informados por un amigo o familiar ($p=0,002$) y por un médico ($p=0,021$).

Tabla 36.- Distribución de razones para consultar a MAC. Médicos, MIR y estudiantes.

Razones	Médicos	MIR	Estudiantes
La medicina convencional no mejoraba mis síntomas	16 (38,1%)	8 (22,9%)	3 (42,9%)
Por los efectos secundarios de los tratamientos convencionales	12 (28,6%)	6 (17,1%)	1 (14,3%)
Las medicinas complementarias se ajustan mejor a mi filosofía de vida	4 (9,5%)	2 (5,7%)	0 (0,0%)
Me decepcionó el trato recibido en la medicina convencional	1 (2,4%)	2 (5,7%)	0 (0,0%)
Otras razones:	20 (47,6%)	21 (60,0%)	4 (57,1%)
Por probar	8 (40,0%)	10 (47,6%)	2 (50,0%)
Por recomendación	2 (10,0%)	4 (19,1%)	0 (0,0%)
Otras	3 (15,0%)	4 (19,1%)	2 (50,0%)
Complemento a medicina convencional	5 (25,0%)	2 (9,5%)	0 (0,0%)
No consignadas	2 (10,0%)	1 (4,8%)	0 (0,0%)

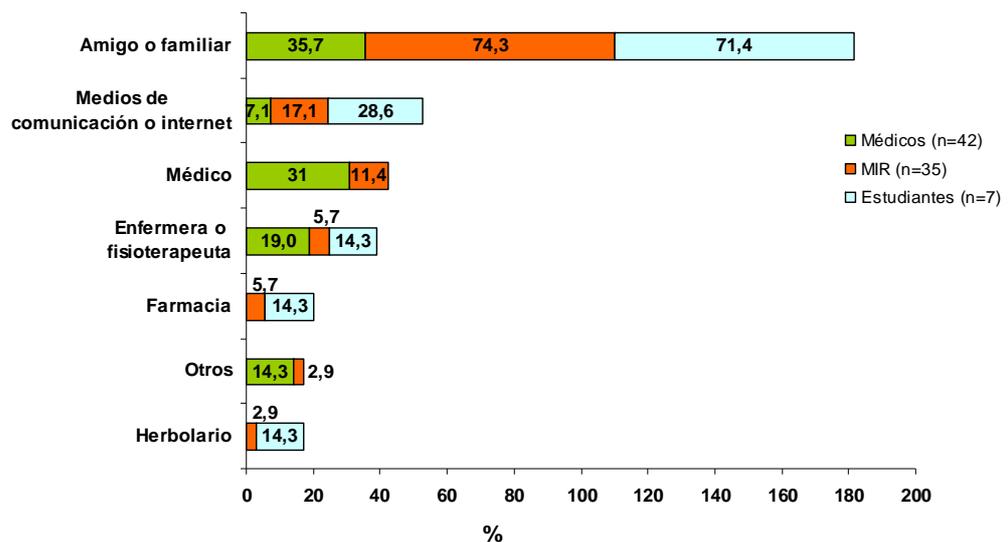


Figura 31.- Medio por el que conocieron las terapias utilizadas. Médicos, MIR y estudiantes.

Tenían hermanos menores de edad 3 médicos, 7 MIR y 4 estudiantes, e hijos menores de edad, 19 médicos y un MIR. El 31,8% de los menores familiares de los médicos y el 25% de los de los estudiantes habían usado MAC o utilizado productos alternativos.

El 75,6% de los médicos (31), 71,4% de los MIR (25) y 57,1% de los estudiantes (4) había acudido a balnearios o spas en alguna ocasión, con una frecuencia media en el último año de 1,74 veces (DE:1,73), 1,29 (DE:1,16) y 0,75 (DE:0,50), respectivamente por grupos. No hubo diferencias entre los tres grupos ($p=0,613$).

Sobre el dinero invertido en las consultas, terapias, tratamientos y productos de MAC, la mayoría habían gastado menos de 50 euros al mes durante el tiempo de uso y consumo. Los resultados se presentan en la figura 32. Tampoco se demostraron diferencias entre los tres grupos en esta variable ($p=0,282$).

Se analizó el número de terapias a las que acudieron en relación a la principal categoría de gasto declarado (menos de 50 euros al mes): una media de 2,36 (DE:1,65) en el caso de los 37 médicos; media de 2,48 (DE:1,88) en los 27 MIR, y media de 2 (DE:1,26) en los 6 estudiantes.

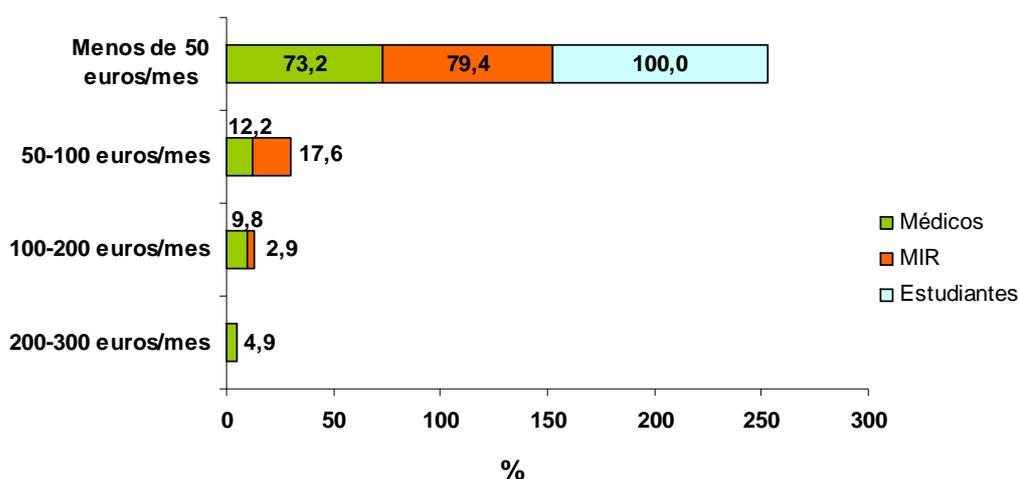


Figura 32.- Gastos directos por consumo de MAC y productos asociados. Médicos, MIR y estudiantes.

En la tabla 37 se señalan los porcentajes de respuestas afirmativas a si habían aconsejado en alguna ocasión el uso de terapias o productos a otras personas, si opinaban que las MAC deberían ser proporcionadas o subvencionadas por el sistema sanitario público, si los profesionales sanitarios convencionales deberían estar formados en MAC y si se debería impartir formación sobre MAC en la carrera de Medicina. También se ilustra su percepción sobre el porcentaje de población general que pudiera utilizar MAC. No se hallaron diferencias entre las tres poblaciones en estas cinco variables (p de 0,106 a 0,955).

Tabla 37.- Resultados sobre otras cuestiones de opinión en los tres grupos. Médicos, MIR y estudiantes.

	Médicos	MIR	Estudiantes
¿Has aconsejado MAC? (Si)	33 (78,6%)	20 (57,1%)	4 (57,1%)
¿Deben ser proporcionadas o subvencionadas por el sistema sanitario público? (Si)	20 (47,6%)	20 (57,1%)	4 (66,7%)
¿Deben estar formados en MAC los sanitarios convencionales? (Si)	35 (83,3%)	30 (85,7%)	6 (85,7%)
¿Se debería impartir formación en MAC en la carrera de Medicina? (Si)	35 (85,4%)	32 (91,4%)	5 (71,4%)
¿Qué porcentaje de población general crees que usa MAC? (Mediana)	30% (RIC=20-50)	40% (RIC=20-60)	40% (RIC=30-60)

E) VARIABLES DE NO USUARIOS DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.

En este apartado se exponen los resultados relacionados exclusivamente con los 123 médicos (74,5%), 61 MIR (63,5%) y 38 estudiantes (84,4%) que no habían utilizado nunca MAC.

De ellos, 22 médicos (45,8%), 17 MIR (39,5%) y 8 estudiantes (72,7%) habían consumido productos alternativos y medicamentos no convencionales.

En la figura 33 se relacionan las razones por las que no usaron MAC y sus frecuencias. La razón más frecuentemente invocada en los tres grupos fue el buen estado de salud. La segunda razón para los médicos fue que no las creían capaces de curar enfermedades, y también para los MIR, en igual

medida para éstos que no creerlas seguras. La mayoría de las razones categorizadas como "Otras" fueron principalmente las dudas sobre su evidencia científica. Al analizar las diversas razones entre los tres grupos sólo se encontraron diferencias estadísticas para la razón "son tratamientos caros" ($p=0,018$).

Un 41% de los médicos, 45,8% de los MIR y 16,2% de los estudiantes habían acudido a balnearios o spas en el último año, con una media de frecuencia de 0,71 veces (DE:0,84) para los médicos; 1,11 (DE:1,01) para los MIR; y 0,67 (DE:0,51) para los estudiantes. Se demostró asociación estadística entre las tres poblaciones en la utilización de balnearios ($p=0,006$).

A la pregunta sobre si acudirían a alguna MAC en algún momento de su vida si necesitaran mejorar su salud, respondieron afirmativamente el 68,4% de los médicos, el 74,1% de los MIR y el 75,7% de los estudiantes, sin asociación estadística ($p=0,586$).

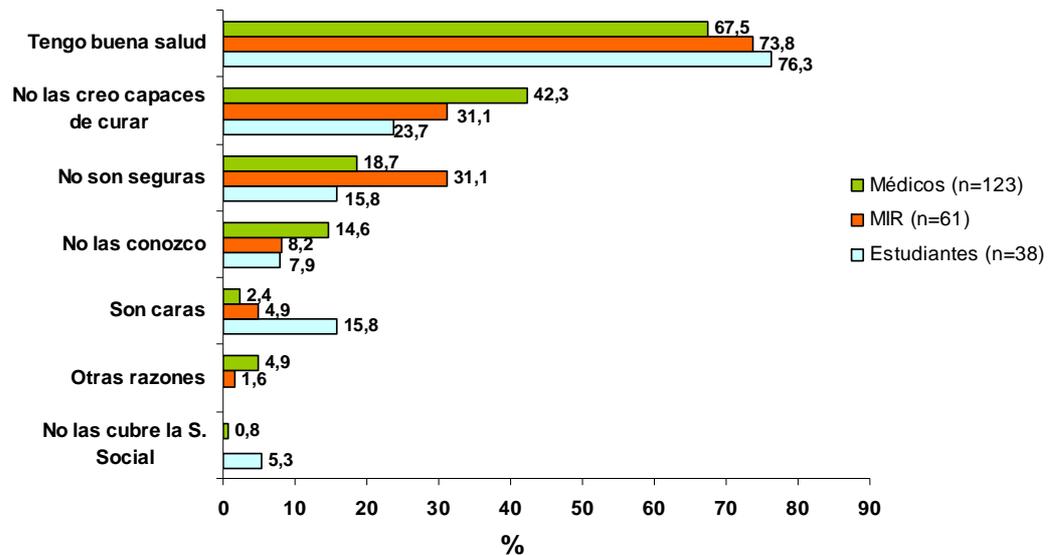


Figura 33.- Razones de no utilización de MAC. Médicos, MIR y estudiantes.

El 26,8% de los médicos, 23,7% de los MIR y 31,6% de los estudiantes, había aconsejado terapias o productos de medicinas alternativas, a pesar de no haber acudido nunca a terapias. Analizadas, no se demostraron diferencias estadísticas entre los tres grupos ($p=0,238$).

El 29,1% de los médicos, 33,9% de los MIR y 44,7% de los estudiantes opinaba que las MAC deberían ser subvencionadas o proporcionadas por el sistema sanitario público, y todos pensaban en similar porcentaje (67,8%, 69,5% y 68,4% respectivamente) que los sanitarios convencionales deberían estar formados en dichas terapias. En ninguna de las dos variables se evidenciaron diferencias estadísticas entre grupos ($p=0,211$ y $0,973$, respectivamente). El 63,1% de los médicos, 72,9% de los MIR y 68,4% de los estudiantes no usuarios de MAC opinaban que se debería impartir formación sobre ellas en la carrera, sin que la diferencia fuera estadísticamente significativa ($p=0,407$).

Sobre su opinión acerca del porcentaje de población general que podría usar las MAC, la media de dicho porcentaje en los médicos fue de 29,18% (DE:20,90). En el caso de los MIR la media fue de 35,34% (DE:20,31). Para los estudiantes, la media fue de 33,78% (DE:23,60). Las diferencias entre grupos no tenían asociación estadística ($p=0,112$).

F) FACTORES ASOCIADOS AL USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS.

En este apartado se muestran los resultados diferenciados en los tres grupos, para facilitar una mejor comprensión.

F.1.) MÉDICOS.

Se realizó análisis univariado entre las poblaciones de médicos usuarios y no usuarios de MAC para las variables sociodemográficas sexo, nacionalidad, estado civil, frecuencia de visitas a sanitarios convencionales en el último año y hospital o área de atención primaria, y sólo mostró asociación estadística con el sexo. Los resultados se exponen en la tabla 38.

Tabla 38.- Relación de factores asociados con el uso de MAC. Médicos.

		Acude a MAC	
		N (%)	p
Sexo	Hombre	9 (13,0%)	0,002
	Mujer	33 (34,4%)	
Nacionalidad	Española	42 (25,6%)	1,000
	Otra	0 (0,0%)	
Estado civil	Soltero	11 (37,9%)	0,188
	Casado-pareja	29 (24,8%)	
	Viudo	1 (16,7%)	
	Separado-divorciado	1 (8,3%)	
Número de visitas a sanitarios convencionales en último año (categorías agregadas)	Ninguna	15 (21,1%)	0,257
	1-4 veces	20 (25,6%)	
	5-9 veces	6 (50,0%)	
	Más de 10 veces	1 (25,0%)	
Hospital o Área de Atención Primaria donde trabaja	HCSC	19 (24,4%)	0,985
	HUPA	7 (28,0%)	
	Área 3	7 (25,9%)	
	Área 7	9 (26,5%)	
Médicos de hospital o Atención Primaria	Hospital	26 (25,2%)	1,000
	Atención Primaria	16 (25,8%)	

Entre los que habían acudido a MAC se encontró asociación estadística con el uso de productos alternativos, la utilización de balnearios o spas, haber aconsejado el uso de terapias o productos, considerar la posibilidad de formarse y ejercer alguna MAC y las opiniones a favor de que las terapias sean proporcionadas o subvencionadas por el sistema sanitario público y de que se imparta formación sobre ellas en la carrera de Medicina. No mostró asociación estadística la opinión sobre si los profesionales convencionales debían estar formados en MAC. Respecto a variables cuantitativas, sólo se hallaron diferencias significativas en el número de productos alternativos consumidos y el número de ocasiones que acudieron a balnearios o spas en el último año, pero no en la edad, la percepción del porcentaje de uso de MAC por la población general ni en los años de ejercicio profesional desde la licenciatura. Los resultados se resumen en las tablas 39 y 40.

Tabla 39.- Relación de algunas otras variables cualitativas con el uso de MAC. Médicos.

	Acude a MAC	N (%)	p
Utilizó productos alternativos (Sí)	Sí	26 (54,2%)	< 0,001
	No	16 (13,7%)	
Acudió a balnearios o spas (Sí)	Sí	31 (38,3%)	< 0,001
	No	10 (12,2%)	
Aconsejó MAC o productos alternativos (Sí)	Sí	33 (42,9%)	< 0,001
	No	9 (10,3%)	
Contempló la posibilidad de formarse en MAC para poder ejercerlas (Sí)	Sí	18 (50,0%)	< 0,001
	No	24 (18,9%)	
Opinó que las MAC deben ser subvencionadas por el sistema sanitario público (Sí)	Sí	20 (37,0%)	0,029
	No	22 (21,0%)	
Opinó que los profesionales sanitarios deben formarse en MAC (Sí)	Sí	35 (29,9%)	0,053
	No	7 (15,2%)	
Opinó que se debería impartir formación en MAC en la carrera de Medicina (Sí)	Sí	35 (85,4%)	0,008
	No	6 (14,6%)	

Tabla 40.- Relación de algunas otras variables cuantitativas con el uso de MAC. Médicos.

	Acude a MAC	N	Mediana (RIC)	p
Nº productos alternativos consumidos	Sí	42	1 (0-2)	< 0,001
	No	123	0 (0-0)	
Edad	Sí	41	48 (38,5-51,0)	0,275
	No	119	47 (40-51)	
Nº veces que acudió a balneario o spa	Sí	31	1 (0-3)	0,019
	No	49	0 (0-1)	
Percepción del % de uso MAC en población general	Sí	119	30 (20-50,5)	0,066
	No	42	25 (10-40)	
Años de ejercicio profesional	Sí	119	25 (15-29)	0,553
	No	42	24 (17-28)	

F.2.) MIR.

Se realizó el mismo análisis univariado para las poblaciones de MIR usuarios y no usuarios de MAC. Se observaron diferencias estadísticamente significativas para la nacionalidad, estado civil, ser MIR de hospital o Atención Primaria, haber utilizado productos alternativos y el número de ellos, haber acudido a balnearios o spas, haber aconsejado el uso de MAC, la opinión favorable a que debían ser proporcionadas o subvencionadas por la sanidad pública y enseñadas en la carrera de Medicina, y los años de ejercicio profesional. Los resultados se aportan en las tablas 41 a 43.

Tabla 41.- Relación de factores asociados con el uso de MAC. MIR.

		Acude a MAC	
		N (%)	p
Sexo	Hombre	7 (23,3%)	0,072
	Mujer	28 (42,4%)	
Nacionalidad	Española	34 (42,5%)	0,006
	Otra	1 (6,3%)	
Estado civil	Soltero	32 (45,1%)	0,003
	Casado-pareja	3 (12,0%)	
	Viudo	0 (0,0%)	
	Separado-divorciado	0 (0,0%)	
Año de residencia	R-1	13 (43,3%)	0,665
	R-2	9 (30,0%)	
	R-3	7 (31,8%)	
	R-4	5 (41,7%)	
	R-5	0 (0,0%)	
Número de visitas a sanitarios convencionales en último año (categorías agregadas)	Ninguna	13 (28,3%)	0,262
	1-4 veces	20 (46,5%)	
	5-9 veces	1 (20,0%)	
	Más de 10 veces	1 (50,0%)	
Hospital o Área de Atención Primaria donde trabaja	HCSC	19 (39,6%)	0,063
	HUPA	9 (56,3%)	
	Área 3	1 (10,0%)	
	Área 7	6 (27,3%)	
MIR de hospital o Atención Primaria	Hospital	28 (43,8%)	0,036
	Atención Primaria	7 (21,9%)	

Tabla 42.- Relación de algunas otras variables cualitativas con el uso de MAC. MIR.

	Acude a MAC	N (%)	p
Utilizó productos alternativos (Sí)	Sí	26 (60,5%)	< 0,001
	No	9 (17,0%)	
Acudió a balnearios o spas (Sí)	Sí	25 (48,1%)	0,016
	No	10 (23,8%)	
Aconsejó MAC o productos alternativos (Sí)	Sí	20 (58,8%)	0,001
	No	15 (25,0%)	
Contempló la posibilidad de formarse en MAC para poder ejercerlas (Sí)	Sí	11 (30,6%)	0,352
	No	24 (40,0%)	
Opinó que las MAC deben ser subvencionadas por el sistema sanitario público (Sí)	Sí	20 (51,3%)	0,029
	No	15 (28,8%)	
Opinó que los profesionales sanitarios deben formarse en MAC (Sí)	Sí	30 (42,3%)	0,077
	No	5 (21,7%)	
Opinó que se debería impartir formación en MAC en la carrera de Medicina (Sí)	Sí	32 (91,4%)	0,030
	No	3 (8,6%)	

Tabla 43.- Relación de algunas otras variables cuantitativas con el uso de MAC. MIR.

	Acude a MAC	N	Mediana (RIC)	p
Nº productos alternativos consumidos	Sí	35	1 (0-2)	< 0,001
	No	61	0 (0-1)	
Edad	Sí	34	27 (25,7-28)	0,252
	No	54	28 (26-30)	
Nº veces que acudió a balneario o spa	Sí	24	1 (0-2)	0,232
	No	27	1 (1-1)	
Percepción del % de uso MAC en población general	Sí	35	40 (20-60,5)	0,200
	No	59	30 (20-50)	
Años de ejercicio profesional	Sí	34	4 (3-5)	0,038
	No	56	5 (3-6)	

F.3.) ESTUDIANTES.

Respecto a los estudiantes usuarios y no usuarios de MAC, y con la misma estrategia de análisis, sólo se observó asociación estadística con haber acudido a balnearios o spas y haber aconsejado el uso de MAC o productos alternativos. No se pudo comparar el número de veces que acudieron a balnearios o

spas por coincidir las medianas de ambas distribuciones. Los resultados se ofrecen en las tablas 44 a 46.

Tabla 44.- Relación de factores asociados con el uso de MAC. Estudiantes.

		Acude a MAC	
		N (%)	p
Sexo	Hombre	0 (0,0%)	0,321
	Mujer	7 (18,9%)	
Nacionalidad	Española	6 (14,3%)	0,163
	Otra	1 (100,0%)	
Estado civil	Soltero	7 (16,3%)	1,000
	Casado-pareja	0 (0,0%)	
	Viudo	0 (0,0%)	
	Separado-divorciado	0 (0,0%)	
Curso de la carrera	Tercero	5 (22,7%)	0,052
	Sexto	2 (8,7%)	
Número de visitas a sanitarios convencionales en último año (categorías agregadas)	Ninguna	2 (14,3%)	0,753
	1-4 veces	5 (18,5%)	
	5-9 veces	0 (0,0%)	
	Más de 10 veces	0 (0,0%)	
Universidad	UCM	3 (9,4%)	0,168
	UAH	4 (30,8%)	

Tabla 45.- Relación de algunas otras variables cualitativas con el uso de MAC. Estudiantes.

	Acude a MAC	N (%)	p
Utilizó productos alternativos (Sí)	Sí	3 (27,3%)	0,217
	No	4 (11,8%)	
Acudió a balnearios o spas (Sí)	Sí	4 (40,0%)	0,037
	No	3 (8,8%)	
Aconsejó MAC o productos alternativos (Sí)	Sí	4 (25,0%)	0,037
	No	3 (10,3%)	
Contempló la posibilidad de formarse en MAC para poder ejercerlas (Sí)	Sí	4 (25,0%)	0,225
	No	3 (10,3%)	
Opinó que las MAC deben ser subvencionadas por el sistema sanitario público (Sí)	Sí	4 (19,0%)	0,403
	No	2 (8,7%)	
Opinó que los profesionales sanitarios deben formarse en MAC (Sí)	Sí	6 (18,8%)	0,654
	No	1 (7,7%)	
Opinó que se debería impartir formación en MAC en la carrera de Medicina (Sí)	Sí	5 (71,4%)	1,000
	No	2 (28,6%)	

Tabla 46.- Relación de algunas otras variables cuantitativas con el uso de MAC. Estudiantes.

	Acude a MAC	N	Mediana (RIC)	p
Nº productos alternativos consumidos	Sí	7	0 (0-1)	0,347
	No	38	0 (0-0)	
Edad	Sí	7	21 (21-23)	0,241
	No	36	23 (21-23)	
Nº veces que acudió a balneario o spa	Sí	4	1 (0,2-1)	-
	No	6	1 (0-1)	
Percepción del % de uso MAC en población general	Sí	7	40 (30-60)	0,216
	No	37	30 (10-55)	

RESULTADOS COMPARATIVOS EN POBLACIÓN GENERAL, MÉDICOS, MIR Y ESTUDIANTES.

Para la comparación de las variables “acudió a alguna MAC”, “número de MAC a las que acudió mayor de 2”, “consumo de productos alternativos”, “número de productos consumidos mayor de 2”, “opinó que los profesionales sanitarios debían estar formados en MAC” y “opinó que más del 50% de la población general usa MAC”, se empleó el método de estandarización directa con el objetivo de obtener prevalencias estandarizadas para cada una de las variables de estudio en cada población y así poder calcular una razón de prevalencia estandarizada (RPE) junto a su intervalo de confianza al 95%. Se estratificó por grupos de edad (20-39, 40-59, 60-75) y por sexo, y se tomó como referencia la población de la Comunidad de Madrid.

Los resultados se muestran a continuación para cada variable en una tabla de prevalencias estandarizadas y una gráfica logarítmica con las RPE.

- Respecto a la variable “acudió a alguna MAC”, se observa que la población general acude más a MAC que los médicos, MIR y estudiantes (1,8 a 3,8 veces más, ver tabla 47). Las comparaciones

entre médicos, MIR y estudiantes no tienen RPE significativas (su intervalo de confianza incluye el 1), salvo los MIR frente a estudiantes con una RPE 2,3 veces mayor (ver figura 34).

Tabla 47.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable "acudió a alguna MAC".

	Prevalencia cruda (%)	Intervalo de confianza	Prevalencia estandarizada (%)	Intervalo de confianza
Población general	56,9	50,9 - 62,9	56,5	47,3 - 65,5
Mujer	65,8	58,3 - 73,2	64,6	51,8 - 77,3
Hombre	43,9	34,3 - 53,4	44,6	31,6 - 57,5
Médicos	25,6	18,8 - 32,4	25,8	16,4 - 35,1
Mujer	34,4	24,6 - 44,1	34,0	20,1 - 47,8
Hombre	13,4	5,1- 21,7	11,5	2,2 - 20,8
MIR	38,6	28,4 - 48,9	21,7	14,4 - 29,0
Mujer	45,0	32,2 - 57,7	24,6	15,3 - 33,9
Hombre	25,0	8,4 - 41,5	14,5	3,7 - 25,2
Estudiantes	16,2	5,0 - 27,5	16,2	4,2 - 28,3
Mujer	19,4	6,2 - 32,6	19,4	5,0 - 33,8
Hombre	No hay casos	-	-	-

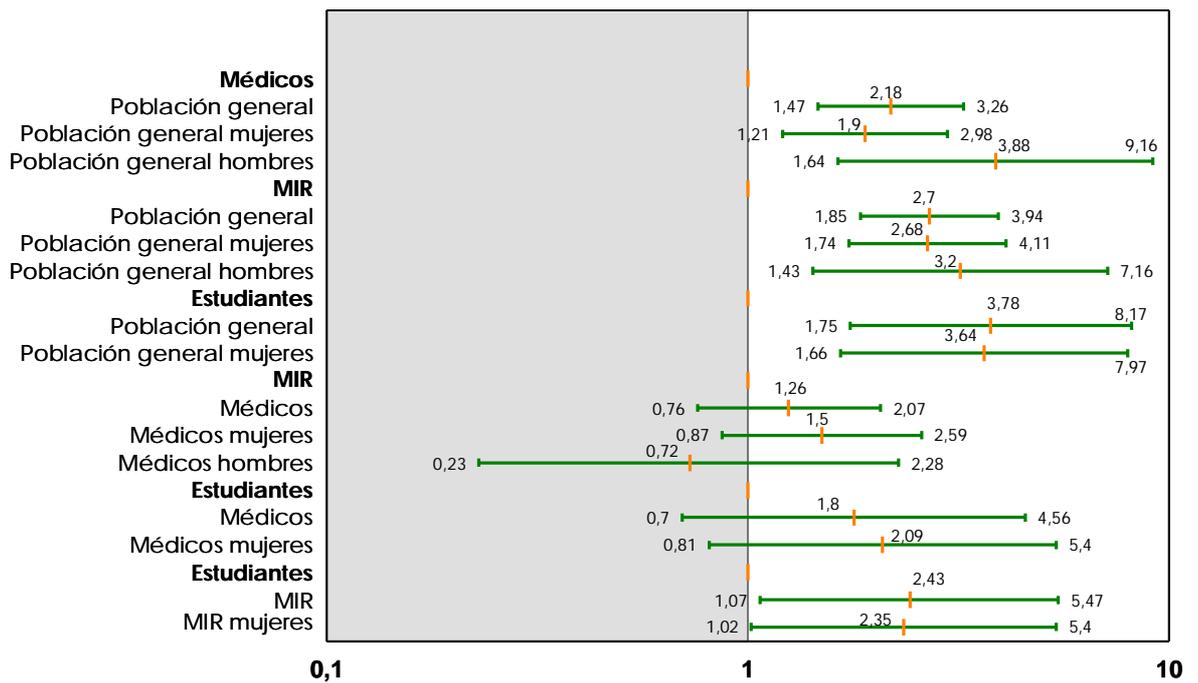


Figura 34.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable "acudió a alguna MAC" en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.

- La comparación de la variable “número de MAC a las que acudió mayor de 2” demostró que la población general utiliza significativamente más terapias que los médicos, MIR y estudiantes (2,7 a 10,2 veces más), sin embargo no hay diferencia entre estas tres últimas poblaciones (ver tabla 48 y figura 35).

Tabla 48.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable “número de MAC a las que acudió mayor de 2”.

	Prevalencia cruda (%)	Intervalo de confianza	Prevalencia estandarizada (%)	Intervalo de confianza
Población general	32,8	27,1 - 38,5	32,3	25,4 - 39,1
Mujer	39,2	31,5 - 46,9	37,8	28,1 - 47,5
Hombre	23,3	15,2 - 31,5	24,3	14,6 - 33,9
Médicos	10,6	5,8 - 15,4	9,7	4,3 - 15,1
Mujer	15,0	7,6 - 22,4	13,7	5,7 - 21,8
Hombre	4,5	0,0 - 9,5	2,3	0,0 - 5,0
MIR	15,9	8,1 - 23,6	8,9	4,2 - 13,6
Mujer	16,6	7,0 - 26,2	9,1	3,4 - 14,7
Hombre	14,2	0,9 - 27,6	8,2	0,1 - 16,4
Estudiantes	4,6	0,0 - 11,0	4,6	0,0 - 11,0
Mujer	5,5	-2,0 - 13,2	5,5	0,0 - 13,2
Hombre	No hay casos	-	-	-

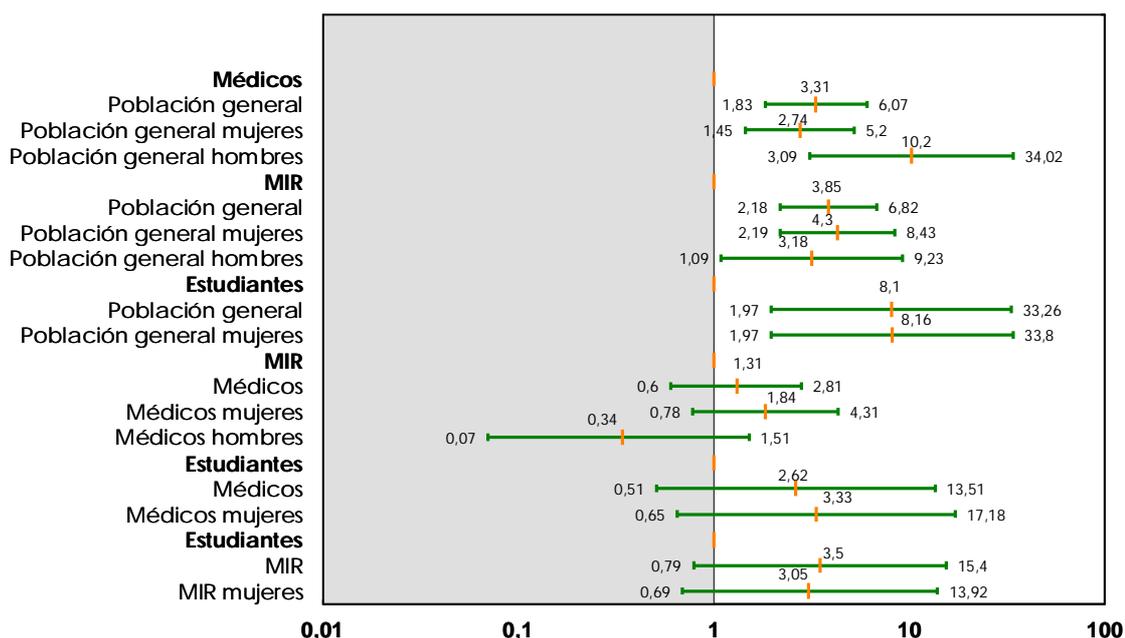


Figura 35.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable “número de MAC a las que acudió mayor de 2” en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.

- El “consumo de productos alternativos” sólo demostró RPE significativas de la población general frente a los médicos (2,1 a 2,7 veces más, según sexo). Frente a los MIR sólo las mujeres de la población general consumieron más (2,9 veces más), y frente a los estudiantes también las mujeres y la población general sin distinción de sexos (RPE= 2,5 y 2,8). No se hallaron diferencias entre médicos, MIR y estudiantes. Los resultados se representan en la tabla 49 y la figura 36.

Tabla 49.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable “consumo de productos alternativos”.

	Prevalencia cruda (%)	Intervalo de confianza	Prevalencia estandarizada (%)	Intervalo de confianza
Población general	66,0	60,3 - 71,7	66,5	56,5 - 76,4
Mujer	77,2	70,6 - 83,8	76,0	62,2 - 89,8
Hombre	49,5	39,9 - 59,1	50,9	36,9 - 64,8
Médicos	29,3	22,2 - 36,4	29,4	19,4 - 39,3
Mujer	34,4	24,6 - 44,1	35,0	20,8 - 49,2
Hombre	22,3	12,2 - 32,5	18,8	6,9 - 30,7
MIR	45,4	34,9 - 55,9	47,4	2,5 - 92,2
Mujer	50,0	37,1 - 62,6	27,4	17,5 - 37,2
Hombre	35,7	17,4 - 54,0	62,6	0,0 - 100,0
Estudiantes	25,5	12,3 - 38,8	25,5	10,4 - 40,7
Mujer	27,7	12,8 - 42,7	27,7	10,5 - 45,0
Hombre	14,2	0,0 - 42,6	14,2	0,0 - 42,2

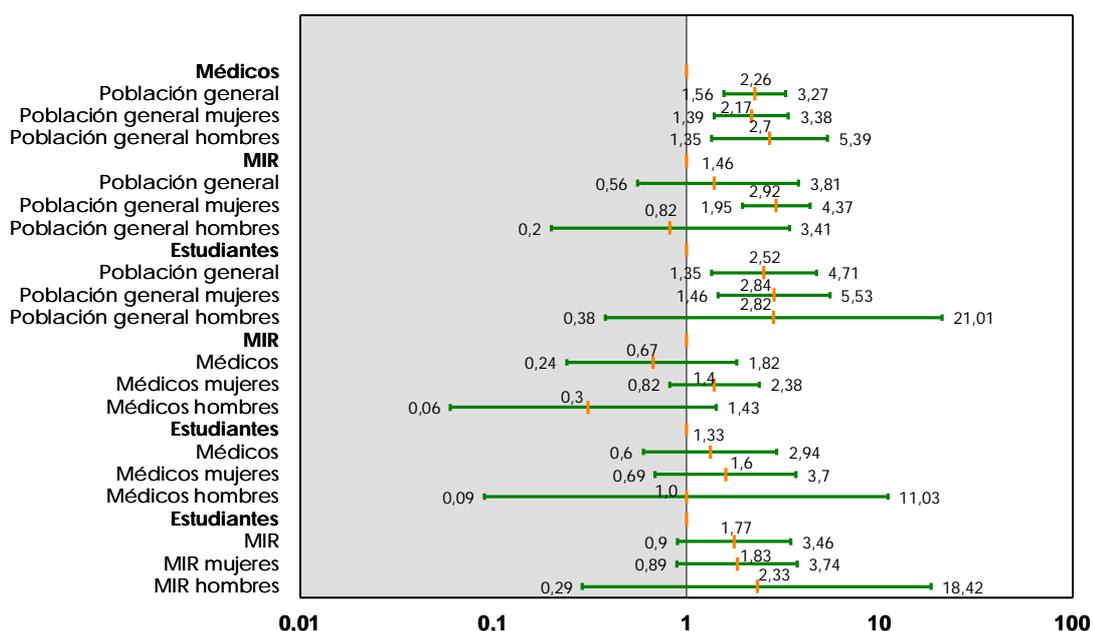


Figura 36.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable “consumo de productos alternativos” en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.

- Todas las comparaciones de población general con médicos, MIR y estudiantes demostraron un consumo de mayor número de productos (entre 3,9 y 14,9 veces superior). No se evidenciaron diferencias en las comparaciones entre médicos, MIR y estudiantes (ver tabla 50 y figura 37).

Tabla 50.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable “número de productos alternativos consumidos mayor de 2”.

	Prevalencia cruda (%)	Intervalo de confianza	Prevalencia estandarizada (%)	Intervalo de confianza
Población general	31,7	26,0 - 37,3	31,2	24,4 - 37,9
Mujer	36,7	29,1 - 44,3	35,7	26,3 - 45,2
Hombre	24,3	16,0 - 32,5	23,0	14,0 - 32,0
Médicos	7,5	3,3 - 11,6	8,0	2,7 - 13,2
Mujer	8,6	2,8 - 14,3	9,0	2,1 - 15,8
Hombre	5,9	0,1 - 11,7	5,7	0,0 - 12,8
MIR	9,0	3,0 - 15,1	5,1	1,5 - 8,6
Mujer	11,6	3,4 - 19,9	6,3	1,6 - 11,1
Hombre	3,5	0,0 - 10,6	2,0	0,0 - 6,1
Estudiantes	2,3	0,0 - 6,9	2,3	0,0 - 6,8
Mujer	2,7	0,0 - 8,2	2,7	-2,6 - 8,2
Hombre	No hay casos	-	-	-

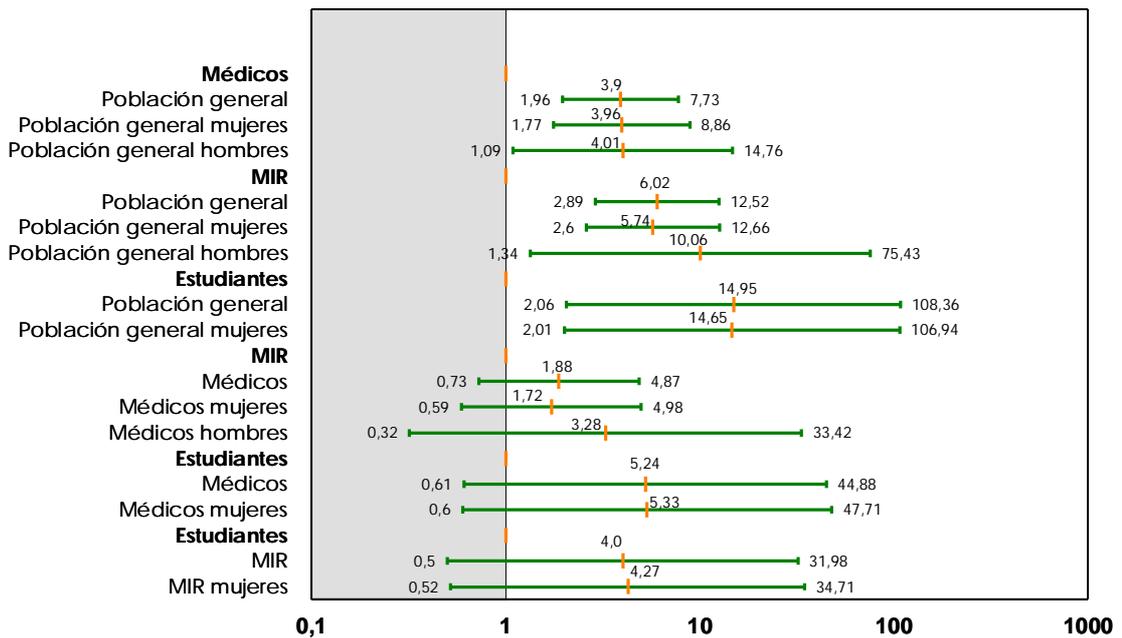


Figura 37.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable “número de productos alternativos consumidos mayor de 2” en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.

- Sobre la variable “opinó que los profesionales sanitarios debían estar formados en MAC”, ninguna comparación fue significativa, tal y como demuestran los resultados de la tabla 51 y la figura 38.

Tabla 51.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable “opinó que los profesionales sanitarios debían estar formados en MAC”.

	Prevalencia cruda (%)	Intervalo de confianza	Prevalencia estandarizada (%)	Intervalo de confianza
Población general	88,8	85,0 - 92,7	88,9	77,3 - 100,0
Mujer	93,5	89,7 - 97,4	93,3	77,7 - 100,0
Hombre	81,9	74,4 - 89,3	83,4	65,5 - 100,0
Médicos	71,0	63,9 - 78,1	70,7	55,2 - 86,1
Mujer	75,0	66,0 - 83,9	77,5	55,3 - 99,6
Hombre	65,6	54,0 - 77,2	65,0	40,8 - 89,1
MIR	77,9	69,0 - 86,7	87,5	24,2 - 100,0
Mujer	83,0	73,3 - 92,7	90,7	0,0 - 100,0
Hombre	66,6	48,3 - 85,0	80,6	0,0 - 100,0
Estudiantes	72,0	58,4 - 85,7	72,0	46,7 - 97,4
Mujer	75,0	60,5 - 89,4	75,0	46,7 - 100,0
Hombre	57,1	17,0 - 97,2	57,1	1,1 - 100,0

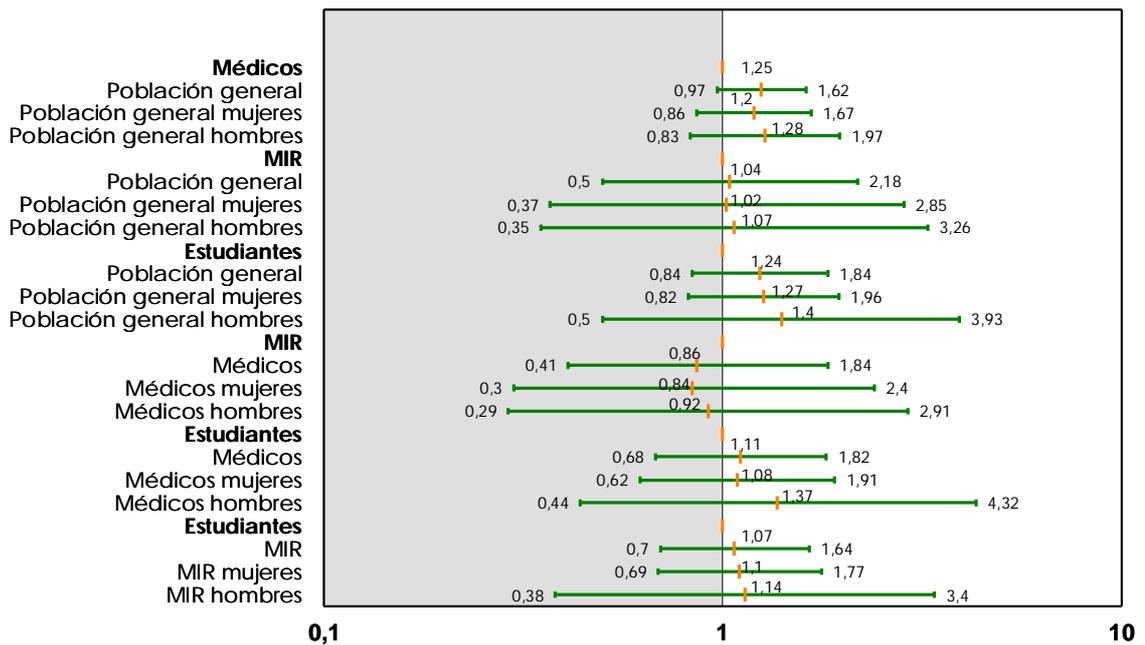


Figura 38.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable “opinó que los profesionales sanitarios debían estar formados en MAC” en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.

- Ninguna comparación sobre la variable “opinó que más del 50% de la población general usa MAC” fue significativa, a excepción de los MIR, 3 veces superior a la población general. En la tabla 52 y la figura 39 se detallan los resultados.

Tabla 52.- Tabla de prevalencias estandarizadas de las cuatro poblaciones para la variable “opinó que más del 50% de la población general usa MAC”.

	Prevalencia cruda (%)	Intervalo de confianza	Prevalencia estandarizada (%)	Intervalo de confianza
Población general	15,8	11,2 - 20,4	15,2	10,3 - 20,1
Mujer	19,1	12,7 - 25,6	17,9	11,1 - 24,8
Hombre	11,0	4,7 - 17,2	11,2	4,5 - 17,9
Médicos	18,4	12,3 - 24,5	21,7	12,7 - 30,8
Mujer	23,0	14,3 - 31,8	25,3	12,7 - 38,0
Hombre	12,1	4,0 - 20,1	15,9	3,0 - 28,8
MIR	23,2	14,2 - 32,2	56,8	0,0 - 100,0
Mujer	25,4	14,1 - 36,7	59,1	0,0 - 100,0
Hombre	18,5	3,4 - 33,6	52,6	0,0 - 100,0
Estudiantes	30,2	16,2 - 44,1	30,2	13,7 - 46,6
Mujer	33,3	17,6 - 49,0	33,3	14,4 - 52,1
Hombre	14,2	0,0 - 42,6	14,2	0,0 - 42,2

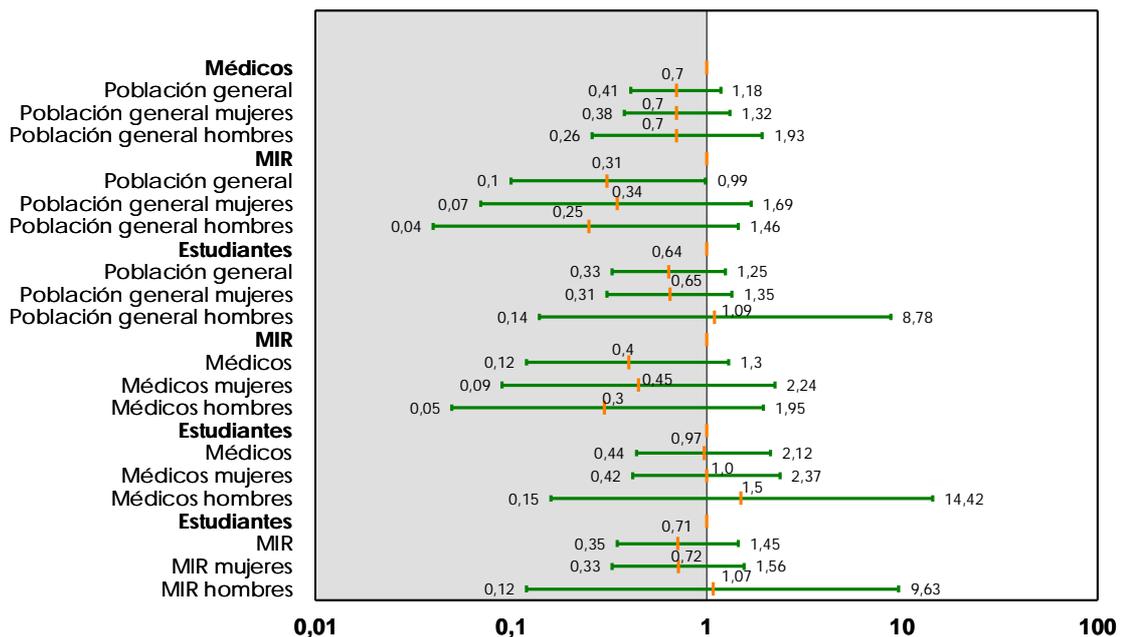


Figura 39.- Razón de Prevalencia Estandarizada y sus intervalos de confianza al 95% para la variable “opinó que más del 50% de la población general usa MAC” en las cuatro poblaciones. Gráfica en escala logarítmica.

DISCUSIÓN

No hemos encontrado en la literatura ningún estudio nacional o internacional dirigido simultáneamente a población general y a poblaciones de médicos y estudiantes, comparándolas con el mismo cuestionario. Tampoco ninguno que incluyera todas las variables del cuestionario de este estudio. Realizaremos, por tanto, la comparación con la literatura fraccionándola en los apartados en que se han presentado los resultados.

DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS EN LA POBLACIÓN GENERAL.

En nuestro estudio la metodología elegida para obtener la información fue, por motivos presupuestarios, el cuestionario postal. Los estudios poblacionales de uso de MAC suelen emplear la encuesta personal o la entrevista telefónica para obtener la información, con lo cual garantizan alcanzar porcentajes de respuesta y muestra adecuados. A pesar de que se intentó minimizar el sesgo de no respuesta incentivando la participación en el estudio con un sorteo de estancias turísticas y facilitando el retorno del cuestionario mediante un sobre prefranqueado, el porcentaje de respuesta fue sólo del 14,4% de media. Si bien hay un estudio poblacional australiano con similar respuesta, en el resto son iguales o superiores al 60%, incluidos dos estudios realizados mediante cuestionario postal (ver tabla 2). En los estudios realizados en nuestro país no se refiere el porcentaje de respuesta, no obstante se realizaron también por entrevista personal o telefónica. Con el índice de participación obtenido pensamos que habrían podido contestar al cuestionario en mayor grado los usuarios de MAC, atraídos por la temática de la encuesta, por lo que los resultados sobre uso de MAC podrían estar sobreestimados. No obstante, el estudio de Reoyo¹³⁸ es el único estudio realizado en Madrid por entrevista personal y obtiene resultados de uso de MAC aún mayores.

Las características sociodemográficas de la muestra son parecidas a las de dicho estudio con similares porcentajes de distribución por sexos, edad, nivel de estudios y nacionalidad. Más de la mitad de los entrevistados tenían estudios iguales o superiores a FP, BUP o COU, y dos tercios estaban en activo. Sólo un 10% no habían acudido a consultas de sanitarios en el último año, y la mayoría los había utilizado un máximo de 4 veces. La mayoría de los participantes residían en medio urbano, lo que dificultó la comparación de esta variable para el uso de MAC.

El uso de productos alternativos ascendió a un 66% de la muestra, porcentaje superior al encontrado en estudios nacionales e internacionales aunque similar a los estudios de Reoyo y Bauliés¹⁵². En algunos estudios se pondera la autoprescripción (superior al 95% en algún caso) que justificaría tan alto consumo¹⁴⁸. En el nuestro el 17% de los productos se prescribieron por iniciativa propia y el consumo de productos fue un 118% mayor que el de uso de MAC en términos relativos (10% más de la población), lo que confirma un grado moderado de autoprescripción. En la mayoría de la literatura se solicitaba el consumo en los últimos doce meses y en nuestro caso se refería al consumo en alguna ocasión. Es el caso de otro estudio que comprobó cómo el consumo subía del 58% en el último año al 82% en algún momento de la vida¹⁹⁹. El hecho de que los encuestados tuvieran que escribir los productos consumidos da mayor fiabilidad a sus respuestas positivas. En el estudio no se incluyeron en el análisis estadístico las tisanas o infusiones más comunes (té, manzanilla, menta poleo y tila), al contrario que en otros estudios españoles^{148,149}, por considerar muy extendido su uso y desligado a la filosofía de utilización de MAC y productos alternativos. Respecto al número de productos consumidos nuestro cuestionario limitaba a ocho la relación, pero en algunos estudios hay consumos de hasta 16 productos por persona.

El consumo según categorías es similar a otros estudios internacionales^{79,199,200} en que los primeros puestos los acaparan la fitoterapia y los complementos nutricionales, si bien en algunos se muestra cómo el paso de los años y la comercialización de ácidos grasos, glucosamina y otros complementos nutricionales ha colocado a éstos entre los más consumidos⁵². De los estudios que especifican los productos de fitoterapia consumidos, los primeros puestos los ocupan la equinácea, el ginseng, el ginkgo biloba y el hipérico, en contraste con nuestro estudio, encabezado por la valeriana, las algas y el propóleo. Sólo un estudio español tiene a la valeriana como primer producto de fitoterapia, una vez excluidas las infusiones de poleo y manzanilla¹⁴⁸; en otro ocupa el cuatro lugar¹⁴³. Curiosamente también, mientras que en otros estudios internacionales los ácidos grasos, la glucosamina y los suplementos de ajo son los más consumidos en el grupo de complementos nutricionales, en nuestro caso es la jalea real, la onagra y la levadura de cerveza. Se trata de estudios norteamericanos en los que confluyen factores culturales distintos a los de nuestro medio que con probabilidad influyen en el consumo. Esto justificaría también la escasez de utilización de productos de aromaterapia de nuestro

estudio, mientras que en algún estudio anglosajón son los segundos en frecuencia⁷⁹. En el caso de productos homeopáticos, - los terceros en frecuencia -, se consumen en quinto a séptimo lugar en la literatura revisada^{46,79,199}. Los productos más vendidos en los herbolarios españoles tampoco coinciden con nuestro estudio ya que los primeros puestos de las ventas de los herbolarios los ocupan los complementos nutricionales, seguidos de los productos para adelgazar y las infusiones¹⁵⁴.

Al contrario que en la mayoría de estudios, los productos fueron prescritos por un terapeuta de MAC o en el herbolario, siendo la autoprescripción o el consejo de un amigo o familiar la opción de sólo un 17% de consumidores en ambos casos. Esto justificaría que la homeopatía, más dependiente de la prescripción de un terapeuta o médico y no vendida en los herbolarios, sea menos consumida que los otros dos grupos que tienen mayores tasas de autoprescripción.

La asociación del consumo con el sexo femenino también se ha constatado en la literatura, incluidas las Encuestas Nacionales de Salud españolas. En cuanto a la edad, no es posible comparar por las diferentes metodologías con rangos de edad distintos, si bien es en las edades medias (25 a 45 años) donde habitualmente más terapias y productos se consumen. En nuestro caso no se demostró diferencia entre los grupos divididos por la mediana de edad. Aunque todos los estudios poblacionales emplean los grupos etarios para las comparaciones en nuestro caso se escogió la mediana por razones metodológicas, con la intención de poder extraer conclusiones fiables, ya que el tamaño de la muestra era escaso para constituir grupos de edad homogéneos, y prefiriendo esta estrategia a la empleada en otros estudios donde hemos encontrado incluso sólo tres grupos etarios para toda la población.

Más de un 90% había oído hablar de las MAC relacionadas en el cuestionario, al igual que en otros estudios españoles^{133,134,139} aunque ninguno hace referencia a la media de terapias conocidas ni cuáles lo eran más. Los estudios internacionales se centran en el uso de las MAC, no en su conocimiento, quizás por la mayor implantación de dichas terapias en las respectivas sociedades.

El 56,3% de la muestra (IC 95%: 50,5-62,0) había utilizado alguna MAC en alguna ocasión. La mayoría de los estudios presentan los resultados de uso de los últimos doce meses. Algunos de los estudios internacionales que preguntaban por el uso en algún momento de la vida fueron el de Hunt⁵⁸ (44%) en

Reino Unido y los de Kessler⁵⁰ (67,6%) y Wilson²⁰¹ (79%) en EEUU, éste último sobre población de 14 a 19 años. El trabajo de Reoyo en Madrid arroja un porcentaje de uso algo superior (64%), y el estudio del Observatorio de Terapias Naturales del 2007¹³⁹ bastante inferior (23,6%), si bien pudiera justificarse por ser la media de todo el territorio nacional. El Estudio de Salud de la ciudad de Madrid 2005¹³² ofrece porcentajes de uso aún inferiores (ver tabla 3), quizás por la metodología propia de las encuestas de salud.

Si tomamos el porcentaje de MAC utilizadas en los últimos doce meses, el 51% de la muestra las había utilizado. El estudio de la AETSA¹³⁴ da un porcentaje de uso del 25%, si bien incluyeron las aguas minero-medicinales y los grupos de autoayuda como MAC, como se comentó. El estudio de la OCU de 1990 da un porcentaje del 9% en el último año, referido a la situación de hace casi 20 años, poco comparable a la actual. Cualquiera de las encuestas de salud poblacionales mostradas en la tabla 3 ofrecen prevalencias de uso muy inferiores y probablemente por debajo de la realidad, si observamos los estudios ya comentados. No obstante, en los trabajos donde se inquirió por el uso en el año anterior y en algún momento de la vida (Thomas, 2001⁸³) se obtuvieron prevalencias muy superiores en el segundo caso (28,3% frente a 46,6%) por lo que merece la pena valorar la utilización de MAC desde las dos perspectivas temporales.

El uso de terapias se asoció al sexo femenino. Como veremos más adelante, ser mujer es una variable asociada al uso de MAC como factor independiente en casi todos los estudios. No obstante también son las mujeres las principales usuarias de recursos sanitarios convencionales, como muestra la Encuesta Nacional de Salud 2006¹⁵⁶. Con respecto a la edad y según la metodología de análisis empleada no obtuvimos diferencias, pero en otros estudios se ha obtenido asociación: la acupuntura, quiropráctica, técnicas de masaje y osteopatía antes de los 34 años, las técnicas de relajación a partir de los 35²⁰². La mayoría de los estudios relacionan el uso de las diferentes MAC según rangos de edad, con diferentes conclusiones, si bien las técnicas manipulativas (técnicas de masaje, osteopatía, quiropráctica) suelen ser más usadas en los rangos de edad inferiores a los 40 años, y los sistemas médicos alternativos (homeopatía, acupuntura, ayurveda, etc.) más a partir de esa edad.

La relación de MAC encuestadas difieren, con una media de 10 (rango 4-16) en los principales estudios internacionales²⁰³, aunque hay estudios hasta con 23²⁰². En el nuestro, al igual que en el estudio de la AETSA, se interrogó por 21 terapias. Las MAC más utilizadas fueron las terapias de relajación, que no siempre ocupan el primer puesto en otros estudios españoles, pero que junto con las terapias de masaje, la homeopatía y la acupuntura sí abarcan la mayoría de las MAC consumidas. En la tabla 53 se resumen las terapias más utilizadas en los estudios españoles con los que se puede comparar. El yoga y el Tai Chi fueron incluidas en nuestro estudio dentro de las terapias de relajación, mientras que la quiropráctica fue considerada aparte, como en el estudio del Observatorio de Terapias Naturales. En los estudios internacionales las terapias más usadas también son las mencionadas, en diversos órdenes y porcentajes.

Tabla 53.- Comparación de las MAC más utilizadas en estudios españoles. Población general.

Estudio actual	Reoyo¹³⁸	Observatorio de Terapias Naturales¹³⁹
T. Relajación (24,3%)	T. Masaje (56%)	Yoga (32,5%)
T. Masaje (20,8%)	Fitoterapia (45%)	Acupuntura (31,5%)
Aromaterapia (19,8%)	T. Relajación (20%)	Quiromasaje (28,4%)
Fitoterapia (16,0%)	Homeopatía (13%)	Homeopatía (23%)
Acupuntura (14,2%)	Curanderos (11%)	Reflexología podal (16,1%)
Homeopatía (13,5%)	Acupuntura (8%)	Tai Chi (13,3%)

La mediana de terapias utilizadas fue de 3 por persona a lo largo de la vida, dato que no ha podido ser contrastado con los estudios españoles por no preguntarse, pero sí coincidente con el estudio de Kessler⁵⁰. La mayoría de los usuarios acudieron a terapia entre 1 y 4 veces en el último año, cifra de frecuentación inferior a otros estudios (4,5⁸³; 19³⁸), y más de la mitad utilizaron más las MAC que las consultas de sanitarios convencionales que también usaban con anterioridad. En un estudio norteamericano, el mayor uso de MAC se asoció a un mayor número de visitas a sanitarios convencionales previamente, además del sexo femenino y algunos otros factores²⁰⁴.

En nuestro estudio no se preguntó si habían declarado a su médico que estaban usando o habían usado MAC, no obstante, como ya se comentó en la revisión crítica de la situación actual, la mayoría

de los estudios aportan altos porcentajes de ocultamiento al médico convencional, incluido el estudio de Reoyo, que lo cifra en un 58%.

Las patologías del aparato locomotor seguidas de los problemas de salud mental fueron los principales motivos de consulta a MAC. El tercer lugar lo ocuparon los motivos denominados "generales" donde se incluyeron cansancio, relajación y deseos de mejorar el estado de salud en general. Los dolores de espalda y otros problemas músculo-esqueléticos son el primer problema que motiva el uso de MAC en todos los estudios revisados. Otros problemas son los alérgicos, ansiedad y depresión, cansancio y deseo de mejorar la calidad de vida, problemas respiratorios y problemas digestivos^{32,36,52,55,61}. El estudio de Reoyo obtiene los mismos grupos de patologías en los tres primeros puestos: aparato locomotor, estrés-ansiedad y cansancio. En los estudios donde se valoran los tipos de patología que se atendieron según la terapia^{32,55,205}, también se observa que las patologías osteomusculares o el dolor son los principales motivos de consulta de la quiropráctica, las terapias de masaje y la acupuntura. En nuestro caso además encontramos significación estadística para nueve grupos de motivos de consulta en relación con la MAC utilizada (ver tabla 19).

El estudio de la AETSA indica que el número de profesionales de MAC por 10.000 habitantes en 2005 en Andalucía iba de 0,79 a 2,2 según provincias, y que un 65% eran sanitarios y un 35% no. La mayoría de los sanitarios eran fisioterapeutas y sólo había un 12% de médicos. Por el contrario, en nuestro estudio casi un 50% de las terapias fueron administradas por no sanitarios, - en especial ejerciendo terapias de relajación y fitoterapia -, y los sanitarios lo hicieron en el 37% de los casos. No hemos encontrado ningún estudio que aborde cada MAC según el tipo de profesional que la ejercita.

El grado de satisfacción y mejoría con las MAC ha sido ya ampliamente estudiado y coincide con los resultados de nuestro estudio: la mayoría de la población está satisfecha y muchos alcanzan mejoría de sus síntomas o patologías, si bien obtuvimos que el grado de mejoría percibido era mayor para la quiropráctica que para otras MAC. Parece establecido el uso de la quiropráctica para las patologías osteomusculares y el alto grado de mejoría que alcanzan, lo que, según la literatura, perpetúa su uso para dichas patologías.

Las razones esgrimidas por los pacientes para utilizar MAC están bien descritas en la literatura. En nuestro caso la razón más invocada fue que la medicina convencional no mejoraba los síntomas, que no suele aparecer como primera opción en la mayoría de los estudios, aunque sí en alguno de los años 1997 a 2000 como primera o segunda opción^{35,109,114}. Quizás en el actual marco de desarrollo social y sanitario de las MAC en nuestro país esta pueda ser una razón de peso. Parece procedente que los pacientes busquen con diferentes alternativas la mejoría de sus síntomas, sobre todo en el caso de enfermedades crónicas³³, y el médico debe respetar la autonomía del paciente y su libre elección, sin rescindir la relación profesional¹⁹⁴. Las siguientes razones de nuestro estudio fueron para evitar efectos secundarios de fármacos convencionales y el ajuste a la filosofía de vida. La orientación holística de las MAC, - que aborda al hombre como un todo de mente, cuerpo y espíritu -, así como la coincidencia con la filosofía de vida o la capacidad de jugar un papel más activo en su salud, son las principales razones de los estudios^{32,35}, aunque algunos también subrayan como primera opción el deseo de evitar efectos secundarios de fármacos convencionales⁵⁵. La cuarta fue la decepción con la medicina convencional. En un estudio israelí el uso de MAC se asoció a la insatisfacción con el trato recibido por los especialistas convencionales, dimensionado por la calidad del trato, la disponibilidad, el poco tiempo dedicado en consulta y las actitudes, mientras que también se asoció con el mayor tiempo dedicado por los médicos de familia²⁰⁶. Otros autores reflejan que no es el descontento con la medicina convencional lo que acerca al uso de MAC sino la posibilidad de combinar ambas^{36,114}, no obstante, y al igual que la primera razón de nuestro estudio, quizás corresponda al momento socio-sanitario actual. La razón "por probar", quinta de nuestro estudio, es la escogida por más del 50% de los estadounidenses¹⁰⁹ y también aparece recogida en el estudio de Reoyo.

El medio por el que conocieron las terapias fue, con diferencia, el consejo de un amigo, conocido o familiar, como también señalan otros estudios⁵⁷. Sin duda es la trasmisión de información proveniente de un cercano el medio en el que más confía el paciente, seguido del consejo del médico habitual, - menos inusual de lo esperado en nuestro estudio, 19,8% -, y del herbolario. El estudio de Reoyo llega a las mismas conclusiones.

De los menores de edad familiares de los encuestados, un 53,3% había utilizado MAC o sus productos. No hay referencias nacionales para comparar en este grupo de edad. Tampoco hemos hecho estimaciones poblacionales ya que los objetivos del estudio no incluyen población pediátrica y la cifra está influenciada por la proximidad de un adulto que sí usa MAC. En estudios poblacionales extranjeros el uso de MAC por niños sin patologías concretas va del 11% al 40%^{207,208}.

El frecuente uso de balnearios o spas, también entre población no usuaria de MAC, constituye una creciente realidad social. Hay que diferenciar entre los balnearios, donde se administran aguas mineromedicinales, de los mal llamados balnearios urbanos o spas, donde no se produce absorción de minerales por la piel ya que se administra agua potable de forma tópica. En el primer caso se trata de hidrología, y como tal se contempla en una especialidad médica, y en el segundo de hidroterapia²⁰⁹. Hecha esta diferenciación, en muchos de los establecimientos de hidroterapia se dispensan masajes, aromaterapia y otras técnicas relacionadas con las MAC, con el común objetivo de mejorar el bienestar de los clientes y aumentar sus niveles de relajación, ya que suelen acudir no por problemas de salud, como en el caso de las consultas de MAC, sino por ocio o relajación. Por ello, es posible que parte de la población esté recibiendo tratamientos de algunas MAC en dichos establecimientos, sin que se contabilicen a efectos de cuantificar el uso de MAC. No hemos encontrado datos sobre la actividad de dispensación de MAC en los spas, ni creemos que exista un registro, por lo que habría que recurrir a la encuesta directa a los establecimientos.

La mayoría habían gastado menos de 50 euros al mes en MAC con una correlación casi lineal a medida que aumentaba el número de terapias utilizadas. La comparación con otros estudios se dificulta por los diferentes períodos, el cambio a moneda extranjera y el progreso de la inflación, no obstante no parece una cantidad excesiva, ni en cifras absolutas ni al contraste con otros estudios. En Australia en 1993 el gasto medio mensual estimado fue de 10 dólares australianos por usuario de MAC (con el cambio actual serían entonces unas 1.200 pesetas; algo más de 7 euros)⁴⁵. En 2000, también en Australia, el gasto había aumentado a 21,23 dólares australianos (unas 2.500 pesetas entonces; más de 15 euros)⁴⁶. En Reino Unido en 1999 fue de 13,62 libras (unas 2.600 pesetas entonces; 15,6 euros)⁵⁶.

Calculando un gasto medio por paciente según el valor medio de cada intervalo y aplicado a la población de referencia con su tasa de prevalencia de uso (56,3%), se podría estimar el gasto anual de la población usuaria de MAC en la Comunidad de Madrid en más de 1.900 millones de euros, incluidos los gastos en productos alternativos. La cifra habría que tratarla con prudencia porque está basada en la percepción de gasto de los usuarios, como hacen otros estudios, y por un cálculo aproximativo. El estudio de Ernst calcula el gasto en MAC en Reino Unido en el año 1999 en 1.600 millones de libras esterlinas (unos 1.850 millones de euros al cambio actual), sin contar con los gastos en productos alternativos⁵⁶. MacLennan estima el gasto en Australia en 2000 en MAC y sus productos en 2.287 millones de dólares australianos (unos 1.600 millones de euros al cambio actual).

Estimar el gasto absoluto es un cálculo incompleto y sería más correcto un abordaje en términos de coste-efectividad o coste-utilidad. En este sentido, una revisión sistemática obtuvo para algunas patologías y algunas MAC (acupuntura, terapias de masaje, spas, técnicas de relajación) similares o mejores efectos sobre la salud que los cuidados y tratamientos convencionales a un coste igual o inferior²¹⁰.

La mayoría de los usuarios habían aconsejado el uso de MAC a otras personas. Dado que el 60% de ellos habían conocido las terapias aconsejados por otros, parece evidente que el principal medio de conocimiento y progreso de las MAC en nuestra sociedad es el boca a boca, lo cual constituye un fenómeno social difícilmente influenciado por las campañas de los médicos de comunicación o la opinión favorable o no de los profesionales sanitarios sobre las MAC.

Más del 90% opinaba que las MAC deberían ser proporcionadas o subvencionadas por el sistema sanitario público y que los sanitarios deberían formarse en ellas. En los que nunca habían utilizado MAC estos porcentajes eran superiores al 75%. Es decir, existe una demanda global de la población para incorporar las MAC a la medicina convencional, independientemente del uso que hagan de ellas. En un estudio israelí los pacientes esperaban de sus médicos de familia que ejercieran MAC en sus centros, que les derivaran a terapeutas y que les informaran con conocimientos actualizados sobre ellas²¹¹. Quizás sean los movimientos cívicos, tan extendidos en nuestra cultura actual, los que puedan impulsar este deseo mayoritario, como ocurrió en Suiza en 2009, que incorporó a su

constitución un artículo sobre las MAC después de que los suizos recogieran 100.000 firmas solicitando un referéndum¹¹⁷. Nuestra situación de partida en cuanto a la incorporación y extensión de las MAC dista mucho aún de la suiza, no obstante.

La percepción media de la población sobre el uso de las MAC (40%) fue inferior a la que muestran los datos del estudio. En los que nunca usaron MAC la percepción fue la mitad (20%). Si bien se trata de datos cualitativos pueden ayudar a ponderar la prevalencia de uso de MAC. Aunque la pregunta no era tan concreta, en un estudio en que se preguntaba sobre la percepción del crecimiento positivo o negativo de las MAC en los últimos cinco años, la población transmitió mayoritariamente la tendencia correcta⁵⁶.

Los estudios no suelen aportar datos de las variables de los no usuarios de MAC, salvo para identificar por comparación factores asociados al uso. Un estudio trató de identificar las variables predictivas del no uso de MAC y encontró asociación estadística con el sexo masculino, un buen estado de salud, percibir la falta de apoyo del médico habitual para el uso de MAC, la creencia de que las MAC eran menos efectivas o inferiores a la medicina convencional y, en menor grado, el desconocimiento de las terapias²¹². En nuestro caso, la principal razón de no acudir a MAC fue la ausencia de necesidad (65%), pero la mayoría acudiría a MAC si lo necesitaran. Un 42% habían consumido productos alternativos, lo que refuerza el argumento de la autoprescripción ya expuesto. Además, como ya se señaló, muchos ya habían acudido a spas y la mayoría opinaban a favor de la inclusión de las MAC en el sistema sanitario público. Todos estos datos conducen a la conclusión de que entre los que no han utilizado MAC hay una población de potenciales usuarios con buena predisposición y, en muchos casos, un consumo activo de productos alternativos.

Los resultados de los análisis univariado y multivariado dieron como variables independientes asociadas al uso de MAC el sexo femenino, la adscripción al Área 5 de Atención Primaria y el número de visitas a sanitarios convencionales en el último año superior a 9. Otros factores que alcanzaron significación estadística en el modelo univariado fueron la edad (mediana 3 años inferior en usuarios), el consumo de productos y el número de los consumidos, el uso de balnearios o spas y el número de veces utilizados, el consejo de uso de MAC a otras personas, la percepción del porcentaje de uso de

MAC en la población y la opinión positiva respecto a la inclusión de las MAC en el sistema sanitario y la formación de sus profesionales. No se asociaron al uso la nacionalidad, la residencia en medio rural o urbano, el estado civil, el nivel de estudios y la situación laboral.

En la bibliografía revisada se asocian al uso de MAC el sexo femenino, mayores niveles de educación, tener alguna enfermedad crónica o percepción de un peor estado de salud, tener hábitos de vida más saludables, un nivel de ingresos familiares medio-alto y algunas razas o etnias (incluida la raza blanca). La edad no se asocia de forma invariable, aunque parece que hay mayor uso de MAC en las edades medias (25 a 45 años). La residencia en medio rural o urbano y la situación laboral se han asociado en algunos estudios, en otros no. No suele asociarse el estado civil^{32,81,114,213-216}.

En nuestro estudio no hemos constatado asociación con el nivel de estudios, sin que podamos encontrar alguna explicación válida. Respecto al número de visitas a sanitarios convencionales, un estudio obtuvo que los usuarios de MAC acudían menos tanto al médico de familia en el último año como a otros especialistas en las dos últimas semanas, si bien no había diferencia en cuanto al uso de servicios de atención especializada en el año anterior²¹⁴. Otro estudio, sin embargo, relacionaba el mayor uso de MAC con más visitas a médicos convencionales²⁰⁴. Los resultados de nuestro estudio van más en este sentido, quizás influenciados por la principal razón de uso de MAC dada por los encuestados: el fracaso de la medicina convencional para controlar los síntomas, que podría haber motivado la alta frecuentación a las consultas convencionales.

La asociación en nuestro estudio del uso de MAC con el consumo de productos y el número de los consumidos parece obvia. Sobre el uso de balnearios o spas y el número de veces utilizados, podría justificarse por el argumento explicado previamente: en ellos se trata de mejorar el bienestar y se ofrecen algunas MAC. El consejo de uso de MAC a otras personas más frecuente, la percepción del porcentaje de uso de MAC en la población superior y la opinión positiva más extendida respecto a la inclusión de las MAC en el sistema sanitario y la formación de sus profesionales, también parecen tener una vinculación lógica con el uso de MAC frente al no uso.

No hemos encontrado argumentos para explicar el mayor uso de MAC en el Área 5 de Atención Primaria. A pesar de ser un área con mucho territorio rural tampoco se estableció asociación con

dicha variable. Desconocemos si en el territorio asignado a dicho área pudiera existir una mayor concentración de profesionales de MAC o establecimientos relacionados (spas, herbolarios, etc.).

DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS EN MÉDICOS, MIR Y ESTUDIANTES.

El mayor índice de participación de la población de médicos, MIR y estudiantes (44% a 220%) respecto a la población general se explica por la metodología empleada: en los dos primeros se envió el cuestionario y se realizaron segundos envíos para alcanzar la muestra requerida; en el caso de los estudiantes se entregó el cuestionario por un profesor que solicitaba su cumplimentación.

Las muestras estuvieron compuestas por un número de mujeres proporcionalmente creciente según la juventud de la muestra, con diferencias estadísticamente significativas entre grupos, reflejo de la tendencia de la profesión a la feminización. La edad no fue comparada entre grupos ya que presentaba un sesgo de selección: la mediana de edad de los médicos era superior a la de MIR y ésta a la de estudiantes. Por razones similares tampoco se comparó el estado civil que, por razones evidentes, tenía un porcentaje cada vez menor de solteros según avanzaba la edad o al contrario de casados y emparejados. La participación de especialidades médicas en médicos y MIR fue mayor frente a los otros dos grupos, dato que puede explicarse por varias razones: se incluyó a los médicos y MIR de Medicina Familiar y Comunitaria de las áreas de Atención Primaria en dicho grupo de especialidades; existe un mayor número de especialistas de plantilla y MIR de dichas especialidades en los dos hospitales implicados, y son dichas especialidades las que con mayor frecuencia pueden constatar el uso de MAC en sus pacientes, por el tipo de relación clínica que establecen con el paciente, más cercana, frecuente y en otro contexto que en especialidades quirúrgicas o de servicios centrales, y por ello sentirse más atraídas por la temática del cuestionario.

Los MIR consumieron más productos alternativos que los otros dos grupos (48,5% frente al 29,1% de los médicos y 24,4% de los estudiantes), con asociación estadística positiva, pero no se asoció al sexo ni la edad. Algunos estudios internacionales aportan datos sobre consumo en médicos, sin comparar

con otros grupos: en 1998 el 11,2% de una muestra de pediatras norteamericanos había consumido fitoterapia y el 7,2% megadosis de vitaminas o minerales en alguna ocasión²¹⁷. Otro estudio en 2004 sobre pediatras del mismo estado encontró que habían aumentado a un 17% en cada tipo de producto²¹⁸. El 30% de los profesores de un departamento universitario de medicina de familia estadounidense había consumido fitoterapia y otro 8% megadosis de vitaminas²¹⁹. Los datos son difícilmente comparables pero certifican que el consumo de productos también está presente entre los médicos.

Un estudio norteamericano comparó en 2002 el uso de MAC entre estudiantes, residentes y profesores que incorporaban las MAC en sus clases: el consumo de fitoterapia era casi del 70% en los profesores, 23% en residentes y 35% en estudiantes²²⁰. Se escogió la subpoblación de profesores bajo la hipótesis de que utilizarían más MAC que el resto de grupos, como se confirmó. El sesgo de selección de muestra dificulta la comparación con nuestros resultados.

No hemos encontrado literatura sobre el número y tipo de productos consumidos. En nuestro estudio consumieron más productos los médicos quizás relacionado con el aumento de la edad y las posibles patologías. En médicos y MIR el grupo de productos más consumido fue la fitoterapia, presuntamente por el uso de valeriana, primer producto consumido. En estudiantes el grupo más consumido fueron los complementos nutricionales, sin que podamos atribuir esta preferencia a ningún producto concreto. El origen de la prescripción de los productos también varió según el grupo. Parece comprensible que en los médicos predominara la autoprescripción y que ésta disminuyera según la edad del grupo, aunque no se exploró el grado de conocimiento de los productos previamente a su consumo ni las fuentes de información utilizadas. Es llamativo que en los estudiantes predominara la prescripción por un terapeuta de MAC seguida del herbolario, antes que el consejo de un familiar o de un médico, y hace reflexionar sobre la buena predisposición al consumo de MAC independientemente del profesional que la ejercite.

Casi el 100% de los encuestados dijo conocer la mayoría de las terapias. Al igual que con el consumo de productos, nuevamente fueron los MIR los que más MAC habían utilizado (36,5%) y los estudiantes los que menos (15,6%), sin que se encontraran diferencias en el número de MAC utilizadas por

grupos. Las MAC más utilizadas por los médicos fueron las de masaje y después las de relajación, y en los otros dos grupos al contrario. Ambas técnicas son las más usadas entre sanitarios según muestra la literatura: el 49% de la muestra de pediatras norteamericanos había utilizado alguna MAC, en primer lugar las técnicas de masaje (34%) y luego las de relajación (29%), seguidas de la acupuntura y aromaterapia²¹⁸. El 83% de los profesores universitarios citados previamente habían utilizado al menos una MAC, con una media de 5,7 por individuo, si bien los principales grupos de terapias utilizados fueron el ejercicio físico, dietas, oración o sanación espiritual, asesoramiento y psicoterapia, y fitoterapia, por lo que estos resultados no son aplicables a nuestro estudio, aunque el 26% habían utilizado técnicas de masaje, el 16% quiropráctica y el 14% acupuntura²¹⁹. Con respecto a los estudiantes, un estudio que comparó el uso de MAC entre estudiantes de medicina de primer, segundo y tercer cursos, obtuvo en todas las promociones el uso prioritario de técnicas de masaje (55% a 72%) seguidas de la meditación (43% a 63%), con diferencia significativa de uso decreciente según el curso superior²²¹. Igualmente en otro estudio sobre estudiantes canadienses en general (un 60% de carreras sanitarias): un 90% había utilizado alguna MAC en alguna ocasión; un 42% había utilizado técnicas de masaje y otro 42% yoga²²². Los médicos y estudiantes utilizan las MAC a pesar de creer tener pocos conocimientos sobre ellas y muchas objeciones y escepticismo para la mayoría, tal y como muestra un estudio alemán²²³.

Es remarcable el hecho de que los médicos y MIR que habían acudido a MAC en el último año lo habían hecho con mayor frecuencia que a sanitarios convencionales, en especial por la mayor facilidad de acceso que suelen tener a éstos. Conociendo que para muchos de ellos era una técnica de masaje o relajación, lo habitual en ellas es que las consultas se repitan con frecuencia. También es llamativo que las terapias se las administraron fundamentalmente profesionales no sanitarios, ya que cabría prever la mayor precaución de los médicos en este sentido. Una posible explicación es que las terapias mayoritariamente consumidas, masaje y relajación, son simples terapias denominadas “de apoyo”, frente a otras técnicas con una aplicación específica, como como la osteopatía o la quiropraxia, y otras que se pueden aplicar en todo el espectro de patologías y que corresponderían a los sistemas médicos alternativos relacionados en la revisión crítica del tema²²⁴. En este sentido, es esperable un menor grado de exigencia sobre la titulación siempre que se

cumplan las expectativas del usuario, cosa que ocurrió, ya que, al igual que con la población general, fue elevado el grado de satisfacción y mejoría percibido con las terapias.

Como en población general, el principal motivo de consulta fueron los problemas de aparato locomotor seguidos de lejos por los de salud mental. Con respecto a los primeros concuerdan los resultados con casi todos los estudios sobre población general de la cual no se diferencian especialmente los sanitarios en el modo de enfermar. Con respecto a la salud mental, habría que tener en cuenta el síndrome de desgaste profesional o burn-out²²⁵ en el caso de los médicos y MIR, patología más específica de los sanitarios respecto de la población general, aunque difícilmente podría explicar la situación en estudiantes. No hemos encontrado literatura al respecto.

Sobre las razones que les llevaron a utilizar MAC, la principal fue la misma que en población general: la escasa mejoría de los síntomas con la medicina convencional, si bien hubo mayor porcentaje de "otras" razones, sobre todo "por probar" y, en médicos "como complemento a la medicina convencional". No hemos hallado literatura sobre razones de uso específicas en sanitarios. También conocieron las terapias por un amigo, conocido o familiar, como la población general, pero en este caso apenas fue a través del herbolario, segundo medio en aquella, y los médicos en igual proporción por cercanos que por médicos. El bajo uso de herbolarios como fuente de recomendación podría explicarse por el menor porcentaje de población consumidora de productos y el mayor uso de terapias que no los requieren (masajes y relajación).

Sobre el uso de MAC por menores familiares de estos grupos de población, casi un tercio habían utilizado también MAC. El uso de MAC por los padres de estudiantes de medicina fue un factor asociado al uso en dichos estudiantes²²². Se entiende que este dato es extrapolable a cualquier hijo de padres usuarios de MAC, estudie medicina o cualquier otra carrera, y por lo tanto aplicable a los menores familiares de médicos o de población general.

El gasto por mes en MAC fue en la mayoría de 50 euros o menos durante el tiempo de terapia, con un consumo medio de dos terapias, sin que se hallaran diferencias entre grupos, si bien ningún estudiante gastó más de esa cantidad y sólo los médicos gastaron entre 200 y 300 euros al mes.

Salvando las distancias, el gasto anual de los universitarios canadienses en MAC fue de 193 dólares canadienses anuales en 2006 (unos 140 euros al cambio actual)²²².

Del 55% al 75% de los usuarios y del 25% al 30% de los no usuarios habían recomendado MAC a otras personas. No se preguntó si eran pacientes o no, pero en el caso de los médicos su consejo tendría un valor añadido al de cualquier otra persona. Además, las opiniones favorables de todos, usuarios y no usuarios, a incluir las MAC dentro del sistema sanitario público y, en mayor grado, de recibir formación sobre MAC en el pregrado y el postgrado o la formación continuada, confirman la actitud positiva hacia las MAC de médicos, MIR y estudiantes que ya están recogidas desde hace años en la literatura internacional^{121, 217, 218, 223, 226}.

La percepción del porcentaje de población que consumía MAC fue igual a la expresada por la población general entre los usuarios de MAC (40%), y entre los no usuarios incluso superior a la percibida por la población general (30% frente a 20%). Es un dato que nos llamó la atención ya que partíamos de la hipótesis, fundamentada en los numerosos estudios que hablan del amplio porcentaje de pacientes que ocultan a su médico el consumo de MAC, que los médicos tendrían una percepción más atenuada de dicho uso. Conociendo que no es habitual que los médicos pregunten a sus pacientes sobre el uso de MAC y que éstos no suelen revelárselo, suponemos que los médicos habrán percibido el uso de la población por los mismos medios que aquella: comentarios de conocidos, medios de comunicación, presencia de establecimientos del sector, divulgación de cursos, publicaciones, etc.

La mayoría de los encuestados no habían utilizado MAC, sin embargo en torno al 40% de dichos médicos y MIR y al 70% de los estudiantes sí habían consumido productos alternativos, como autoprescripción. La principal razón por la que no habían acudido fue que no lo habían necesitado por tener buena salud, seguidas de no creerlas capaces de curar y de creer que no son seguras. Sin embargo el 70% acudiría a ellas si necesitaran mejorar su salud, entre un 30 y un 45% opinaban que debían ser incluidas en el sistema sanitario público y en torno al 70% que los profesionales sanitarios debían tener formación sobre ellas en el pregrado, el postgrado y la formación continuada. Parece existir cierta contradicción en estos planteamientos: si no se está convencido de su eficacia y

seguridad parece poco coherente y hasta arriesgado tener intención de acudir a ellas en caso de necesidad u opinar que deberían estar incluidas en el sistema sanitario o formar parte de la formación de los profesionales sanitarios. Esta ambivalencia, no obstante, también está presente en un estudio ya citado: aunque médicos y estudiantes alemanes planteaban muchas objeciones sobre las MAC, reconocían tener pocos conocimientos sobre ellas y opinaban que serían más útiles en medicina general, cuidados paliativos, pediatría, dermatología y ginecología, por lo que proponían impartir formación en MAC para los profesionales de esas áreas²²³. Un posible matiz a esta paradoja es que el término MAC engloba a muy distintas terapias y uno puede considerar seguras o recomendables algunas y en absoluto otras.

En el análisis univariado, la variable sociodemográfica que demostró asociación con los médicos usuarios de MAC fue el sexo femenino; en los MIR, la nacionalidad española, el estado civil soltero, ser MIR hospitalario y los años de ejercicio profesional, y ninguna en los estudiantes. El sexo femenino se asoció también en población general. En un estudio sobre actitudes de pediatras hacia las MAC²¹⁷, ser mujer y más joven se asoció a actitudes más positivas hacia las MAC en un modelo de regresión logística que incluía también el país en el que cada médico se había formado, si eran médicos de familia o de otras especialidades, la raza o etnia y los años en activo, aunque el estudio no las relacionaba con el uso de MAC. Haber utilizado productos alternativos y el número de los utilizados, y haber acudido a balnearios o spas también se asociaron a los médicos y MIR consumidores de MAC, así como las variables de opinión en que se mostraban partidarios de incluir las MAC en el sistema sanitario o en la carrera de medicina o la intención de formarse en ellas, lo que parece razonable por lo ya expuesto previamente. En el caso de los estudiantes sólo se hallaron asociados al uso de MAC haber acudido a balnearios o spas y haber aconsejado a otros el uso de MAC, debido probablemente al tamaño muestral analizado. No hemos encontrado literatura al respecto.

DISCUSIÓN SOBRE LOS RESULTADOS COMPARATIVOS EN POBLACIÓN GENERAL, MÉDICOS, MIR Y ESTUDIANTES.

El análisis mediante estandarización directa implicó la estratificación de la muestra en rangos etarios que hicieran posible la comparación de la prevalencia de cada variable entre las cuatro poblaciones del estudio tomando como referencia la distribución por edad y sexo de la Comunidad de Madrid. Debido a que los rangos de edad eran diferentes en las cuatro poblaciones de estudio se decidió seleccionar los grupos de edad que mejor resumieran la prevalencia de cada variable entre las cuatro poblaciones, lo que en algún caso supuso contar con un número de individuos diferente a los del análisis inicial y, consecuentemente, la diferencia en las prevalencias crudas.

Las variables escogidas para la estandarización fueron las principales relacionadas con los objetivos del estudio y las que se creyeron más significativas para poder encontrar diferencias entre poblaciones. Para las variables del número de terapias y productos consumidos se seleccionó como punto de corte el dos ya que representaba en la mayoría de los casos la mediana en cada población de estudio. En la variable de percepción del porcentaje de uso de MAC entre la población general se empleó el punto de corte del 50% ya que representaba en la mayoría el percentil 75 de las muestras. Nuestro objetivo fue estimar y comparar las prevalencias en los valores altos, ya que la mayoría de los grupos presentaban medianas muy similares.

Con respecto a la variable de haber acudido a alguna MAC, la población general había acudido entre casi 2 y 4 veces más que las diferentes subpoblaciones de médicos, MIR y estudiantes, y entre 3 y 10 veces a mayor número de terapias. No hemos encontrado ningún estudio que compare el uso de MAC en similares poblaciones, no obstante parece esperable que la población general utilice más las MAC y en mayor número. De los factores asociados al uso de MAC en la mayoría de los estudios, las diferencias entre nuestras poblaciones no son explicables a la distribución por sexos o la nacionalidad o etnia. Como ya se discutió, en nuestro estudio no se asoció el uso de MAC en población general con el nivel de estudios, pero sí en la literatura internacional a un mayor nivel educativo y de ingresos familiares. Por ello, y dado que las subpoblaciones de médicos, MIR y estudiantes son de niveles educativos altos e ingresos familiares medios-altos, en médicos y MIR al menos, parece que su menor uso pudiera estar influido más por otros factores como, quizás, la menor prevalencia de patologías o

la percepción de su mejor estado de salud, la predisposición o actitud frente a ellas y la utilización de recursos sanitarios convencionales.

Las diferencias sobre el consumo de productos y el número de productos consumidos fueron menores que para las variables anteriores, pero se demostró que la población general los consumía entre 2 y 3 veces más y entre 4 y 15 veces más productos que los médicos. En el resto de grupos sólo se establecieron diferencias con el subgrupo de mujeres de la población general, aunque pudiera preverse inicialmente que se producirían entre todas las subpoblaciones. Parece desprenderse que los médicos, especialmente, aunque también los MIR y estudiantes, son más proclives al consumo de productos alternativos que al uso de MAC respecto de la población general, ya que las diferencias proporcionales (RPE) son menores.

No se encontraron diferencias entre población general y médicos, MIR y estudiantes en la opinión positiva sobre formar en MAC a los profesionales sanitarios. Aunque las razones para dicha opinión, no exploradas, puedan ser diferentes, el resultado es coincidente. Bien sea porque, quizás, los pacientes desean que sus profesionales sanitarios habituales sean quien les traten con MAC, bien sea porque, quizás, los médicos desean tener herramientas para informar a los pacientes, derivarles o tratarles, el caso es que la mayoría de todas las poblaciones coincidieron en el deseo de formación para los profesionales de la salud.

Aunque una de las hipótesis era que la población general tendría una percepción de mayor utilización de MAC por dicha población, sin embargo la estandarización permitió detectar diferencias importantes en unas prevalencias crudas en principio muy similares, aunque sólo se consideró significativa la de los MIR frente a población general, que opinaron 3 veces más que el 50% de aquella consumía MAC. Como ya se explicó, se escogió este punto de corte de la variable común para poder detectar diferencias. Los MIR habían consumido más MAC y más productos que los médicos y los estudiantes. Quizás esta predisposición mayor hacia las MAC pudo influir sobre su percepción, aunque no justificaría que fuera mayor aún que la población general, que había consumido productos y MAC en mayor proporción.

CONCLUSIONES

1. Un 56,3% de la población general de la Comunidad de Madrid utilizó MAC en alguna ocasión, siendo las mujeres, la población adscrita al Área 5 de Atención Primaria y aquellos que habían acudido previamente con mayor frecuencia a sanitarios convencionales los factores independientes que se asociaron a su uso. Un 66% de la población general había consumido productos alternativos, principalmente fitoterapia y complementos nutricionales.
2. El 25,5% de los médicos, 36,5% de los MIR y 15,6% de los estudiantes habían utilizado MAC. Los factores que se asociaron al uso de MAC fueron, entre los médicos, el sexo femenino y haber consumido productos alternativos; entre los MIR, la nacionalidad española, el estado civil soltero, ser residente de una especialidad hospitalaria y haber consumido productos alternativos; y entre los estudiantes, haber acudido a spas o balnearios. El consumo de productos alternativos fue ligeramente superior al uso de MAC en los tres grupos.
3. Más del 90% de los encuestados de las cuatro poblaciones estudiadas declararon conocer la mayoría de las MAC del cuestionario. Las terapias más conocidas fueron acupuntura, terapias de relajación y homeopatía, y las menos, ayurveda y terapias biológicas.
4. Los principales problemas de salud por los que habían acudido a MAC fueron los relacionados con el aparato locomotor y la salud mental, y las terapias más utilizadas fueron las de masaje y relajación, en coincidencia con la literatura nacional e internacional. La principal razón que motivó la consulta a MAC de la población general fue que la medicina convencional no mejoraba su sintomatología, razón que aparece con menor frecuencia en otros estudios. La mayoría de las terapias, - a las que habían acudido aconsejados por un pariente o amigo -, fueron realizadas por profesionales no sanitarios y el grado de satisfacción y mejoría percibida con las terapias fueron elevados. En el caso de los médicos, MIR y estudiantes los

resultados fueron similares, aunque con porcentajes algo inferiores en satisfacción y mejoría, y declararon haber acudido a MAC "por probar".

5. Más de la mitad de la población general y del 70% del resto de poblaciones usuarias de MAC habían invertido menos de 50 euros al mes en terapias y productos.

6. Entre el 75 y el 90% de la población general, usuaria o no de MAC, opinó que éstas deberían incluirse entre las prestaciones del sistema sanitario público, y en porcentajes superiores que los profesionales sanitarios deberían estar formados en ellas. En el grupo de médicos, MIR y estudiantes los porcentajes fueron menores, no obstante no se hallaron diferencias estadísticas entre las cuatro poblaciones en la opinión positiva acerca de que los profesionales sanitarios estuvieran formados en MAC. La percepción de uso de MAC por la población general fue similar en las cuatro poblaciones.

7. Haber gozado de buena salud fue la razón principal invocada por los no usuarios de MAC en todas las poblaciones, si bien algunos ya habían consumido productos alternativos y la mayoría declararon su intención de utilizarlas si lo necesitaran en algún momento de su vida.

8. La población general utilizó MAC entre dos y cuatro veces más que las poblaciones de médicos, MIR y estudiantes, y el número de terapias fue hasta 10 veces superior. Respecto al uso de productos alternativos la población general los consumió entre dos y tres veces más que el resto de grupos, y en número hasta 15 veces superior.

ANEXOS

ANEXO 1: MODELO DE CARTA DE PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

Madrid, 13 de noviembre de 2008

Estimado/-a señor/-a:

Desde la Facultad de Medicina de la Universidad de Alcalá de Henares estamos realizando un estudio para conocer el uso de las Medicinas Alternativas en la Comunidad de Madrid. Las Medicinas Alternativas constituyen un grupo de terapias (homeopatía, acupuntura, hierbas medicinales, etc.) ya reconocidas por la Organización Mundial de la Salud. Aunque su implantación en nuestra sociedad es cada vez mayor, actualmente no se conoce el porcentaje de población que las utiliza. Se trata por tanto de un estudio muy necesario y por ello nos atrevemos a pedirle su participación rellenando la encuesta que le enviamos. Es anónima y sólo tardará unos minutos en responderla.

Su nombre ha sido seleccionado, de forma totalmente aleatoria, a partir de la base de datos de tarjeta sanitaria de su área de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud. Dicha base de datos está protegida y registrada en la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid y este contacto se produce exclusivamente con fines científicos.

Entre todos los que contesten la encuesta se sortearán diez estancias para dos personas en un Parador de la provincia de Segovia (La Granja o Segovia), a disfrutar en el año 2009. Le adjuntamos información de ambos Paradores. Para poder participar sólo tiene que enviarnos junto con la encuesta el boletín de datos personales. Estos datos se usarán exclusivamente para la realización del sorteo y contacto con los ganadores en la segunda quincena del mes de enero de 2009, y se disociarán de las encuestas enviadas. Por favor, conteste con la mayor sinceridad y precisión posibles a las preguntas y, una vez terminada la encuesta, introdúzcala en el sobre que le adjuntamos y deposítelo en un buzón de correos (no necesita sello).

Le agradecemos de antemano su participación. No dude de que su opinión y experiencia nos interesan y nos serán de mucha utilidad. Reciba un cordial saludo,



Dr. Felipe Lucena Marotta



Dr. Emilio Cervera Barba

ANEXO 2: CUESTIONARIO DE POBLACIÓN GENERAL.

CUESTIONARIO SOBRE EL USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS.

El siguiente cuestionario anónimo forma parte de un estudio de investigación de la Universidad de Alcalá sobre el uso de Medicinas Complementarias y Alternativas en la Comunidad de Madrid. Quizás ya sepa que las Medicinas Complementarias han sido reconocidas e impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los últimos 30 años e incluyen terapias como la acupuntura, la homeopatía, la fitoterapia o hierbas medicinales, y diversas técnicas de masajes.

Queremos conocer mejor a los pacientes y sus necesidades para poder ofrecerles una mejor atención sanitaria. Por eso nos interesa su opinión, conocimientos y experiencia sobre estas terapias, y solicitamos su colaboración respondiendo a estas preguntas con la mayor sinceridad y exactitud posibles, y devolviendo el cuestionario en el sobre que le adjuntamos. Serán sólo unos minutos. Gracias.

Si desea realizar cualquier consulta o aclaración sobre el cuestionario o el estudio, puede contactar con el Dr. Emilio Cervera en el teléfono 91.335.25.75.

1.- Uso de medicamentos no convencionales.

1.1.- ¿Ha utilizado alguna vez en tu vida, con intención de mejorar su salud, algún **medicamento o producto no convencional, de parafarmacia, herbolario o supermercado**, como hierbas o preparados a base de hierbas o algas, homeopatía, productos naturistas o suplementos dietéticos o nutricionales?

SI NO *(Si contestó NO pase a la página siguiente)*

1.2.- Por favor, escriba los nombres de los productos que haya utilizado (en caso de ser varios, indique los ocho más utilizados) y quién se los recetó (ver códigos más abajo):

	Nombre de los productos utilizados	Recetado por*
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

***Recetado por:**

(1): Un médico de la Seguridad Social; **(2):** Un médico privado o de sociedades médicas (Asisa, Sanitas, Adeslas, etc.); **(3):** Un terapeuta de medicinas alternativas (médico o no); **(4):** En la farmacia; **(5):** En el herbolario; **(6):** Un amigo, conocido o familiar; **(7):** Lo empecé a tomar por iniciativa propia.

2.- Conocimiento y uso de terapias no convencionales.

2.1.- Por favor, marque con un aspa en las últimas columnas aquellas Medicinas Complementarias de las que haya oído hablar o acudido a consulta o terapia:

	Nombre de las terapias	<u>He oído hablar de esta terapia</u>	<u>He acudido a consulta de esta terapia</u>
1	Homeopatía (o <i>Medicina Antroposófica, Homotoxicología, Espagírica, Sales de Schüssler</i>)		
2	Flores de Bach		
3	Acupuntura (o <i>auriculoterapia, Medicina Tradicional China, digitopuntura</i>)		
4	Ayurveda (o <i>Medicina Tradicional hindú</i>)		
5	Iridología (<i>diagnóstico por el iris de los ojos</i>)		
6	Fitoterapia (o <i>Herbodietética. Tratamiento con plantas y derivados</i>)		
7	Terapias biológicas (<i>Medicina Ortomolecular, Oligoterapia</i>)		
8	Terapias de meditación (<i>Oración o meditación, - personal o en grupo -, con fines terapéuticos</i>)		
9	Terapias de relajación (<i>Yoga, TaiChi, Pilates, ChiKung, risoterapia, respiración holotrópica, etc.</i>)		
10	Terapias con artes (o <i>Arteterapia: teatro, música, danza o artes, con fines terapéuticos. Psicodrama</i>)		
11	Hipnosis o regresión (o <i>rebirthing</i>)		
12	Quiropráctica (o <i>Quiromasaje, quiropraxia</i>)		
13	Osteopatía		
14	Reflexología (o <i>reflexoterapia; de pies, manos o cara</i>)		
15	Técnicas de masaje (<i>Metamórfico, energético, drenaje linfático, terapia sacro-craneal, Tui Na, kinesiología, etc.</i>)		
16	Aromaterapia (<i>Aceites esenciales de flores usados en masajes, baños, ducha, inhalaciones...</i>)		
17	Dietas vegetariana, macrobiótica u otras (<i>Como forma de vida, no sólo con intención de adelgazar</i>)		
18	Dietas para adelgazar o engordar con productos naturistas (<i>con productos de herbolario o naturistas, o controladas por un naturista. Excluidas las dietas de médicos convencionales. Ver nota debajo de esta tabla*</i>).		
19	Terapias energéticas (<i>Qi gong, Reiki, Shiatsu, chakras, Moraterapia, terapias con luces o sonidos, Bioresonancia, cromoterapia, etc.</i>)		
20	Sanaciones espirituales (<i>Curanderos, chamanes, gurús, santeros</i>)		
21	Otras terapias .Escríbalas a continuación, por favor:		

***Nota sobre las dietas para adelgazar o engordar:**

Entendemos por naturista cualquier profesional de Medicinas Complementarias, sea profesional sanitario o no. No se incluyen en esta pregunta las dietas convencionales o con alguno de los siguientes productos: *Biomanán, Xenical, Reductil, Control Diet, Enerdiet, Equilibre Control, Milical, Optifast, Sikenform, Slimbel, Vegefast, Chitosan, Fat control, Fibraleo, Glucomanano.*

Si NO se ha tratado NUNCA con alguna de estas Medicinas Complementarias, por favor, pase directamente a la página 5.

Si ha utilizado en alguna ocasión alguna de ellas, por favor, pase a la página siguiente.

2.2.- Por favor, conteste a esta pregunta **SÓLO SI HA ACUDIDO ALGUNA VEZ A TERAPIA** o consulta con alguna de las Medicinas Complementarias de la pregunta anterior. **Escriba en la columna de la izquierda los nombres de las terapias a las que acudió** y conteste a las preguntas de la fila de arriba para cada una de las terapias individualmente. Si nunca ha acudido a una terapia de Medicinas Complementarias, pase a la página 5.

Conteste a estas preguntas →		¿Cuándo acudió a terapia? <i>(puede marcar una o las dos opciones)</i>	¿Para qué dolencia o enfermedad acudió? Escribala	¿Cuántas veces acudió a esta terapia en los últimos 12 meses?	¿Cuánto mejoró su salud después del tratamiento?	El profesional que le atendió, ¿era sanitario?*** <i>(ver nota más abajo)</i>	¿Está satisfecho con esta terapia?				
Escriba debajo el nombre de las terapias a las que ha acudido:											
1	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Ninguna vez	<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	Sanitario	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	1-4 veces	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	No sanitario	<input type="checkbox"/>	Satisfecho
	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	5-9 veces	<input type="checkbox"/>	Poco	<input type="checkbox"/>	No lo sé	<input type="checkbox"/>	Indiferente
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	10-15 veces	<input type="checkbox"/>	Nada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Insatisfecho
	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Más 15 veces	<input type="checkbox"/>	Empeoré	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Ninguna vez	<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	Sanitario	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho
2	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	1-4 veces	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	No sanitario	<input type="checkbox"/>	Satisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	5-9 veces	<input type="checkbox"/>	Poco	<input type="checkbox"/>	No lo sé	<input type="checkbox"/>	Indiferente
	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	10-15 veces	<input type="checkbox"/>	Nada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Insatisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Más 15 veces	<input type="checkbox"/>	Empeoré	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho
3	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Ninguna vez	<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	Sanitario	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	1-4 veces	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	No sanitario	<input type="checkbox"/>	Satisfecho
	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	5-9 veces	<input type="checkbox"/>	Poco	<input type="checkbox"/>	No lo sé	<input type="checkbox"/>	Indiferente
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	10-15 veces	<input type="checkbox"/>	Nada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Insatisfecho
	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Más 15 veces	<input type="checkbox"/>	Empeoré	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Ninguna vez	<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	Sanitario	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho
4	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	1-4 veces	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	No sanitario	<input type="checkbox"/>	Satisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	5-9 veces	<input type="checkbox"/>	Poco	<input type="checkbox"/>	No lo sé	<input type="checkbox"/>	Indiferente
	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	10-15 veces	<input type="checkbox"/>	Nada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Insatisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Más 15 veces	<input type="checkbox"/>	Empeoré	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho
5	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Ninguna vez	<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	Sanitario	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	1-4 veces	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	No sanitario	<input type="checkbox"/>	Satisfecho
	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	5-9 veces	<input type="checkbox"/>	Poco	<input type="checkbox"/>	No lo sé	<input type="checkbox"/>	Indiferente
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	10-15 veces	<input type="checkbox"/>	Nada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Insatisfecho
	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Más 15 veces	<input type="checkbox"/>	Empeoré	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Ninguna vez	<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	Sanitario	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho

*** A efectos de esta encuesta consideramos como profesionales sanitarios **SÓLO los médicos, enfermeras y fisioterapeutas.**

Siga por detrás →

Por favor, responda a estas preguntas **sólo si ha utilizado** Medicinas Complementarias **alguna vez** en su vida:

2.3.- ¿Por qué acudió a Medicinas Complementarias? (puede responder más de una opción)

- La medicina convencional no mejoraba mis síntomas
- Por los efectos secundarios de los tratamientos convencionales
- Las medicinas complementarias se ajustan más a mi filosofía de vida
- Me decepcionó el trato recibido en la medicina convencional
- Otras razones (escríbalas, por favor):

2.4.- ¿Cómo conoció estas terapias? (puede responder más de una opción)

- Me las recomendó un médico
- Me las recomendó una enfermera o fisioterapeuta
- Me las recomendó un amigo, conocido o familiar
- Recibí información en la farmacia
- Recibí información en el herbolario
- Las conocí por Internet u otros medios de información (radio, televisión, revistas...)
- Otras

2.5.- ¿Tiene hermanos menores de 18 años? SI NO

¿Tiene hijos menores de 18 años? SI NO

2.6.- En cualquiera de los dos casos anteriores, ¿han usado ellos alguna vez Medicinas Complementarias o medicamentos no convencionales? SI NO

2.7.- ¿Ha recibido usted en algún momento de su vida algún tratamiento en balnearios o spas, rurales o urbanos? SI NO

2.8.- Y en el último año, ¿en cuántas ocasiones?:

2.9.- ¿Cuánto dinero ha gastado de media al mes en consultas, terapias, tratamientos y productos de Medicinas Complementarias, durante el tiempo que las usó?

- Menos de 50 euros al mes
- 50 a 100 euros al mes
- 100 a 200 euros al mes
- 200 a 300 euros al mes
- 300 a 500 euros al mes
- Más de 500 euros al mes

2.10.- ¿Ha aconsejado en alguna ocasión a otras personas (familiares, conocidos, etc.) algún producto o terapia de Medicinas Complementarias? SI NO

2.11.- ¿Cree que las Medicinas Complementarias deberían ser proporcionadas o subvencionadas por la Seguridad Social? SI NO

2.12.- ¿Piensa que los profesionales sanitarios convencionales (médicos, enfermeras y fisioterapeutas de la Seguridad Social) deberían estar formados en Medicinas Complementarias?

SI NO

2.13.- ¿Qué porcentaje de la población general cree que utiliza las Medicinas Complementarias?

Escriba el número aproximado:%

Pase a la página 6. No conteste la página siguiente.

Por favor, responda a estas preguntas **sólo si NUNCA ha utilizado** Medicinas Complementarias:

2.14.- ¿Por cuál de las siguientes razones no ha recurrido a Medicinas Complementarias? (*puede responder más de una opción*):

- No las conozco ni sé para qué sirven
- No las he necesitado porque he tenido buena salud o mis problemas de salud los he resuelto por otros medios
- No las creo capaces de curar enfermedades
- No me parecen seguras: pudieran tener efectos secundarios sobre la salud
- Son tratamientos que no los cubre la Seguridad Social
- Son tratamientos caros
- Otras razones (*escríbalas, por favor*):

2.15.- ¿Ha recibido usted en algún momento de su vida algún tratamiento en balnearios o spas, rurales o urbanos? SI NO

2.16.- Y en el último año, ¿en cuántas ocasiones?:

2.17.- ¿Acudiría a alguna Medicina Complementaria si necesitara, en algún momento de su vida, mejorar su salud? SI NO

2.18.- ¿Ha aconsejado en alguna ocasión a otras personas (familiares, conocidos, etc.) algún producto o terapia de Medicinas Complementarias? SI NO

2.19.- ¿Cree que las Medicinas Complementarias deberían ser proporcionadas o subvencionadas por la Seguridad Social? SI NO

2.20.- ¿Piensa que los profesionales sanitarios convencionales (médicos, enfermeras y fisioterapeutas de la Seguridad Social) deberían estar formados en Medicinas Complementarias? SI NO

2.21.- ¿Qué porcentaje de la población general cree que utiliza las Medicinas Complementarias? Escriba el número aproximado:%

Siga en la página siguiente →

3.- Datos de filiación

3.1.- Sexo: Varón Mujer

3.2.- Edad:

3.3.- Nacionalidad: Española Otra (*escribala*):

3.4.- Estado civil:

soltero casado – pareja viudo separado – divorciado

3.5.- ¿Cuál es el nombre de su centro de salud de la Seguridad Social? (Viene reseñado en el reverso de su tarjeta sanitaria). Si no lo conoce anote el nombre de la calle en la que se localiza:

3.6.- ¿Cuántas veces aproximadamente ha acudido por motivos de salud a consulta de sanitarios convencionales (médico, enfermera, fisioterapeuta), del centro de salud u hospital, durante los últimos doce meses?: Ninguna vez Entre una y cuatro veces Entre 5 y 9 veces
 Entre 10 y 15 veces Más de 15 veces

3.7.- Nivel de estudios terminados:

- No sabe leer ni escribir Sin estudios (sabe leer y escribir)
 Enseñanza Primaria incompleta
 Enseñanza Primaria completa (EGB, ESO, Bachiller elemental, Graduado Escolar)
 Formación profesional, Bachiller superior, BUP o COU completos
 Diplomaturas universitarias, arquitecto técnico o ingeniero técnico
 Licenciado universitario, arquitecto o ingenieros superiores

3.8.- ¿Cuál es su situación laboral? (*puede responder más de una opción*):

Trabaja Ama de casa Estudiante En paro Jubilado o pensionista

3.9.- ¿Quiere añadir algún comentario?

Le agradecemos sinceramente sus respuestas y opiniones.

Por favor, introduzca este cuestionario y el boletín para el sorteo en el sobre que le facilitamos y dépositelo en un buzón de correos (no necesita sello).

Muchas gracias por su participación.

ANEXO 3: CUESTIONARIO DE MÉDICOS Y MIR.

CUESTIONARIO SOBRE EL USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS.

El siguiente cuestionario anónimo forma parte de un estudio de investigación sobre el uso de las Medicinas Complementarias y Alternativas en la Comunidad de Madrid. Quizás ya sepas que las Medicinas Complementarias han sido reconocidas e impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los últimos 30 años e incluyen terapias como la acupuntura, la homeopatía, la fitoterapia o hierbas medicinales, y diversas técnicas de masajes.

Como médico del sistema sanitario público que eres, nos interesa especialmente tu opinión así como tus conocimientos, experiencia y expectativas sobre estas terapias, y por eso te pedimos que respondas a estas preguntas con la mayor sinceridad y exactitud posibles. Serán sólo unos minutos. Gracias.

Si deseas realizar cualquier consulta o aclaración sobre el cuestionario o el estudio, puedes contactar con el Dr. Emilio Cervera en el teléfono 91.335.25.75.

1.- Uso de medicamentos no convencionales.

1.1.- ¿Has utilizado alguna vez en tu vida, con intención de mejorar su salud, algún **medicamento o producto no convencional, de parafarmacia, herbolario o supermercado**, como hierbas o preparados a base de hierbas o algas, homeopatía, productos naturistas o suplementos dietéticos o nutricionales?
 SI NO *(Si contestaste NO pasa a la página siguiente)*

1.2.- Por favor, escribe los nombres de los productos que hayas utilizado (en caso de ser varios, indica los ocho más utilizados) y quién te los recetó (ver códigos más abajo):

	Nombre de los productos utilizados	Recetado por*
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

***Recetado por:**

(1): Un médico de la Seguridad Social; **(2):** Un médico privado o de sociedades médicas (Asisa, Sanitas, Adeslas, etc.); **(3):** Un terapeuta de medicinas alternativas (médico o no); **(4):** En la farmacia; **(5):** En el herbolario; **(6):** Un amigo, conocido o familiar; **(7):** Lo empecé a tomar por iniciativa propia.

2.- Conocimiento y uso de terapias no convencionales.

2.1.- Por favor, marca con un aspa en las últimas columnas aquellas Medicinas Complementarias de las que hayas oído hablar o acudido a consulta o terapia:

	Nombre de las terapias	<u>He oído hablar de esta terapia</u>	<u>He acudido a consulta de esta terapia</u>
1	Homeopatía (o <i>Medicina Antroposófica, Homotoxicología, Espagírica, Sales de Schüssler</i>)		
2	Flores de Bach		
3	Acupuntura (o <i>auriculoterapia, Medicina Tradicional China, digitopuntura</i>)		
4	Ayurveda (o <i>Medicina Tradicional hindú</i>)		
5	Iridología (<i>diagnóstico por el iris de los ojos</i>)		
6	Fitoterapia (o <i>Herbodietética. Tratamiento con plantas y derivados</i>)		
7	Terapias biológicas (<i>Medicina Ortomolecular, Oligoterapia</i>)		
8	Terapias de meditación (<i>Oración o meditación, - personal o en grupo -, con fines terapéuticos</i>)		
9	Terapias de relajación (<i>Yoga, TaiChi, Pilates, ChiKung, risoterapia, respiración holotrópica, etc.</i>)		
10	Terapias con artes (o <i>Arteterapia: teatro, música, danza o artes, con fines terapéuticos. Psicodrama</i>)		
11	Hipnosis o regresión (o <i>rebirthing</i>)		
12	Quiropráctica (o <i>Quiromasaje, quiropraxia</i>)		
13	Osteopatía		
14	Reflexología (o <i>reflexoterapia; de pies, manos o cara</i>)		
15	Técnicas de masaje (<i>Metamórfico, energético, drenaje linfático, terapia sacro-craneal, Tui Na, kinesiología, etc.</i>)		
16	Aromaterapia (<i>Aceites esenciales de flores usados en masajes, baños, ducha, inhalaciones...</i>)		
17	Dietas vegetariana, macrobiótica u otras (<i>Como forma de vida, no sólo con intención de adelgazar</i>)		
18	Dietas para adelgazar o engordar con productos naturistas (<i>con productos de herbolario o naturistas, o controladas por un naturista. <u>Excluidas</u> las dietas de médicos convencionales. <u>Ver nota debajo de esta tabla*</u></i>).		
19	Terapias energéticas (<i>Qi gong, Reiki, Shiatsu, chakras, Moraterapia, terapias con luces o sonidos, Bioresonancia, cromoterapia, etc.</i>)		
20	Sanaciones espirituales (<i>Curanderos, chamanes, gurús, santeros</i>)		
21	Otras terapias .Escríbelas a continuación, por favor:		

***Nota sobre las dietas para adelgazar o engordar:**

No se incluyen en esta pregunta las dietas convencionales o con alguno de los siguientes productos: *Bioamanán, Xenical, Reductil, Control Diet, Enerdiet, Equilibre Control, Milical, Optifast, Sikenform, Slimbel, Vegefast, Chitosan, Fat control, Fibraleo, Glucomanano.*

Si NO te has tratado NUNCA con alguna de estas Medicinas Complementarias, por favor, pasa directamente a la página 5.

Si has utilizado en alguna ocasión alguna de ellas, por favor, pasa a la página siguiente.

2.2.- Por favor, contesta a esta pregunta **SÓLO SI HAS ACUDIDO ALGUNA VEZ A TERAPIA** o consulta con alguna de las Medicinas Complementarias de la pregunta anterior. **Escribe en la columna de la izquierda los nombres de las terapias a las que acudiste** y contesta a las preguntas de la fila de arriba para cada una de las terapias individualmente. Si nunca has acudido a una terapia de Medicinas Complementarias, pasa a la página 5.

Contesta a estas preguntas →		¿Cuándo acudiste a terapia? (puedes marcar una o las dos opciones)	¿Para qué dolencia o enfermedad acudiste? Escríbela	¿Cuántas veces acudiste a esta terapia en los últimos 12 meses?	¿Cuánto mejoró tu salud después del tratamiento?	El profesional que te atendió, ¿era sanitario?*** (ver nota más abajo)	¿Estás satisfecho con esta terapia?				
Escribe debajo el nombre de las terapias a las que has acudido:											
1	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Ninguna vez	<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	Sanitario	<input type="checkbox"/>	Muy satisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	1-4 veces		<input type="checkbox"/>		Bastante		<input type="checkbox"/>
2	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	5-9 veces	<input type="checkbox"/>	Poco	<input type="checkbox"/>	No lo sé	<input type="checkbox"/>	Indiferente
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	10-15 veces		<input type="checkbox"/>		Nada		<input type="checkbox"/>
3	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Más 15 veces	<input type="checkbox"/>	Empeoré	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Muy insatisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Ninguna vez		<input type="checkbox"/>		Mucho		<input type="checkbox"/>
4	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	1-4 veces	<input type="checkbox"/>	Bastante	<input type="checkbox"/>	No sanitario	<input type="checkbox"/>	Satisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	5-9 veces		<input type="checkbox"/>		Poco		<input type="checkbox"/>
5	<input type="checkbox"/>	En los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	10-15 veces	<input type="checkbox"/>	Nada	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Insatisfecho
	<input type="checkbox"/>	Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/>	Más 15 veces		<input type="checkbox"/>		Empeoré		<input type="checkbox"/>

*** A efectos de esta encuesta consideramos como profesionales sanitarios **SÓLO los médicos, enfermeras y fisioterapeutas.**

Sigue por detrás →

Por favor, responde a estas preguntas **sólo si has utilizado** Medicinas Complementarias **alguna vez** en tu vida:

2.3.- ¿Por qué acudiste a Medicinas Complementarias? (puedes responder más de una opción)

- La medicina convencional no mejoraba mis síntomas
- Por los efectos secundarios de los tratamientos convencionales
- Las medicinas complementarias se ajustan más a mi filosofía de vida
- Me decepcionó el trato recibido en la medicina convencional
- Otras razones (escribelas, por favor):

2.4.- ¿Cómo conociste estas terapias? (puedes responder más de una opción)

- Me las recomendó un médico
- Me las recomendó una enfermera o fisioterapeuta
- Me las recomendó un amigo, conocido o familiar
- Recibí información en la farmacia
- Recibí información en el herbolario
- Las conocí por Internet u otros medios de información (radio, televisión, revistas...)
- Otras

2.5.- ¿Tienes hermanos menores de 18 años? SI NO

¿Tienes hijos menores de 18 años? SI NO

2.6.- En cualquiera de los dos casos anteriores, ¿han usado ellos alguna vez Medicinas Complementarias o medicamentos no convencionales? SI NO

2.7.- ¿Has recibido en algún momento de tu vida algún tratamiento en balnearios o spas, rurales o urbanos?
 SI NO

2.8.- Y en el último año, ¿en cuántas ocasiones?:

2.9.- ¿Cuánto dinero has gastado de media al mes en consultas, terapias, tratamientos y productos de Medicinas Complementarias, durante el tiempo que las utilizaste?

- Menos de 50 euros al mes
- 50 a 100 euros al mes
- 100 a 200 euros al mes
- 200 a 300 euros al mes
- 300 a 500 euros al mes
- Más de 500 euros al mes

2.10.- ¿Has aconsejado o prescrito en alguna ocasión a otras personas (pacientes, conocidos, etc.) algún producto o terapia de Medicinas Complementarias?

SI NO

2.11.- ¿Crees que las Medicinas Complementarias deberían ser proporcionadas o subvencionadas por la Seguridad Social? SI NO

2.12.- ¿Piensas que los profesionales sanitarios convencionales (médicos, enfermeras y fisioterapeutas de la Seguridad Social) deberían estar formados en Medicinas Complementarias?

SI NO

2.13.- ¿Crees que se debería impartir formación sobre estas terapias en la carrera de Medicina?

SI NO

2.14.- ¿Qué porcentaje de la población general crees que utiliza las Medicinas Complementarias?

Escribe el número aproximado:%

Pasa a la página 6. No contestes la página siguiente.

Por favor, responde a estas preguntas **sólo si NUNCA has utilizado** Medicinas Complementarias:

2.15.- ¿Por cuál de las siguientes razones no has recurrido a Medicinas Complementarias? (puedes responder más de una opción):

- No las conozco ni sé para qué sirven
- No las he necesitado porque he tenido buena salud o mis problemas de salud los he resuelto por otros medios
- No las creo capaces de curar enfermedades
- No me parecen seguras: pudieran tener efectos secundarios sobre la salud
- Son tratamientos que no los cubre la Seguridad Social
- Son tratamientos caros
- Otras razones (escribelas, por favor):

2.16.- ¿Has recibido en algún momento de tu vida algún tratamiento en balnearios o spas, rurales o urbanos?

- SI NO

2.17.- Y en el último año, ¿en cuántas ocasiones?:

2.18.- ¿Acudirías a alguna Medicina Complementaria si necesitaras, en algún momento de tu vida, mejorar tu salud?

- SI NO

2.19.- ¿Has aconsejado o prescrito en alguna ocasión a otras personas (pacientes, conocidos, etc.) algún producto o terapia de Medicinas Complementarias?

- SI NO

2.20.- ¿Crees que las Medicinas Complementarias deberían ser proporcionadas o subvencionadas por la Seguridad Social?

- SI NO

2.21.- ¿Piensas que los profesionales sanitarios convencionales (médicos, enfermeras y fisioterapeutas de la Seguridad Social) deberían estar formados en Medicinas Complementarias?

- SI NO

2.22.- ¿Crees que se debería impartir formación sobre estas terapias en la carrera de Medicina?

- SI NO

2.23.- ¿Qué porcentaje de la población general crees que utiliza las Medicinas Complementarias?

Escribe el número aproximado:%

Sigue en la página siguiente →

3.- Datos de filiación.

3.1.- Sexo: Varón Mujer

3.2.- Edad:

3.3.- Nacionalidad: Española Otra (*escribela*):

3.4.- Estado civil:

soltero casado – pareja viudo separado – divorciado

3.5.- ¿Cuántas veces aproximadamente has acudido por motivos de salud a consulta de sanitarios convencionales (médico, enfermera, fisioterapeuta), del centro de salud u hospital, durante los últimos 12 meses?: Ninguna vez Entre una y cuatro veces Entre 5 y 9 veces
 Entre 10 y 15 veces Más de 15 veces

3.6.- Puesto que ocupas: Médico de plantilla del Hospital (fijo, interino, suplente de larga duración)

Médico Residente en el Hospital

Médico de plantilla de Centro de Salud (fijo, interino, suplente de larga duración) Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria

3.7.- ¿Cuál es tu especialidad? Escríbela, por favor:

3.8.- ¿En qué año acabaste la carrera de Medicina?:

3.9.- Año de residencia: R-1 R-2 R-3 R-4 R-5

3.10.- ¿Contemplas la posibilidad de formarte en alguna de las Medicinas Complementarias para poderla ejercer en el futuro? SI NO

3.11.- ¿Quieres añadir algún comentario?

Te agradecemos sinceramente tus respuestas y opiniones.

**Por favor, envíanos el cuestionario por correo interno a la Unidad de Formación,
Gerencia del Área.**

Muchas gracias por tu participación.

ANEXO 4: CUESTIONARIO DE ESTUDIANTES DE MEDICINA.

CUESTIONARIO SOBRE EL USO DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS.

El siguiente cuestionario anónimo forma parte de un estudio de investigación sobre el uso de las Medicinas Complementarias y Alternativas en la Comunidad de Madrid. Quizás ya sepas que las Medicinas Complementarias han sido reconocidas e impulsadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en los últimos 30 años e incluyen terapias como la acupuntura, la homeopatía, la fitoterapia o hierbas medicinales, y diversas técnicas de masajes.

Como futuro médico que serás nos interesa especialmente tu opinión así como tus conocimientos, experiencia y expectativas sobre estas terapias, y por eso te pedimos que respondas a estas preguntas con la mayor sinceridad y exactitud posibles. Serán sólo unos minutos. Gracias.

Si deseas realizar cualquier consulta o aclaración sobre el cuestionario o el estudio, puedes contactar con el Dr. Emilio Cervera en el teléfono 91.335.25.75.

1.- Uso de medicamentos no convencionales.

1.1.- ¿Has utilizado alguna vez en tu vida, con intención de mejorar su salud, algún **medicamento o producto no convencional, de parafarmacia, herbolario o supermercado**, como hierbas o preparados a base de hierbas o algas, homeopatía, productos naturistas o suplementos dietéticos o nutricionales?

SI NO *(Si contestaste NO pasa a la página siguiente)*

1.2.- Por favor, escribe los nombres de los productos que hayas utilizado (en caso de ser varios, indica los ocho más utilizados) y quién te los recetó (ver códigos más abajo):

	Nombre de los productos utilizados	Recetado por*
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

***Recetado por:**

(1): Un médico de la Seguridad Social; **(2):** Un médico privado o de sociedades médicas (Asisa, Sanitas, Adeslas, etc.); **(3):** Un terapeuta de medicinas alternativas (médico o no); **(4):** En la farmacia; **(5):** En el herbolario; **(6):** Un amigo, conocido o familiar; **(7):** Lo empecé a tomar por iniciativa propia.

2.- Conocimiento y uso de terapias no convencionales.

2.1.- Por favor, marca con un aspa en las últimas columnas aquellas Medicinas Complementarias de las que hayas oído hablar o acudido a consulta o terapia:

	Nombre de las terapias	<u>He oído hablar de esta terapia</u>	<u>He acudido a consulta de esta terapia</u>
1	Homeopatía (o Medicina Antroposófica, Homotoxicología, Espagírica, Sales de Schüssler)		
2	Flores de Bach		
3	Acupuntura (o auriculoterapia, Medicina Tradicional China, digitopuntura)		
4	Ayurveda (o Medicina Tradicional hindú)		
5	Iridología (diagnóstico por el iris de los ojos)		
6	Fitoterapia (o Herbodietética. Tratamiento con plantas y derivados)		
7	Terapias biológicas (Medicina Ortomolecular, Oligoterapia)		
8	Terapias de meditación (Oración o meditación, - personal o en grupo -, con fines terapéuticos)		
9	Terapias de relajación (Yoga, TaiChi, Pilates, ChiKung, risoterapia, respiración holotrópica, etc.)		
10	Terapias con artes (o Arteterapia: teatro, música, danza o artes, con fines terapéuticos. Psicodrama)		
11	Hipnosis o regresión (o rebirthing)		
12	Quiropráctica (o Quiromasaje, quiropraxia)		
13	Osteopatía		
14	Reflexología (o reflexoterapia; de pies, manos o cara)		
15	Técnicas de masaje (Metamórfico, energético, drenaje linfático, terapia sacro-craneal, Tui Na, kinesiología, etc.)		
16	Aromaterapia (Aceites esenciales de flores usados en masajes, baños, ducha, inhalaciones...)		
17	Dietas vegetariana, macrobiótica u otras (Como forma de vida, no sólo con intención de adelgazar)		
18	Dietas para adelgazar o engordar con productos naturistas (con productos de herbolario o naturistas, o controladas por un naturista. <u>Excluidas las dietas de médicos convencionales. Ver nota debajo de esta tabla*</u>).		
19	Terapias energéticas (Qi gong, Reiki, Shiatsu, chakras, Moraterapia, terapias con luces o sonidos, Bioresonancia, cromoterapia, etc.)		
20	Sanaciones espirituales (Curanderos, chamanes, gurús, santeros)		
21	Otras terapias .Escríbelas a continuación, por favor:		

***Nota sobre las dietas para adelgazar o engordar:**

No se incluyen en esta pregunta las dietas convencionales o con alguno de los siguientes productos: Biomanán, Xenical, Reductil, Control Diet, Enerdiet, Equilibre Control, Milical, Optifast, Sikenform, Slimbel, Vegefast, Chitosan, Fat control, Fibraleo, Glucomanano.

Si NO te has tratado NUNCA con alguna de estas Medicinas Complementarias, por favor, pasa directamente a la página 5.

Si has utilizado en alguna ocasión alguna de ellas, por favor, pasa a la página siguiente.

2.2.- Por favor, contesta a esta pregunta **SÓLO SI HAS ACUDIDO ALGUNA VEZ A TERAPIA** o consulta con alguna de las Medicinas Complementarias de la pregunta anterior. **Escribe en la columna de la izquierda los nombres de las terapias a las que acudiste** y contesta a las preguntas de la fila de arriba para cada una de las terapias individualmente. Si nunca has acudido a una terapia de Medicinas Complementarias, pasa a la página 5.

Contesta a estas preguntas →		¿Cuándo acudiste a terapia? (puedes marcar una o las dos opciones)	¿Para qué dolencia o enfermedad acudiste? Escríbela	¿Cuántas veces acudiste a esta terapia en los últimos 12 meses?	¿Cuánto mejoró tu salud después del tratamiento?	El profesional que te atendió, ¿era sanitario?*** (ver nota más abajo)	¿Estás satisfecho con esta terapia?
Escribe debajo el nombre de las terapias a las que has acudido:							
1		<input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5-9 veces <input type="checkbox"/> 10-15 veces <input type="checkbox"/> Más 15 veces	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Empeoré	<input type="checkbox"/> Sanitario <input type="checkbox"/> No sanitario <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Insatisfecho <input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
2		<input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5-9 veces <input type="checkbox"/> 10-15 veces <input type="checkbox"/> Más 15 veces	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Empeoré	<input type="checkbox"/> Sanitario <input type="checkbox"/> No sanitario <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Insatisfecho <input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
3		<input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5-9 veces <input type="checkbox"/> 10-15 veces <input type="checkbox"/> Más 15 veces	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Empeoré	<input type="checkbox"/> Sanitario <input type="checkbox"/> No sanitario <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Insatisfecho <input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
4		<input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5-9 veces <input type="checkbox"/> 10-15 veces <input type="checkbox"/> Más 15 veces	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Empeoré	<input type="checkbox"/> Sanitario <input type="checkbox"/> No sanitario <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Insatisfecho <input type="checkbox"/> Muy insatisfecho
5		<input type="checkbox"/> En los últimos 12 meses <input type="checkbox"/> Antes de los últimos 12 meses		<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> 1-4 veces <input type="checkbox"/> 5-9 veces <input type="checkbox"/> 10-15 veces <input type="checkbox"/> Más 15 veces	<input type="checkbox"/> Mucho <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Poco <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> Empeoré	<input type="checkbox"/> Sanitario <input type="checkbox"/> No sanitario <input type="checkbox"/> No lo sé	<input type="checkbox"/> Muy satisfecho <input type="checkbox"/> Satisfecho <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Insatisfecho <input type="checkbox"/> Muy insatisfecho

*** A efectos de esta encuesta consideramos como profesionales sanitarios **SÓLO los médicos, enfermeras y fisioterapeutas.**

Sigue por detrás →

Por favor, responde a estas preguntas **sólo si has utilizado** Medicinas Complementarias **alguna vez** en tu vida:

2.3.- ¿Por qué acudiste a Medicinas Complementarias? (puedes responder más de una opción)

- La medicina convencional no mejoraba mis síntomas
- Por los efectos secundarios de los tratamientos convencionales
- Las medicinas complementarias se ajustan más a mi filosofía de vida
- Me decepcionó el trato recibido en la medicina convencional
- Otras razones (escribelas, por favor):

2.4.- ¿Cómo conociste estas terapias? (puede responder más de una opción)

- Me las recomendó un médico
- Me las recomendó una enfermera o fisioterapeuta
- Me las recomendó un amigo, conocido o familiar
- Recibí información en la farmacia
- Recibí información en el herbolario
- Las conocí por Internet u otros medios de información (radio, televisión, revistas...)
- Otras

2.5.- ¿Tienes hermanos menores de 18 años? SI NO

¿Tienes hijos menores de 18 años? SI NO

2.6.- En cualquiera de los dos casos anteriores, ¿han usado ellos alguna vez Medicinas Complementarias o medicamentos no convencionales? SI NO

2.7.- ¿Has recibido en algún momento de tu vida algún tratamiento en balnearios o spas, rurales o urbanos? SI NO

2.8.- Y en el último año, ¿en cuántas ocasiones?:

2.9.- ¿Cuánto dinero has gastado de media al mes en consultas, terapias, tratamientos y productos de Medicinas Complementarias, durante el tiempo que las utilizaste?

- Menos de 50 euros al mes
- 50 a 100 euros al mes
- 100 a 200 euros al mes
- 200 a 300 euros al mes
- 300 a 500 euros al mes
- Más de 500 euros al mes

2.10.- ¿Has aconsejado en alguna ocasión a otras personas (familiares, conocidos, etc.) algún producto o terapia de Medicinas Complementarias? SI NO

2.11.- ¿Crees que las Medicinas Complementarias deberían ser proporcionadas o subvencionadas por la Seguridad Social? SI NO

2.12.- ¿Piensas que los profesionales sanitarios convencionales (médicos, enfermeras y fisioterapeutas de la Seguridad Social) deberían estar formados en Medicinas Complementarias? SI NO

2.13.- ¿Crees que se debería impartir formación sobre estas terapias en la carrera de Medicina? SI NO

2.14.- ¿Qué porcentaje de la población general crees que utiliza las Medicinas Complementarias?
Escribe el número aproximado:%

Pasa a la página 6. No contestes la página siguiente.

Por favor, responde a estas preguntas **sólo si NUNCA has utilizado** Medicinas Complementarias:

2.15.- ¿Por cuál de las siguientes razones no has recurrido a Medicinas Complementarias? (*puedes responder más de una opción*):

- No las conozco ni sé para qué sirven
- No las he necesitado porque he tenido buena salud o mis problemas de salud los he resuelto por otros medios
- No las creo capaces de curar enfermedades
- No me parecen seguras: pudieran tener efectos secundarios sobre la salud
- Son tratamientos que no los cubre la Seguridad Social
- Son tratamientos caros
- Otras razones (*escribelas, por favor*):

2.16.- ¿Has recibido en algún momento de tu vida algún tratamiento en balnearios o spas, rurales o urbanos?

- SI NO

2.17.- Y en el último año, ¿en cuántas ocasiones?:

2.18.- ¿Acudirías a alguna Medicina Complementaria si necesitaras, en algún momento de tu vida, mejorar tu salud?

- SI NO

2.19.- ¿Has recomendado en alguna ocasión a otras personas (familiares, conocidos, etc.) algún producto o terapia de Medicinas Complementarias?

- SI NO

2.20.- ¿Crees que las Medicinas Complementarias deberían ser proporcionadas o subvencionadas por la Seguridad Social?

- SI NO

2.21.- ¿Piensas que los profesionales sanitarios convencionales (médicos, enfermeras y fisioterapeutas de la Seguridad Social) deberían estar formados en Medicinas Complementarias?

- SI NO

2.22.- ¿Crees que se debería impartir formación sobre estas terapias en la carrera de Medicina?

- SI NO

2.23.- ¿Qué porcentaje de la población general crees que utiliza las Medicinas Complementarias?

Escribe el número aproximado:%

Sigue en la página siguiente →

3.- Datos de filiación

3.1.- Sexo: Varón Mujer

3.2.- Edad:

3.3.- Nacionalidad: Española Otra (*escribela*):

3.4.- Estado civil:

soltero casado – pareja viudo separado – divorciado

3.5.- Curso de Medicina en el que más asignaturas tienes matriculadas: 3º

4º 5º 6º

3.6.- ¿Qué especialidad escogerás si sacas un buen número en el MIR? Elígela de la lista siguiente o
escribela directamente a continuación:

Una especialidad médica (Medicina Interna, Cardiología, Geriátrica, Medicina Familiar y
Comunitaria, Pediatría, Dermatología, etc.)

Una especialidad quirúrgica (Cirugía General, Oftalmología, Vascular, Ginecología,
Traumatología, etc.)

Una especialidad de servicios centrales o diagnósticos (Anestesia, Intensivos, Preventiva,
Análisis Clínicos, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, etc.)

3.7.- ¿Contemplas la posibilidad de formarte en alguna de las Medicinas Complementarias para poderla
ejercer en el futuro? SI NO

3.8.- ¿Cuántas veces aproximadamente has acudido por motivos de salud a consulta de sanitarios
convencionales (médico, enfermera, fisioterapeuta), del centro de salud u hospital, durante los
últimos 12 meses?: Ninguna vez Entre una y cuatro veces Entre 5 y 9 veces
 Entre 10 y 15 veces Más de 15 veces

3.9.- ¿Quieres añadir algún comentario?

Te agradecemos sinceramente tus respuestas y opiniones.

Por favor, entrega la encuesta a la salida.

Muchas gracias por tu participación.

ANEXO 5: DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO.

A) Variables independientes:

1. Variables demográficas:

- a - Sexo: variable cualitativa. 1= varón, 2= mujer.
- b - Edad: variable cuantitativa, definida como la edad en años en el momento de cumplimentar el cuestionario.
- c - Nacionalidad: variable cualitativa. 1= española, 2= otra (especificar en texto).
- d - Estado civil: variable cualitativa. 1= soltero/a, 2= casado/a o en pareja, 3= viudo/a, 4= separado/a – divorciado/a.

2. Número de ocasiones que ha acudido a consultas de sanitarios convencionales en centros de salud u hospitales durante los últimos doce meses: variable cualitativa. 1= ninguna vez, 2= entre 1 y 4 veces, 3= entre 5 y 9 veces, 4= entre 10 y 15 veces, 5= mayor de 15 veces.

3. Nivel de estudios y situación laboral actual:

- a - Nivel de estudios: variable cualitativa. 1= no sabe leer ni escribir, 2= sin estudios (sabe leer y escribir), 3= Enseñanza Primaria incompleta (5 cursos de EGB, certificado de escolaridad), 4= Enseñanza Primaria completa (EGB completa, ESO, Bachiller elemental, Graduado Escolar), 5= Formación Profesional completa, Bachiller superior, BUP o COU, 6= Diplomaturas universitarias, Arquitectura Técnica o Ingeniería Técnica, 7= Licenciaturas universitarias, Arquitectura Superior o Ingeniería Superior.
- b - Situación laboral actual: variable cualitativa. 1= trabaja, 2= ama de casa, 3= estudiante, 4= en paro, 5=jubilado/a o pensionista.

Específica del cuestionario de población general:

4. Centro de salud al que está adscrito o nombre de la calle donde se encuentra: variable texto.

Específicas del cuestionario de médicos de plantilla y MIR:

- 5. Puesto que desempeña: variable cualitativa. 1= médico de plantilla del hospital (fijo, interino, suplente de larga duración), 2= médico residente en el hospital, 3= médico de plantilla de centro de salud (fijo, interino, suplente de larga duración), 4= médico residente de Medicina Familiar y Comunitaria.
- 6. Nombre de la especialidad: variable cualitativa (consignarla en texto).
- 7. ¿En qué año acabaste la carrera de Medicina?: variable cualitativa (consignarla en texto).
- 8. Año de residencia: variable cualitativa. 1= R-1, 2= R-2, 3= R-3, 4= R-4, 5= R-5.

Específicas del cuestionario de estudiantes:

- 9. Curso de Medicina en el que más asignaturas tiene matriculadas: variable cualitativa. 1= 3º, 2= 4º, 3= 5º, 4= 6º.
- 10. Intención de elegir especialidad en caso de obtener un buen número en el examen MIR: variable cualitativa. 1= una especialidad médica (Medicina Interna, Cardiología, Geriátrica, Medicina Familiar y Comunitaria, Pediatría, Dermatología, etc.), 2= especialidad quirúrgica (Cirugía General, Oftalmología, Vascular, Ginecología, Traumatología, etc.), 3= especialidad de

servicios centrales o diagnósticos (Anestesia, Intensivos, Preventiva, Análisis Clínicos, Radiodiagnóstico, Anatomía Patológica, etc.).

Específicas de los cuestionarios de médicos de plantilla y MIR y de estudiantes:

11. ¿Contemplas la posibilidad de formarte en alguna de las Medicinas Complementarias para poderla ejercer en el futuro?: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.

B) Variables dependientes:

1. Utilización de algún medicamento o producto no convencional, de parafarmacia, herbolario o supermercado, alguna vez en la vida: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
2. Relación de productos utilizados (citar hasta un máximo de ocho):
 - a - Nombre del producto: variable cualitativa (consignarla en texto).
 - b - ¿Quién se lo prescribió?: variable cualitativa. 1= un médico de la Seguridad Social, 2= un médico privado o de sociedades médicas (Asisa, Sanitas, Adeslas, etc.), 3= un terapeuta de medicinas alternativas (médico o no), 3= en la farmacia, 4= en el herbolario, 5= un amigo, conocido o familiar, 6= por iniciativa propia.
3. Conocimiento y utilización de MAC: estas variables se refieren a cada una de las 21 terapias citadas en el cuestionario:
 - a - ¿Ha oído hablar de esta terapia?: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
 - b - ¿Ha acudido a consulta de esta terapia?: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
4. Variables de las MAC a las que acudió a consulta: las variables de este apartado se refieren a cada una de las cinco posibles terapias cumplimentadas en la pregunta 2.2 del cuestionario.
 - a - Momento en el que acudió a consulta: variable cualitativa. 1= en los últimos doce meses, 2= antes de los últimos doce meses.
 - b - Tipo de dolencia o enfermedad por la que acudió: variable cualitativa (consignarla en texto).
 - c - Número de veces que acudió a la terapia durante los últimos doce meses: variable cualitativa. 1= ninguna vez, 2= 1-4 veces, 3= 5-9 veces, 4= 10-15 veces, 5= más de 15 veces.
 - d - ¿Cuánto mejoró su salud después del tratamiento?: variable cualitativa. 1= mucho, 2= bastante, 3= poco, 4= nada, 5= empeoré.
 - e - Tipo de profesional que le atendió: variable cualitativa. 1= sanitario, 2= no sanitario, 3= no lo sé.
 - f - Grado de satisfacción respecto a esta terapia: variable cualitativa. 1= muy satisfecho, 2= satisfecho, 3= indiferente, 4= insatisfecho, 5= muy insatisfecho.
5. Motivación para el empleo de MAC:
 - a - ¿Por qué acudió a Medicinas Complementarias?: variable cualitativa. 1= la medicina convencional no mejoraba mis síntomas, 2= por los efectos secundarios de los

tratamientos convencionales, 3= las medicinas alternativas se ajustan más a mi filosofía de vida, 4= me decepcionó el trato recibido en la medicina convencional, 5= otras razones (especificar en texto).

- b - ¿Cómo conoció estas terapias?: variable cualitativa. 1= me las recomendó un médico, 2= me las recomendó una enfermera o fisioterapeuta, 3= me las recomendó un amigo, conocido o familiar, 4= recibí información en la farmacia, 5= recibí información en el herbolario, 6= las conocí por Internet u otros medios de información (radio, televisión, revistas), 7= otras.
 - c - Hijos menores de 18 años: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
 - d - Hermanos menores de 18 años: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
 - e - Si tiene usted hijos o hermanos menores de edad, ¿han usado ellos alguna vez Medicinas Complementarias o medicamentos no convencionales?: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
 - f - ¿Cuánto dinero ha gastado al mes de media en consultas, terapias, tratamientos y productos de medicinas complementarias, durante el tiempo que las usó?: variable cualitativa. 1= <50 euros al mes, 2= 50-100 euros al mes, 3= 200-300 euros al mes, 4= >300 euros al mes.
6. Motivación para no emplear MAC:
- a - ¿Por cuál de las siguientes razones no ha recurrido a Medicinas Complementarias?: variable cualitativa. 1= no las conozco ni sé para qué sirven, 2= no las he necesitado porque he tenido buena salud o mis problemas de salud los he resuelto por otros medios, 3= no las creo capaces de curar enfermedades, 4= no me parecen seguras: pudieran tener efectos secundarios sobre la salud, 5= son tratamientos que no los cubre la Seguridad Social, 6= son tratamientos caros, 7= otras razones (consignar en texto).
 - b - ¿Acudiría a alguna Medicina Complementaria si necesitara en algún momento de su vida mejorar su salud?: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
7. Utilización de balnearios o spas:
- a - ¿Ha recibido alguna vez en su vida algún tratamiento en balnearios o spas, rurales o urbanos?: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
 - b - Número de ocasiones de uso de balnearios o spas en el último año: variable cuantitativa.
8. Variables de opinión sobre las MAC:
- a - ¿Ha aconsejado en alguna ocasión a otras personas algún producto o terapia de Medicinas Complementarias?: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
 - b - ¿Cree que las Medicinas Complementarias deberían ser proporcionadas o subvencionadas por la Seguridad Social?: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
 - c - ¿Piensa que los profesionales sanitarios convencionales deberían estar formados en Medicinas Complementarias?: variable cualitativa. 1= sí, 2= no.
 - d - ¿Qué porcentaje de la población general cree que utiliza las Medicinas Complementarias?: variable cuantitativa.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ World Health Organization. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional: 2002-2005 [internet]. Ginebra: World Health Organization; 2002 [acceso 14 enero 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js2299s/>
- ² Peregrín Gutiérrez F. El imparable auge de las medicinas alternativas y complementarias (I) *Jano*. 2005;69:53-4
- ³ Ernst E et al. Complementary medicine - a definition. *Br J Gen Pract*. 1995 September; 45(398): 506
- ⁴ World Health Organization. The Promotion and Development of Traditional Medicine. Report of a WHO meeting. World Health Organization Technical Report Series 622 [internet]. Ginebra: World Health Organization, 1978 [acceso 13 enero 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s7147e/s7147e.pdf>
- ⁵ World Health Organization. Traditional medicine programme. Executive Board Resolution EB63.R4 [internet]. Ginebra: World Health Organization, 1979 [acceso 14 enero 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/eb63r4.pdf>
- ⁶ World Health Organization. Promotion and development of training and research in traditional medicine. Thirteenth World Health Assembly Resolution WHA30.49 [internet]. Ginebra: World Health Organization, 1977 [acceso 14 enero 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/wha3049.pdf>
- ⁷ World Health Organization. Guidelines for Training Traditional Health Practitioners in Primary Health Care [internet]. Ginebra: World Health Organization; 1995 [acceso 14 enero 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2940e/>
- ⁸ World Health Organization. Safety issues in the preparation of homeopathic medicines [internet]. Ginebra: World Health Organization, 2010 [acceso 14 enero 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js16769e/>
- ⁹ World Health Organization. WHO Guidelines on good manufacturing practices (GMP) for herbal medicines [internet]. Ginebra: World Health Organization, 2007 [acceso 14 enero 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/m/abstract/Js14215e/>
- ¹⁰ World Health Organization. Guidelines on developing consumer information on proper use of traditional, complementary and alternative medicine [internet]. Ginebra: World Health Organization, 2004 [acceso 14 enero 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Js5525e/>
- ¹¹ World Health Organization. Declaración de Beijing [internet]. Ginebra: World Health Organization; 2008 [acceso 14 enero 2011]. Disponible en: http://www.who.int/medicines/areas/traditional/TRM_BeijingDeclarationSP.pdf
- ¹² World Health Organization. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional [internet]. Ginebra: World Health Organization; 2000 [acceso 13 enero 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>
- ¹³ World Health Organization [Sede Web]. Ginebra: World Health Organization; 2011 [acceso 14 enero 2011]. WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine [5 pantallas]. Disponible en: <http://www.who.int/medicines/areas/traditional/collabcentres/en/index.html>
- ¹⁴ Cosminsky, S. Medical pluralism in Mesoamerica. En: *Heritage of Conquest, Thirty Years Later*, C. Kendall, J. Hawkins, and L. Bossen, eds. Albuquerque: University of New Mexico Press; 1983.
- ¹⁵ López Piñero JM. Breve historia de la Medicina. Madrid: Alianza Editorial; 2000.
- ¹⁶ Wade C, Chao M, Kronenberg F, Cushman L, Kalmuss D: Medical pluralism among American women: results of a national survey. *J Womens Health* 2008, 17:829-840.

- 17 National Center for Complementary and Alternative Medicine. National Institutes of Health [Sede Web]. Bethesda, U.S. Department of Health and Human Services; 2010 [actualización: noviembre 2010; acceso: 13 enero 2011]. What is CAM? Disponible en: <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>
- 18 Organización Médica Colegial. Medicinas alternativas y terapias médicas no convencionales. Serie de documentos especiales OMC. Documento XII [internet]. Madrid: Organización Médica Colegial; 2004 [acceso 13 enero 2011]. Disponible en: http://www.cgcom.org/sites/default/files/medicinas_alternativas.pdf
- 19 Kotsirilos V. Complementary and alternative medicine. Part 1 – what does it all mean? Aust Fam Physician. 2005 Jul;34(7):595-7
- 20 Martín Moreno JM, Góngora Maldonado F, Yáñez Cadena D, Miguélez Hernández C, González Enríquez J. Medicinas Alternativas: descripción general. Informe técnico de la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2000.
- 21 PubMed [base de datos en Internet]. Bethesda: National Library of Medicine; 1966- [acceso 7 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?term=COMPLEMENTARY%20THERAPIES>
- 22 Institute for Complementary and Natural Medicine [Sede Web]. Londres: Institute for Complementary and Natural Medicine; 2010 [acceso 15 enero 2011]. Glossary of Complementary Medicine [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.i-c-m.org.uk/education/glossary>
- 23 Caminal J, Rodríguez N, Molina JL, Grupo de investigación en MCA. Las medicinas complementarias y alternativas y su contribución al sistema sociosanitario: el qué, el porqué y el cómo. Aten Primaria. 2006;38(7):409-12
- 24 Comelles JM. La utopía de la atención integral en salud. Autoatención, práctica médica y asistencia primaria. Revisión en Salud Pública 1993;3:169-192.
- 25 Menéndez EL. Antropología médica, Orientaciones, desigualdades y transacciones. México, Cuadernos de la Casa Chata, 179. 1990.
- 26 Granero Xiberta J. Diferencias en los conceptos de salud y enfermedad en la medicina oficial y en las no convencionales. Humanitas, Humanidades Médicas 2003; 1 (2):115-124. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.html
- 27 Panadero Díaz M. Del pluralismo médico a la profesionalización de la medicina. Anduli - Revista Andaluza de Ciencias Sociales 2006;5:32
- 28 Panadero Díaz M. Una visión de la postmodernidad: las medicinas alternativas y el cambio cultural [Internet]. Sevilla: Junta de Andalucía, Consejería de la Presidencia, Centro de Estudios Andaluces; 2005 [acceso 7 marzo 2011]. Disponible en: http://public.centrodeestudiosandaluces.es/pdfs/cult_9.pdf
- 29 Nahin RL, Dahlhamer JM, Stussman BJ. Health need and the use of alternative medicine among adults who do not use conventional medicine. BMC Health Serv Res 2010;10:220.
- 30 Boon H et al. The use of complementary/alternative medicine by breast cancer survivors in Ontario: prevalence and perceptions. Journal of Clinical Oncology 2000;18:2515-2521
- 31 Risberg T et al. Why are cancer patients using non-proven complementary therapies? A cross-sectional multicentre study in Norway. European Journal of Cancer 1997;33:575-580
- 32 Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study. JAMA 1998;279:1548-1553
- 33 Richardson J. What patients expect from complementary therapy: a qualitative study. Am J Public Health 2004;94:1049-53

- ³⁴ Ballvé Moreno JL. ¿Quién utiliza las Medicinas No Convencionales y por qué? *Humanitas, Humanidades Médicas* 2003;1(2):31-40. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.html
- ³⁵ Sirois FM. Motivations for consulting complementary and alternative medicine practitioners: a comparison of consumers from 1997-8 and 2005. *BMC Complement Altern Med* 2008;8:16.
- ³⁶ Eisenberg DM, Kessler RC, Van Rompay MI, Kaptchuk TJ, Wilkey SA, Appel S, Davis RB. Perceptions about complementary therapies relative to conventional therapies among adults who use both: results from a national survey. *Ann Intern Med.* 2001 Sep 4;135(5):344-51.
- ³⁷ Robinson A, McGrail MR. Disclosure of CAM use to medical practitioners: a review of qualitative and quantitative studies. *Complement Ther Med* 2004;12:90-8.
- ³⁸ Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. Prevalence, costs, and patterns of use. *N Engl J Med* 1993 Jan 28;328(4):246-52.
- ³⁹ Haidinger G, Gredler B. Bekanntheitsgrad, Anwendungshäufigkeit und Erfolg alternativer Heilmethoden in Österreich--Ergebnisse einer Bevölkerungsbefragung [Degree of familiarity, frequency of use and success of alternative healing methods in Austria--results of a population survey] *Offentl Gesundheitswes.* 1988 Jan;50(1):9-12.
- ⁴⁰ Ernst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: A systematic review. *Bull World Health Organ* 2000; 78:252-257.
- ⁴¹ Fisher P, Ward A. Complementary Medicine in Europe. *BMJ* 1994;309:107-111
- ⁴² Vickers A. Use of complementary therapies. *BMJ* 1994 Oct 29;309(6962):1161.
- ⁴³ Paramore LC. Use of alternative therapies: estimates from the 1994 Robert Wood Johnson Foundation National Access to Care Survey. *J Pain Symptom Manage.* 1997 Feb;13(2):83-9.
- ⁴⁴ Haussermann D. Größeres Vertrauen in die natürliche Therapien [Increased confidence in natural therapies]. *Deutsches Ärzteblatt* 1997;94:1857-8.
- ⁴⁵ MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. Prevalence and cost of alternative medicine in Australia. *Lancet* 1996 Mar 2;347(9001):569-73.
- ⁴⁶ MacLennan AH, Myers SP, Taylor AW. The continuing use of complementary and alternative medicine in South Australia: costs and beliefs in 2004. *Med J Aust* 2006 Jan 2;184(1):27-31.
- ⁴⁷ Xue CC, Zhang AL, Lin V, Da CC, Story DF. Complementary and alternative medicine use in Australia: a national population-based survey. *J Altern Complement Med* 2007 Jul;13(6):643-50.
- ⁴⁸ Verhoef MJ, Russell ML, Love EJ. Alternative medicine use in rural Alberta. *Can J Public Health* 1994; 85:308-9.
- ⁴⁹ Millar WJ. Use of alternative health care practitioners by Canadians. *Can J Public Health* 1997; 88:154-8.
- ⁵⁰ Kessler RC et al. Long-term trends in the use of complementary and alternative medical therapies in the United States. *Ann Intern Med* 2001;135:262-268
- ⁵¹ Tindle HA, Davis RB, Phillips RS, Eisenberg DM. Trends in use of complementary and alternative medicine by US adults: 1997-2002. *Altern Ther Health Med* 2005 Jan;11(1):42-9.
- ⁵² Barnes PM, Bloom B, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults and children: United States, 2007. *Natl Health Stat Report* 2008 Dec 10;(12):1-23.
- ⁵³ Featherstone C, Godden D, Selvaraj S, Emslie M, Took-Zozaya M. Characteristics associated with reported CAM use in patients attending six GP practices in the Tayside and Grampian regions of Scotland: a survey. *Complement Ther Med* 2003 Sep;11(3):168-76.

- ⁵⁴ Vaskilampi T, Merilainen P, Sinkkonen S. The use of alternative treatments in the Finnish adult population. In: GT Lewith, D Aldridge, eds *Clinical research methodology for complementary therapies*. London: Hodder & Stoughton, pp204–229, 1993.
- ⁵⁵ Menniti-Ippolito F, Gargiulo L, Bologna E, Forcella C, Raschetti R. Use of unconventional medicine in Italy: a nation-wide survey. *Eur J Pharmacol* 2002;58:61-4
- ⁵⁶ Ernst E, White A. The BBC survey of complementary medicine use in the U.K. *Complement Ther Med* 2000;8:32-6
- ⁵⁷ Thomas K, Coleman P. Use of complementary or alternative medicine in a general population in Great Britain. Results from the National Omnibus survey. *J Public Health (Oxf)* 2004 Jun;26(2):152-7.
- ⁵⁸ Hunt KJ et al. Complementary and alternative medicine use in England: results from a national survey. *Int J Clin Pract*, October 2010, 64, 11, 1496–1502
- ⁵⁹ Nilsson M, Trehn G, Asplund K. Use of complementary and alternative medicine remedies in Sweden. A population-based longitudinal study within the northern Sweden MONICA Project. *Multinational Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Disease. J Intern Med* 2001 Sep;250(3):225-33.
- ⁶⁰ Nunes B, Esteves MJ. Therapeutic itineraries in rural and urban areas: a Portuguese study. *Rural Remote Health*. 2006 Jan-Mar;6(1):394.
- ⁶¹ Busato A, Donges A, Herren S, Widmer M, Marian F. Health status and health care utilisation of patients in complementary and conventional primary care in Switzerland--an observational study. *Fam Pract* 2006 Feb;23(1):116-24.
- ⁶² Menniti-Ippolito F, Bologna E, Gargiulo L, Forcella E, Sabbadini LL, Raschetti R. Caratteristiche individuali e familiari degli utilizzatori di terapie non convenzionali in Italia. *Ann Ist Super Sanita*. 2004;40(4):455-61.
- ⁶³ Watson R. Belgium is to regulate complementary medicine. *BMJ*. 1999 May 22;318(7195):1372.
- ⁶⁴ Ock SM, Choi JY, Cha YS, Lee J, Chun MS, Huh CH et al. The use of complementary and alternative medicine in a general population in South Korea: results from a national survey in 2006. *J Korean Med Sci* 2009;24(1):1-6
- ⁶⁵ Yamashita H, Tsukayama H, Sugishita C: Popularity of complementary and alternative medicine in Japan: a telephone survey. *Complement Ther Med* 2002, 10(2):84-93.
- ⁶⁶ Chong VH, Rajendran N, Wint Z. Prevalence and predictive factors for complementary and alternative medicine use in Brunei Darussalam. *Singapore Med J* 2008 Dec;49(12):1012-6.
- ⁶⁷ Lee TL. Complementary and alternative medicine, and traditional Chinese medicine: time for critical engagement. *Ann Acad Med Singapore*. 2006 Nov;35(11):749-52.
- ⁶⁸ Shaikh SH, Malik F, James H, Abdul H. *J Altern Complement Med*. 2009;15(5):545-50.
- ⁶⁹ Al-Faris EA et al. Prevalence and pattern of alternative medicine use: the results of a household survey. *Ann Saudi Med* 2008 Jan-Feb;28(1):4-10.
- ⁷⁰ Kitai E, Vinker S, Sandiuk A, Hornik O, Zeltcer C, Gaver A. Use of complementary and alternative medicine among primary care patients. *Fam Pract*. 1998 Oct;15(5):411-4.
- ⁷¹ Peltzer K. Utilization and practice of traditional/complementary/alternative medicine (TM/CAM) in South Africa. *Afr J Tradit Complement Altern Med*. 2009 Mar 7;6(2):175-85
- ⁷² Bamidele JO, Adebimpe WO, Oladele EA. Knowledge, attitude and use of alternative medical therapy amongst urban residents of Osun State, southwestern Nigeria. *Afr J Tradit Complement Altern Med*. 2009 May 7;6(3):281-8.

- ⁷³ Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: información de base. Washington, D.C; OPS; 1999. 111 p. Tab. (Salud de los pueblos indígenas, 13).
- ⁷⁴ Organización Mundial de la Salud. Traditional, Complementary and Alternative Medicines and Therapies. Washington DC, Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (grupo de trabajo OPS/OMS), 1999.
- ⁷⁵ Neto JF, Faria AA, Figueiredo MF. Medicina complementar e alternativa: utilização pela comunidade de Montes Claros, Minas Gerais. *Rev Assoc Med Bras.* 2009 May-Jun;55(3):296-301.
- ⁷⁶ Eisenberg D et al. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997: results of a follow-up National Survey. *JAMA* 1998;280:1569-1575
- ⁷⁷ Rössler W et al. The use of complementary and alternative medicine in the general population: results from a longitudinal community study. *Psychological Medicine* 2007;37:73-84.
- ⁷⁸ Shmueli A, Shuval J. Use of Complementary and Alternative Medicine in Israel: 2000 vs. 1993. *IMAJ* 2004;6:3-8
- ⁷⁹ MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. The escalating cost and prevalence of alternative medicine. *Prev Med* 2002 Aug;35(2):166-73.
- ⁸⁰ L'Homeopathie en 1993. Lyons: Syndicat National de la Pharmacie Homeopathique, 1993 (Quoting COFREMCA and IFOP public opinion surveys).
- ⁸¹ Nahin et al. Health need and the use of alternative medicine among adults who do not use conventional medicine. *BMC Health Services Research* 2010;10:220.
- ⁸² A C Nielsen survey backs homeopathy benefits. *Business Standard* [internet]. September 4, 2007 [acceso: 11 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.business-standard.com/india/news/a-c-nielsen-survey-backs-homeopathy-benefits/295891/>
- ⁸³ Thomas KJ, Nicholl JP, Coleman P. Use and expenditure on complementary medicine in England: a population based survey. *Complement Ther Med* 2001;9:2-11
- ⁸⁴ Molassiotis A et al. Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: a European survey. *Ann Oncol.* 2005 Apr;16(4):655-6
- ⁸⁵ Schäfer T, Riehle A, Wichmann HE, Ring J. Alternative medicine in allergies - prevalence, patterns of use, and costs. *Allergy.* 2002 Aug;57(8):694-700.
- ⁸⁶ Artus M, Croft P, Lewis M. The use of CAM and conventional treatments among primary care consulters with chronic musculoskeletal pain. *BMC Family Practice* 2007, 8:26
- ⁸⁷ Herman CJ, Allen P, Hunt WC, Prasad A, Brady TJ. Use of complementary therapies among primary care clinic patients with arthritis. *Prev Chronic Dis* [internet] 2004 Oct [acceso: 10 marzo 2011]. Disponible en: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2004/oct/03_0036.htm
- ⁸⁸ Cardini et al.: The use of complementary and alternative medicine by women experiencing menopausal symptoms in Bologna. *BMC Women's Health* 2010 10:7.
- ⁸⁹ Coulson C, Jenkins J. Complementary and alternative medicine utilisation in NHS and private clinic settings: a United Kingdom survey of 400 infertility patients. *Journal of Experimental & Clinical Assisted Reproduction* 2005, 2:5
- ⁹⁰ Schieman C, Rudmik LR, Dixon E, Sutherland F, Bathe OF. Complementary and alternative medicine use among general surgery, hepatobiliary surgery and surgical oncology patients. *Can J Surg.* 2009 Oct;52(5):422-6.

- ⁹¹ King AR, Russett FS, Generali JA, Grauer DW. Evaluation and implications of natural product use in preoperative patients: a retrospective review. *BMC Complement Altern Med*. 2009 Oct 13;9:38.
- ⁹² Kav T. Use of complementary and alternative medicine: a survey in Turkish gastroenterology patients. *BMC Complement Altern Med*. 2009 Oct 26;9:41.
- ⁹³ Van Tilburg MA, Palsson OS, Levy RL, Feld AD, Turner MJ, Drossman DA, Whitehead WE. Complementary and alternative medicine use and cost in functional bowel disorders: a six month prospective study in a large HMO. *BMC Complement Altern Med*. 2008 Jul 24;8:46.
- ⁹⁴ Eze BI, Chuka-Okosa CM, Uche JN. Traditional eye medicine use by newly presenting ophthalmic patients to a teaching hospital in south-eastern Nigeria: socio-demographic and clinical correlates. *BMC Complement Altern Med*. 2009 Oct 24;9:40.
- ⁹⁵ Khoury R, Cross JM, Girkin CA, Owsley C, McGwin G Jr. The association between self-reported glaucoma and ginkgo biloba use. *J Glaucoma*. 2009 Sep;18(7):543-5.
- ⁹⁶ Woodward AT et al. Complementary and alternative medicine for mental disorders among African Americans, black Caribbeans, and whites. *Psychiatr Serv*. 2009 Oct;60(10):1342-9.
- ⁹⁷ Niv N, Shatkin JP, Hamilton AB, Unützer J, Klap R, Young AS. The use of herbal medications and dietary supplements by people with mental illness. *Community Ment Health J*. 2010 Dec;46(6):563-9.
- ⁹⁸ Leung YW, Tamim H, Stewart DE, Arthur HM, Grace SL. The prevalence and correlates of mind-body therapy practices in patients with acute coronary syndrome. *Complement Ther Med*. 2008 Oct;16(5):254-61.
- ⁹⁹ Greenfield S, Pattison H, Jolly K. Use of complementary and alternative medicine and self-tests by coronary heart disease patients. *BMC Complement Altern Med*. 2008 Aug 4;8:47.
- ¹⁰⁰ Bertisch SM, Wee CC, McCarthy EP. Use of complementary and alternative therapies by overweight and obese adults. *Obesity (Silver Spring)*. 2008 Jul;16(7):1610-5.
- ¹⁰¹ Abadoglu O, Cakmak E, Kuzucu Demir S. The view of patients with asthma or chronic obstructive pulmonary disease (COPD) on complementary and alternative medicine. *Allergol Immunopathol (Madr)* 2008 Jan-Feb;36(1):21-5.
- ¹⁰² Sood A et al. Use of complementary and alternative medicine treatments by patients with obstructive sleep apnea hypopnea syndrome. *J Clin Sleep Med*. 2007 Oct 15;3(6):575-9.
- ¹⁰³ Fryze W, Mirowska-Guzel D, Wiszniewska M, rda-Ledzion L, Czlonkowski A, Czlonkowska A. Alternative methods of treatment used by multiple sclerosis patients in Poland. *Neurol Neurochir Pol* 2006 Sep;40(5):386-90.
- ¹⁰⁴ Soo I, Mah JK, Barlow K, Hamiwka L, Wirrell E. Use of complementary and alternative medical therapies in a pediatric neurology clinic. *Can J Neurol Sci*. 2005 Nov;32(4):524-8.
- ¹⁰⁵ Schwarz S, Knorr C, Geiger H, Flachenecker P. Complementary and alternative medicine for multiple sclerosis. *Mult Scler*. 2008 Sep;14(8):1113-9.
- ¹⁰⁶ Hensel M, Zoz M, Ho AD. Complementary and alternative medicine in patients with chronic lymphocytic leukemia. *Support Care Cancer*. 2008 May 6.
- ¹⁰⁷ Homeopathic and Anthroposophic Medicine in Europe: Facts and Figures. ECHAMP (European Coalition on Homeopathic and Anthroposophic Medicinal Products). Bruselas, 2ª edición. 2007.
- ¹⁰⁸ Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo. Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices. Background Note by the UNCTAD Secretariat.

- Ginebra, Conferencias de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, 2000 (documento de referencia TD/B/COM.1/EM.13/2).
- ¹⁰⁹ Barnes PM, Powell-Griner E, McFann K, Nahin RL. Complementary and alternative medicine use among adults: United States, 2002. *Adv Data* 2004 May 27;(343):1-19.
- ¹¹⁰ World Health Organization. National policy on traditional medicine and regulation of herbal medicines [internet]. Ginebra: World Health Organization, 2005 [acceso 27 enero 2011]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s7916e/s7916e.pdf>
- ¹¹¹ Informe del Consejo de Europa sobre la situación de las medicinas no convencionales en Europa [Internet]. 11 junio 1999 [acceso 14 marzo 2011]. Organización Médica Colegial. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos. Disponible en: http://www.cgcom.org/europa_al_dia/1999/25
- ¹¹² Thomas KJ, Nicholl JP, Fall M. Access to complementary medicine via general practice. *Br J Gen Pract* 2001;51:25-30
- ¹¹³ Thomas KJ, Coleman P, Nicholl JP. Trends in access to complementary or alternative medicines via primary care in England: 1995-2001. Results from a follow-up national survey. *Family Practice* 2003;20:575-577
- ¹¹⁴ Zollman C, Vickers A. ABC of complementary medicine. Users and practitioners of complementary medicine. *BMJ* 1999 Sep 25;319(7213):836-8.
- ¹¹⁵ Busato A, Eichenberger R, Künzi B. Extent and structure of health insurance expenditures for complementary and alternative medicine in Swiss primary care. *BMC Health Serv Res* 2006 Oct 11;6:132.
- ¹¹⁶ Studer HP, Busato A. Ist ärztliche Komplementärmedizin wirtschaftlich? Die wichtigsten Ergebnisse des Programms Evaluation Komplementärmedizin (PEK). *Schweizer Ärztezeitung* 2010;18:707-11
- ¹¹⁷ European Committee for Homeopathy. Switzerland embeds CAM in constitution. *ECH news*. Spring 2009:2
- ¹¹⁸ Prasad R. Homoeopathy booming in India. *Lancet* 2007 Nov 17;370(9600):1679-80.
- ¹¹⁹ Tuffs A. Three out of four Germans have used complementary or natural remedies. *BMJ*. 2002 November 2; 325(7371): 990.
- ¹²⁰ Joos S, Rosemann T, Szecsenyi J, Hahn EG, Willich SN, Brinkhaus B. Use of complementary and alternative medicine in Germany – a survey of patients with inflammatory bowel disease. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2006, 6:19
- ¹²¹ Joos S, Musselmann B, Miksch A, Rosemann T, Szecsenyi J. The role of complementary and alternative medicine (CAM) in Germany - a focus group study of GPs. *BMC Health Serv Res*. 2008 Jun 12;8:127.
- ¹²² Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; noviembre 2010 [acceso 27 enero 2011]. Encuesta Europea de Salud en España 2009 [3 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p420&file=inebase&L=0>
- ¹²³ Comunidad de Madrid. Encuesta regional de Salud 2007 [Internet]. Portal de Salud de la Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad 2008 [acceso 14 marzo 2011]. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142341580032&language=es&pageid=1156329914003&pagename=PortalSalud%2FPTSA_Generico_FA%2FPTSA_pintarGenerico&vest=1156329914003
- ¹²⁴ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 1994 [Internet]. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut 1996 [acceso 14 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir3598/ensalut1994.html>

- ¹²⁵ Brugulat P et al. Encuesta de Salud de Cataluña. Percepción de la salud, utilización y satisfacción con los servicios asistenciales desde la perspectiva de los ciudadanos. *Med Clin (Barc)*. 2003;121 Suppl 1:122-7.
- ¹²⁶ Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Enquesta de salut de Catalunya 2006 [Internet]. Generalitat de Catalunya. Servei Català de la Salut 2007 [acceso 14 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/plasalut/doc32868.html>
- ¹²⁷ FISCAM - Área del Observatorio de Salud de la Fundación para la Investigación Sanitaria en Castilla-La Mancha. Encuesta de Salud de Castilla-La Mancha 2006 [Internet]. Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Consejería de Sanidad y Bienestar Social, 2006 [acceso 15 marzo 2011]. Disponible en: <http://pagina.jccm.es/sanidad/FISCAM/ensa06/ensa06.html>
- ¹²⁸ Alfonso Gil R et al. Encuesta de Salud de la Comunidad Valenciana 2000-2001 [Internet]. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Valencia, 2002 [acceso 15 marzo 2011]. Disponible en: http://www.san.gva.es/docs/encuesta/8escv00_01.pdf
- ¹²⁹ Instituto Canario de Estadística. Encuesta de Salud de Canarias 2004 [internet]. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias [acceso 15 marzo 2011]. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=f916d23a-4411-11e0-be01-71b0882b892e&idCarpeta=970850a9-b98f-11de-ae50-15aa3b9230b7>
- ¹³⁰ Instituto Canario de Estadística. Encuesta de Salud de Canarias 2009 [internet]. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias [acceso 15 marzo 2011]. Disponible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=a900df0c-082a-11e0-a822-57ec4778ee0a&idCarpeta=970850a9-b98f-11de-ae50-15aa3b9230b7>
- ¹³¹ Dirección General de Salud Pública. Encuesta de Salud para Asturias. Análisis global. Año 2002 [internet]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. Noviembre 2003 [acceso 15 marzo 2011]. Disponible en: http://www.asturias.es/Asturias/ARTICULOS/Temas/Salud/Encuestas%20de%20salud/Archivos/ESA_2002.pdf
- ¹³² Díaz Olalla JM, Esteban Peña M, Pérez Álvarez MT, Rivero García A, González Ahedo MJ, Galván Romo J. Utilización y consumo de terapias alternativas en la ciudad de Madrid. Comunicación al XVI Congreso de la Sociedad Madrileña de Medicina de Familia y Comunitaria. Madrid, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 20 abril 2007.
- ¹³³ Organización de Consumidores y Usuarios – OCU. Las terapias paralelas y la medicina clásica. *OCU-Compra Maestra*. Octubre 1991;134:24-9.
- ¹³⁴ Martínez Pecino F. Situación actual de las Terapias No Convencionales en Andalucía [internet]. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía y Escuela Andaluza de Salud Pública; 2005 [acceso 20 enero 2011]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/servicios/contenidos/nuevaaetsa/up/seminario%20TNC%201%201_def.pdf
- ¹³⁵ Parlamento de Andalucía. Proposición no de Ley en Pleno 5-99/PNLP-07094, relativa a medicinas complementarias en Andalucía, presentada por el G.P. Socialista. *Boletín Oficial del Parlamento de Andalucía*. Quinta legislatura. 23 julio 1999. 349: 20463.
- ¹³⁶ Altuzarra Martínez J. Perfil sociosanitario de la población balnearia beneficiaria del programa de termalismo social del balneario de Tus (Albacete). [Tesis doctoral]. Universidad Complutense; Madrid, 1997.

- ¹³⁷ Carretero Ares JL, Ruiz Blanco A, Yagüe Encinas E, Pérez Martín RN. Medicina alternativa frente a medicina científica en un área básica de salud. ¿Un fenómeno emergente? *Med Clin (Barc)* 2001;117:439.
- ¹³⁸ Reoyo Jiménez A, Muñoz García G, Murria Hurtado M, Nogales Escoriza R, Ortega Vázquez I. Utilización de medicinas alternativas en la Comunidad de Madrid. *MG Medicina General* 2006;82:82-7.
- ¹³⁹ Observatorio de las Terapias Naturales. Presentación del primer estudio sobre uso y hábitos de consumo de las TN en España [internet]. Madrid: COFENAT, CONAMAT y TENACAT; mayo 2008 [acceso 20 enero 2011]. Disponible en: http://www.cofenat.es/_pdf/observatorio_2009.pdf
- ¹⁴⁰ Gol-Freixa JM. Las medicinas no convencionales en España. *Humanitas, Humanidades Médicas* 2003;1(2):135-40. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.html
- ¹⁴¹ Sabes Turmo F. La radio y la televisión local en el marco del sistema audiovisual aragonés. [Tesis doctoral]. Universidad Autónoma de Barcelona, 2002.
- ¹⁴² García-Planella E. Utilización de medicinas alternativas y consumo de drogas por pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal. *Med Clin (Barc)*. 2007 Jan 20;128(2):45-8.
- ¹⁴³ Devesa Jordà F et al. Persistencia de una práctica de medicina mágico-religiosa para la cura del empacho entre los enfermos que acuden a consultas externas de digestivo. *Gastroenterol Hepatol*. 2005 May;28(5):267-74.
- ¹⁴⁴ Junyent Priu M, Camp Herrero J, Fernández Solà J. Utilización de la medicina alternativa y complementaria en la fibromialgia. *Med Clin (Barc)*. 2005 Mar 19;124(10):397.
- ¹⁴⁵ Bruguera M, Barrera JM, Ampurdanés S, Fornés X, Sánchez Tapias JM. Utilización de las medicinas alternativas y complementarias por los pacientes con hepatitis C crónica. *Med Clin (Barc)*. 2004 Mar 13;122(9):334-5.
- ¹⁴⁶ Bassols A, Bosch F, Campillo M, Baños JE. El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. *Gac Sanit*. 2003 Mar-Apr;17(2):97-107.
- ¹⁴⁷ Vacas Rodilla E et al. Automedicación y ancianos. La realidad de un botiquín casero. *Aten Primaria*. 2009;41:269-74.
- ¹⁴⁸ Sanfélix Genovés J, Palop Larrea V, Rubio Gomis E, Martínez-Mir I. Consumo de hierbas medicinales y medicamentos. *Aten Primaria*. 2001 Sep 30;28(5):311-4
- ¹⁴⁹ Gri E. Consumo de medicamentos y remedios naturales en la población anciana de un área rural. *Aten Primaria* 1999; 23: 455-60
- ¹⁵⁰ Devesa Jordà F et al. Consumo de hierbas medicinales en los pacientes de consultas externas de digestivo. *Gastroenterol Hepatol*. 2004 Apr;27(4):244-9.
- ¹⁵¹ Valencia Orgaz O, Orts Castro A, Castells Armenter MV, Pérez-Cerdá Silvestre F. La evaluación preoperatoria del uso de plantas medicinales durante la entrevistas pre-anestésicas. *Rev Esp Anestesiología Reanim*. 2005 Oct;52(8):453-8.
- ¹⁵² Baulies Romero MG, López AM, García AM, Gómez IR. ¿Qué pasa con las plantas medicinales? *Aten Primaria*. 2009 Oct;41(10):58
- ¹⁵³ INFITO – Centro de investigación sobre fitoterapia. Estudio INFITO sobre el consumo de plantas medicinales en España 2007 [internet]. INFITO, enero 2007 [acceso 16 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.fitoterapia.net/img/pdf/infito-estudio-consumo-2007.pdf>

- ¹⁵⁴ Fundación Salud y Naturaleza. Libro Blanco de los herbolarios y las plantas medicinales [internet]. Fundación Salud y Naturaleza S.N., Soria. 2007 [acceso 16 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.fitoterapia.net/biblioteca/pdf/260307libro.pdf>
- ¹⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; abril 2005 [acceso 27 enero 2011]. Encuesta Nacional de Salud 2003 [3 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>
- ¹⁵⁶ Instituto Nacional de Estadística [Sede Web]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; marzo 2008 [acceso 27 enero 2011]. Encuesta Nacional de Salud 2006 [3 pantallas]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=/t15/p419&file=inebase&L=0>
- ¹⁵⁷ Instituto Nacional de Estadística. Encuesta Regional de Salud de Castilla y León 2003. Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad y Junta de Castilla y León. Madrid, 2006. [acceso 14 abril 2011]. Disponible en: <http://www.fqscyl.es/sanidad/cm/gallery/ENCUESTA%20REGIONAL%20DE%20SALUD%202003/Inicio.html>
- ¹⁵⁸ Departamento de Salud del Gobierno de Navarra. Servicio de Docencia y Desarrollo Sanitario. Encuesta Nacional de Salud 2006 Navarra [Internet]. Departamento de Salud, Gobierno de Navarra. Junio 2010 [acceso: 15 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/A039A7AE-67AD-43B8-88EF-04294B6B1406/166527/InformeENS2010Navarra1.pdf>
- ¹⁵⁹ Instituto Nacional de Estadística. Centro Regional de Estadística de Murcia. Encuesta Nacional de Salud 2006 de la Región de Murcia [Internet]. Consejería de Sanidad. Comunidad Autónoma de la Región de Murcia [acceso 15 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.carm.es/econet/sicrem/PU1245/>
- ¹⁶⁰ Margolles M, Donate I. Fármacos consumidos. Encuesta de Salud para Asturias 2008. Informe breve nº 26 [Internet]. Dirección General de Salud Pública y Participación. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. Abril 2010 [acceso 15 marzo 2011]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Encuesta%202008:%20Informes%20breves/ESAIB_26.pdf
- ¹⁶¹ Dirección General de Salud Pública y Participación. Encuesta de Salud Infantil en Asturias 2009 [internet]. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias. Octubre 2010 [acceso 15 marzo 2011]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/Informe%20final%20ESIA09.pdf
- ¹⁶² Direcció General de Salut Pública i Participació. Enquesta de Salut de les Illes Balears 2007 [internet]. Conselleria de Salut i Consum. Govern de les Illes Balears [acceso 15 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/contenido.do?mkey=M10011108173411152056&lang=CA&cont=15865>
- ¹⁶³ Vas J et al. Acupuncture as a complementary therapy to the pharmacological treatment of osteoarthritis of the knee: randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329:1216-9
- ¹⁶⁴ Servicio Andaluz de Salud. Noticias. Salud incorporará la acupuntura para el tratamiento del dolor articular [internet]. Junta de Andalucía, Consejería de Salud, Servicio Andaluz de Salud. 12 diciembre 2005 [acceso 16 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/noticia.asp?codcontenido=3099#>
- ¹⁶⁵ Remon Masip J, Lianes Barragán P. Medicinas complementarias en oncología. *Aten Primaria*. 2007;39:5-6.

- ¹⁶⁶ Carrión C. Acupuntura de bata blanca. Una terapia que funciona [internet]. XL Semanal 1079; 29 junio al 5 julio 2008 [acceso 16 marzo 2011]. Disponible en:
http://xlsemanal.finanzas.com/web/articulo.php?id=44478&id_edicion=3227
- ¹⁶⁷ Alonso MJ, Albarracín G, Caminal J, Rodríguez N, Grupo de investigación en MCA. Práctica y productos terapéuticos en medicinas complementarias y alternativas, ¿mercado regulado o mercado libre? Aten Primaria. 2008;40(11):571-5
- ¹⁶⁸ Sánchez Guijo P. Reflexiones sobre las medicinas no convencionales. Anales de la Real Academia de Medicina (Madrid). 2006; CXXIII (cuaderno segundo):461-74
- ¹⁶⁹ Galán Cortés JL. Responsabilidad profesional en la medicina alternativa y complementaria. Humanitas, Humanidades Médicas 2003;1(2):157-62. Disponible en: http://www.fundacionmhm.org/fondo_editorial.html
- ¹⁷⁰ El Parlamento Europeo estudiará una propuesta de regulación de la Medicina Natural en España [Internet]. Revista Natural. Invierno 2004 [acceso 8 marzo 2011]. Disponible en:
<http://www.revistanatural.com/noticia.asp?id=209>
- ¹⁷¹ FENACO. El Gobierno estudia la incorporación de las terapias alternativas al Sistema Nacional de Salud. Revista Natural. Verano 2004 [acceso 8 marzo 2011]. Disponible en:
<http://www.revistanatural.com/noticia.asp?id=512>
- ¹⁷² Generalitat de Catalunya. Departamento de Salud. Decreto 31/2007, de 30 de enero por el que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales. Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya, núm. 4812 – 1.2.2007, 3758-65.
- ¹⁷³ De Santiago G. Sanidad recurre el decreto catalán de terapias naturales. Diario Médico, 4 julio 2007 [acceso 8 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2007/07/04/area-profesional/normativa/sanidad-recurre-el-decreto-catalan-de-terapias-naturales>
- ¹⁷⁴ Agencia EFE. El TSJC anula el decreto de terapias naturales de la Generalitat. La Vanguardia. Viernes, 12 Junio 2009:34.
- ¹⁷⁵ Juárez, JM. Ministerio y CCAA formarán un grupo de estudio sobre las terapias naturales. Diario Médico, 12 diciembre 2007 [acceso 8 marzo 2011]. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2007/12/12/area-profesional/sanidad/ministerio-y-ccaa-formaran-un-grupo-de-estudio-sobre-las-terapias-naturales>
- ¹⁷⁶ Hidalgo, P. Medicinas Alternativas y terapias médicas no convencionales. Serie Documentos Especiales OMC. Documento XII. Organización Médica Colegial, diciembre 2004.
- ¹⁷⁷ Organización Médica Colegial. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [sede web]. Madrid, 2008 [acceso 8 marzo 2011]. Comisiones de trabajo [3 pantallas]. Disponible en: <http://www.cgcom.org/comisiones>
- ¹⁷⁸ Mantero de Aspe M. El ejercicio médico de la homeopatía en España a finales del siglo XX (análisis médico-legal). [Tesis doctoral]. Universidad Complutense; Madrid, 2000.
- ¹⁷⁹ Redacción. El Congreso reclama que la homeopatía la realicen sólo los médicos. Diario Médico, jueves 1 octubre 2009. Disponible en: <http://www.diariomedico.com/2009/10/01/area-profesional/profesion/el-congreso-reclama-que-la-homeopatia-la-realicen-solo-medicos>
- ¹⁸⁰ Organización Médica Colegial. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos [sede web]. Madrid, 18 diciembre 2009 [acceso 8 marzo 2011]. Comunicado de la OMC sobre el reconocimiento del ejercicio de la homeopatía como acto médico [3 pantallas]. Disponible en:
http://www.cgcom.org/noticias/2009/12/09_12_18_homeopat%C3%ADa

- ¹⁸¹ Astin JA, Marie A, Pelletier KR, Hansen E, Haskell WL. A review of the incorporation of complementary and alternative medicine by mainstream physicians. *Arch Intern Med*. 1998 Nov 23;158(21):2303-10.
- ¹⁸² Sikand A, Laken M. Pediatricians' experience with and attitudes toward complementary/alternative medicine. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998 Nov;152(11):1059-64.
- ¹⁸³ Sawni A, Thomas R. Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding Complementary/Alternative Medicine: a national survey. *BMC Complement Altern Med*. 2007 Jun 4;7:18.
- ¹⁸⁴ Vickers A, Zollman C. ABC of Complementary Medicine: the manipulative therapies—osteopathy and chiropractic. *BMJ* 1999;319:1176–9.
- ¹⁸⁵ Board of Science and Education, British Medical Association. *Acupuncture: efficacy, safety and practice*. Amsterdam: Harwood Academic, 2000.
- ¹⁸⁶ NIH consensus conference. *Acupuncture*. *JAMA* 1998;280:1518–24.
- ¹⁸⁷ Münstedt K, Harren H, Georgi R, Hackethal A. Complementary and Alternative Medicine: Comparison of Current Knowledge, Attitudes and Interest among German Medical Students and Doctors. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2008
- ¹⁸⁸ Forcades T, Caminal J, Rodríguez N, Gutiérrez T. Grupo de investigación en MAC. Efecto placebo frente a efecto terapéutico en la práctica clínica y medicinas complementarias y alternativas. *Aten Primaria*. 2007;39:99-102
- ¹⁸⁹ Urios C, Caminal J, Rodríguez N, Puigpelat F. Grupo de investigación en MAC. Estrategias regulativas para las medicinas complementarias y alternativas: hacia un modelo de entendimiento de prácticas de salud. *Aten Primaria*. 2006;38:574-6.
- ¹⁹⁰ Borrell i Carrió F. Medicinas complementarias y alternativas: algunas reflexiones desde la bioética. *Aten Primaria*. 2005;35:311-3
- ¹⁹¹ Madridejos Mora R, Amado Guirado E. Hierbas medicinales. *FMC. Form Med Contin Aten Prim*. 2008;15:384-5.
- ¹⁹² Llor Vilà JL, Manresa Font A, Nogués Orpí I. *Medicina Natural basada en l'evidència*. Barcelona; Societat catalana de medicina familiar i comunitària, 2007.
- ¹⁹³ Fundación Sauce [sede web]. Madrid, 2003 [acceso 16 marzo 2011]. Calendario de los cursos de Reiki [3 pantallas]. Disponible en: http://www.cursos-tratamientos-reiki-madrid.com/cursos_de_reiki_agenda.htm
- ¹⁹⁴ Kerridge, J. McPhee. Ethical and legal issues at the interface of complementary medicine and conventional medicine. *Med J Aust* 2004;181:164–6.
- ¹⁹⁵ Zollman C, Vickers A. What is complementary medicine? *BMJ* 1999 Sep 11;319(7211):693-6.
- ¹⁹⁶ Vickers A. Recent advances: complementary medicine. *BMJ*. 2000 Sep 16;321(7262):683-6
- ¹⁹⁷ Wetzel MS, Eisenberg DM, Kaptchuk TJ. Courses involving complementary and alternative medicine at US medical schools. *JAMA*. 1998 Sep 2;280(9):784-7.
- ¹⁹⁸ National Center for Complementary and Alternative Medicine [Sede Web]. Bethesda, Maryland: National Institutes of Health; abril 2010 [acceso 18 marzo 2011]. Complementary and Alternative Medicine Funding by NIH Institute/Center [6 pantallas]. Disponible en: http://nccam.nih.gov/about/budget/institute-center_archive.htm
- ¹⁹⁹ Rhee SM, Garg VK, Hershey CO. Use of complementary and alternative medicines by ambulatory patients. *Arch Intern Med* 2004 May 10;164(9):1004-9.

- ²⁰⁰ Kelly JP, Kaufman DW, Kelley K, Rosenberg L, Anderson TE, Mitchell AA. Recent trends in use of herbal and other natural products. *Arch Intern Med* 2005 Feb 14;165(3):281-6.
- ²⁰¹ Wilson KM, Klein JD, Sesselberg TS, Yussman SM, Markow DB, Green AE, et al. Use of complementary medicine and dietary supplements among U.S. adolescents. *J Adolesc Health* 2006 Apr;38(4):385-94.
- ²⁰² Conboy L, Patel S, Kaptchuk TJ, Gottlieb B, Eisenberg D, Cevedo-Garcia D. Sociodemographic determinants of the utilization of specific types of complementary and alternative medicine: an analysis based on a nationally representative survey sample. *J Altern Complement Med* 2005 Dec;11(6):977-94.
- ²⁰³ Harris P, Rees R. The prevalence of complementary and alternative medicine use among the general population: a systematic review of the literature. *Complement Ther Med* 2000 Jun;8(2):88-96.
- ²⁰⁴ Wolsko PM, Eisenberg DM, Davis RB, Ettner SL, Phillips RS. Insurance coverage, medical conditions, and visits to alternative medicine providers: results of a national survey. *Arch Intern Med* 2002 Feb 11;162(3):281-7.
- ²⁰⁵ Oldendick R, Coker AL, Wieland D, Raymond JI, Probst JC, Schell BJ, et al. Population-based survey of complementary and alternative medicine usage, patient satisfaction, and physician involvement. South Carolina Complementary Medicine Program Baseline Research Team. *South Med J* 2000 Apr;93(4):375-81.
- ²⁰⁶ Shmueli A, Shuval J. Satisfaction with Family Physicians and Specialists and the use of Complementary and Alternative Medicine in Israel. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2006 Jun;3(2):273-8. Epub 2006 May 2.
- ²⁰⁷ Spigelblatt L, Lainé-Ammara G, Pless IB, Guyver A. The use of alternative medicine by children. *Pediatrics*. 1994 Dec;94(6 Pt 1):811-4.
- ²⁰⁸ McCann LJ, Newell SJ. Survey of paediatric complementary and alternative medicine use in health and chronic illness. *Arch Dis Child*. 2006 Feb;91(2):173-4.
- ²⁰⁹ Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS). Instituto de Salud Carlos III - Ministerio de Sanidad y Consumo. Hernández Torres A et al. «Técnicas y Tecnologías en Hidrología Médica e Hidroterapia» [internet]. Madrid: AETS - Instituto de Salud Carlos III, Madrid. Junio de 2006 [acceso 22 marzo 2011]. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/investigacion/publicaciones_agencia/AETS_50.pdf
- ²¹⁰ Herman PM, Craig BM, Caspi O. Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? A systematic review. *BMC Complementary and Alternative Medicine* 2005, 5:11.
- ²¹¹ Ben-Arye E, Frenkel M, Klein A, Scharf M. Attitudes toward integration of complementary and alternative medicine in primary care: perspectives of patients, physicians and complementary practitioners. *Patient Educ Couns*. 2008 Mar;70(3):395-402.
- ²¹² Jain N, Astin JA. Barriers to acceptance: an exploratory study of complementary/alternative medicine disuse. *J Altern Complement Med*. 2001 Dec;7(6):689-96.
- ²¹³ Al-Windi A. Determinants of complementary alternative medicine (CAM) use. *Complementary Therapies in Medicine* 2004;12, 99-111.
- ²¹⁴ Blais R, Maiga A, Aboubacar A. How different are users and non-users of alternative medicine? *Can J Public Health*. 1997 May-Jun;88(3):159-62.
- ²¹⁵ Bausell RB, Lee WL, Berman BM. Demographic and health-related correlates to visits to complementary and alternative medical providers. *Med Care*. 2001 Feb;39(2):190-6.
- ²¹⁶ Bishop FL, Lewith GT. Who Uses CAM? A Narrative Review of Demographic Characteristics and Health Factors Associated with CAM Use. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2008 Mar 13.
- ²¹⁷ Sikand A, Laken M. Pediatricians' experience with and attitudes toward complementary/alternative medicine. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998 Nov;152(11):1059-64.

- ²¹⁸ Sawni A, Thomas R. Pediatricians' attitudes, experience and referral patterns regarding Complementary/Alternative Medicine: a national survey. *BMC Complement Altern Med*. 2007 Jun 4;7:18.
- ²¹⁹ Levine SM, Weber-Levine ML, Mayberry RM. Complementary and alternative medical practices: training, experience, and attitudes of a primary care medical school faculty. *J Am Board Fam Pract*. 2003 Jul-Aug;16(4):318-26.
- ²²⁰ Lie DA, Boker J. Comparative survey of Complementary and Alternative Medicine (CAM) attitudes, use, and information-seeking behaviour among medical students, residents & faculty. *BMC Med Educ*. 2006 Dec 9;6:58.
- ²²¹ Desylvia D, Stuber M, Fung CC, Bazargan-Hejazi S, Cooper E. The Knowledge, Attitudes and Usage of Complementary and Alternative Medicine of Medical Students. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2008 Dec 10.
- ²²² Teper AM, Tsai E. Complementary and alternative medicine use by Canadian university students. *Can J Clin Pharmacol*. 2008 Winter;15(1):e5-e14.
- ²²³ Münstedt K, Harren H, von Georgi R, Hackethal A. Complementary and Alternative Medicine: Comparison of Current Knowledge, Attitudes and Interest among German Medical Students and Doctors. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2008 Dec 20.
- ²²⁴ Faculty of Homoeopathy. Non-medically qualified practitioners of homoeopathy. *Br Homeopathic J* 1993;82:200-3.
- ²²⁵ Ferrer R. Burn out o síndrome de desgaste profesional. *Med Clin (Barc)*. 2002;119:495-6
- ²²⁶ Lewith GT, Hyland M, Gray SF. Attitudes to and use of complementary medicine among physicians in the United Kingdom. *Complement Ther Med*. 2001 Sep;9(3):167-72.