



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

# **Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación**

**GERMAN ELIAS BUITRAGO POVEDA**

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina, Departamento de medicinas Alternativas

Bogotá, Colombia

2011.

# **Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación**

**Germán Elías Buitrago Poveda**

**Trabajo de investigación presentado como requisito parcial para optar al título de magister en Medicina Alternativa con énfasis en Medicina Tradicional China y Acupuntura.**

Director:

Dr. Carlos Sarmiento

Profesor asociado facultad de medicina Universidad Nacional.

Codirector:

Dr. Héctor Rojas Ramírez

Conferencista programa de maestría de medicina alternativa área de Medicina Tradicional China y Acupuntura Facultad de Medicina Universidad Nacional  
Especialista en Acupuntura y Moxibustión Universidad de Tianjin R.P. China

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Medicina Departamento de Medicina Alternativa

Bogotá, Colombia

2011

*Dedicado a Diana Sofía, mi hija, quien a su corta edad me ha regalado su tiempo y su apoyo para llevar a buen término el presente trabajo que espera ser un grano de arena en mejorar la atención en salud de las personas en general.*



## **Agradecimientos**

Al Doctor Eduardo Beltrán Dussan. Mi primer director de tesis, quien inicio conmigo este trabajo de investigación, a su interés, disponibilidad incondicional y su energía para sacar este proyecto adelante.

Al Doctor Domingo Vanegas por sus orientaciones, consejos y sugerencias que permitieran aportar un valor agregado al presente trabajo de tesis.

A Hilda Monroy y Zaira Lesmes, asistentes del departamento de Medicinas alternativas de la Facultad de medicina, quienes siempre estuvieron atentas y dispuestas a prestar su colaboración para que este trabajo de grado fuera posible.



## Resumen

El interés que han despertado las medicinas alternativas y complementarias, especialmente la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, ha hecho que este sistema médico oriental, a nivel mundial, se esté integrando a los sistemas de salud oficiales, como solución a la actual crisis de los modelos de atención convencionales, sin embargo, este proceso no ha tenido la respuesta esperada por parte de autoridades políticas, proveedores de salud y la población en general, especialmente en Colombia. Esta situación motivó a realizar la presente investigación, mediante revisión sistemática, con el propósito de identificar los elementos que harían posible el diseño de un modelo de alternativo de atención alineado a los objetivos corporativos de las Instituciones Prestadoras de Salud práctico y sostenible, a partir de un análisis de vulnerabilidad. El presente estudio arroja hallazgos interesantes inherentes a requerimientos normativos, expectativas y exigencias de los actores del sistema de salud, que podrían hacer posible la inclusión de esta Medicina milenaria al sistema de salud colombiano.

**Palabras clave:** Medicina Tradicional China– Acupuntura –medicina alternativa –integración- modelo de salud

## Abstract

The interest aroused alternative and complementary medicine, especially traditional Chinese medicine and acupuncture, has made this oriental medical system, worldwide, it is incorporated into the official health system as a solution to the current crisis conventional models of care; however, this process has not been the expected response by policy makers, health providers and the general population, especially in Colombia. This situation led to make this investigation a systematic review, in order to identify the

elements that would make it possible to design an alternative care model aligned to corporate goals of Health Care Providers Institutions practical and sustainable from a vulnerability analysis. This study provides interesting findings inherent regulatory requirements, expectations and demands of health system actors, which might allow the inclusion of this ancient medicine to The Colombian health system.

**Key words:** Traditional Chinese Medicine-Acupuncture-alternative medicine-health-model integration



# Contenido

	Pág.
<b>Resumen .....</b>	<b>VII</b>
<b>Lista de gráficas.....</b>	<b>XI</b>
<b>Lista de Tablas .....</b>	<b>XII</b>
<b>Lista de abreviaturas .....</b>	<b>XIII</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1. Sistema y modelo de salud.....</b>	<b>5</b>
1.1 Definición de Sistema de Salud .....	5
1.2 Modelo de Salud .....	7
1.2.1 Definición de modelo de Salud.....	7
1.2.2 Clases de modelo de atención en salud .....	8
1.3 Modelo de Salud Colombiano .....	10
1.3.1 Antecedentes Historicos.....	10
1.3.2 Marco Legal.....	14
1.3.3 Situación del modelo de atención .....	17
<b>2. Medicina Tradicional China .....</b>	<b>25</b>
2.1 Yin y Yang .....	25
2.2 Cinco elementos .....	26
2.3 Etiología de la Enfermedad .....	30
2.3.1 Causas Externas .....	31
2.3.2 Causas Internas .....	32
2.4 Diagnóstico .....	33
2.5 Componentes Terapéuticos de la Medicina Tradicional China .....	33
2.5.1 Acupuntura .....	34
2.5.2 Reflexología .....	36
2.5.3 Masajes .....	36
2.5.4 Gimnasia Oriental .....	36
2.5.5 Fitoterapia .....	36
2.5.6 Nutrición y Dietética .....	37
2.6 Historia de la Medicina Tradicional China .....	38
2.7 Modelo Cuerpo Mente.....	40
2.8 Medicina Tradicional China y Medicina Convencional.....	40
2.9 Medicina Tradicional China, Un Modelo de Salud .....	42

- X Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación
- 

<b>3. Experiencias de integración de Medicina Tradicional China al Modelo Occidental.....</b>	<b>45</b>
3.1 Modelos Integrativos de salud Implementados .....	47
3.2 Algunos Modelos integrativos de salud en implementación .....	48
3.3 Tipos de integración al sistema de salud convencional .....	50
3.4 Bases normativas para el ejercicio de MT/MCA en Colombia.....	52
<b>4. Metodología.....</b>	<b>59</b>
4.1 Tipo de estudio .....	59
4.1.1 Materiales de estudio .....	59
4.1.2 Criterios de inclusión.....	60
4.1.3 Criterios de exclusión.....	60
4.2 Recolección de Datos .....	60
4.2.1 Metodología específica para la revisión bibliográfica .....	61
4.3 Análisis de Vulnerabilidad .....	61
4.4 Consideraciones Éticas .....	62
<b>5. Análisis de la Información y Resultados.....</b>	<b>66</b>
5.1 Referencias sobre el Diseño del modelo de atención.....	69
5.1.1 Barreras identificadas sobre el diseño del modelo de atención.....	71
5.1.2 Referencias sobre aspectos normativos .....	72
5.1.3 Referencias sobre el desempeño de MTCH en niveles de atención ....	74
5.1.4 Referencias a tener en cuenta en la planeación estratégica .....	75
5.1.5 Alusiones sobre diligenciamiento de historia clínica .....	77
5.1.6 Menciones bibliográficas sobre facturación de servicios .....	78
5.1.7 Menciones bibliográficas sobre Indicadores de Gestión.....	78
5.2 Análisis de vulnerabilidad para el diseño del modelo integrativo de salud .....	79
5.3 Expectativas de Autoridades Sanitarias .....	85
5.4 Expectativas de Proveedores de Salud.....	86
5.4.1 Medicina Tradicional China en el Ejercicio Médico.....	86
5.4.2 Factores Socio culturales en los proveedores de salud.....	88
5.4.3 Expectativas y Actitudes .....	89
5.5 Análisis de vulnerabilidad del modelo a partir de los proveedores en salud....	90
5.6 Expectativas de la población en general .....	93
5.6.1 Factores Socioculturales .....	94
5.7 Análisis de vulnerabilidad del modelo a partir de la población.....	98
5.8 Resultados .....	101
5.9 Limitaciones del Modelo de Atención.....	104
<b>6. Conclusiones y Recomendaciones .....</b>	<b>107</b>
<b>A. Anexo: Papeles de Trabajo para la Relación Bibliográfica Revisada.....</b>	<b>113</b>
<b>B. Anexo: Formato para el Análisis de Vulnerabilidad DOFA.....</b>	<b>124</b>
<b>Glosario .....</b>	<b>125</b>
<b>Bibliografía .....</b>	<b>139</b>

## Lista de figuras

	Pág.
<b>Figura 1-1:</b> Componentes de un sistema de salud .....	5
<b>Figura 1-2:</b> Usuarios vinculados regimen contributivo 2001-2005. ....	13
<b>Figura 1-3:</b> Articulacion sistema obligatorio garantia calidad en salud . ....	18
<b>Figura 1-4:</b> Relacion Sistema de salud- Modelo de Salud - IPS . ....	20
<b>Figura 1-5:</b> Mapa de procesos para la gestion empresarial en salud . ....	21
<b>Figura 1-6:</b> Tarifas en contratacion en salud .....	22
<b>Figura 2-1:</b> El Tai Ji. Representacion de Yin y Yang.....	25
<b>Figura 2-2:</b> Cinco Elementos Generacion y Control.....	28
<b>Figura 2-3:</b> Cinco Elementos y Organos Corporales.....	29
<b>Figura 2-4:</b> Componentes del sistema tradicional chino .....	38
<b>Figura 3-1:</b> Paises donde se practica la acupuntura .....	46
<b>Figura 5-1:</b> Distribucion de publicaciones revisadas .....	67
<b>Figura 5-2:</b> Identificacion Factores de Exito .....	69
<b>Figura 6-1:</b> Modelo integrativo de Atencion en salud. ....	110

## Lista de tablas

	<b>Pág.</b>
<b>Tabla 1-1:</b> Representacion sistematica de un modelo de salud.....	8
<b>Tabla 2-1:</b> Cinco Elementos y sus Correspondencias.....	27
<b>Tabla 2-2:</b> Conceptualizacion entre el sistema medico occidental y oriental .....	41
<b>Tabla 5-1:</b> Identificacion entre Factores de Exito. ....	69
<b>Tabla 5-2:</b> Barreras identificadas para el diseño del modelo de atención.....	72
<b>Tabla 5-3:</b> Viabilidad de un modelo Integrativo de atención en salud. ....	74
<b>Tabla 5-4:</b> Analisis de vulnerabilidad en el diseño de modelo de atención. ....	80
<b>Tabla 5-5:</b> Analisis de vulnerabilidad conceptualizacion proveedores de salud.....	91
<b>Tabla 5-6:</b> Analisis de Vulnerabilidad expectativas Usuarios .....	98

## Lista de Símbolos y abreviaturas

### Abreviaturas

<b>Abreviatura</b>	<b>Término</b>
DOFA	Debilidades Oportunidades – fortalezas y amenazas
<i>EPS</i>	Empresa Promotora de Salud.
<i>FDA</i>	Food and Drug Administration
<i>FOSYGA</i>	Fondo de Solidaridad y Garantía
<i>INVIMA</i>	Instituto Nacional de Vigilancia de medicamentos y alimentos.
<i>IPS</i>	Institución Prestadora de Salud
<i>ISS</i>	Instituto del seguro social
<i>MAC</i>	Medicina alternativa y complementaria
<i>MCA</i>	Medicine complementary alternative
<i>MIDAS</i>	Modelo integrado de atención en salud
<i>MT/MCA</i>	Medicina Tradicional y Medicinas alternativas y complementarias
<i>MTC</i>	Medicina Tradicional China
<i>MTCH</i>	Medicina Tradicional China
<i>NCCAM</i>	National Center for complementary and alternative medicine
<i>OMS</i>	Organización Mundial de la Salud
<i>POS</i>	Plan Obligatorio de Salud
<i>SOAT</i>	Seguro Obligatorio de Accidente de Transito



# Introducción

El modelo actual de atención en servicios de salud en el mundo, está presentando una serie de dificultades relacionadas con el aseguramiento en salud a la población colombiana. La falta de estrategias integrales y articuladas, propias de los sistemas de salud están repercutiendo de manera negativa en la prestación de servicios propios que ofrecen los actuales modelos de atención que ofertan las Instituciones prestadoras de salud, conllevando a la fragmentación en la atención y la presentación de falencias en la calidad inherentes a cobertura, accesibilidad y continuidad de la atención

La crisis del sistema de salud manifestados por recursos económicos escasos, la aparición de tecnología de punta, las subespecialidades médicas, y el desarrollo de medicamentos de alta especificidad, demostrando que las acciones en salud son más curativas y menos preventivas, hacen costosa la atención sanitaria, obligando a las personas a recibir servicios más precarios. La no satisfacción de las necesidades básicas en la atención en salud implica una falta de oportunidad y resolutivez en la atención, tanto en los servicios de urgencias como ambulatorios, sobre costos en el tratamiento de enfermedades y por ende a la deshumanización en la atención en salud pérdida en la de confianza en los sistemas de salud actualmente imperantes por parte de la población en general, vulneración de los derechos no solo hacia los Usuarios, sino también a los prestadores en salud.

En los últimos 20 años, la medicina alternativa, ha tenido un especial interés a nivel mundial para el manejo de diferentes enfermedades, mediante abordajes de manera natural, eficaces, económicos y, soportados por Medicina Basada en la evidencia como es el caso de la Medicina Tradicional China. La concepción filosófica de dicho sistema médico visualiza a un individuo integral, en donde la nutrición, la generación de hábitos de vida saludables, de su relación íntima mente - cuerpo y cosmos implícitos en su acto médico, resuenan con las creencias tradicionales de las comunidades, para jugar un

papel importante en la recuperación y preservación de la salud, dentro de estándares de calidad, equidad, pertinencia entre otros.

Existe un interés a nivel internacional en integrar la medicina alternativa y complementaria a los sistemas oficiales de salud específicamente en la implementación de Medicina Tradicional China y Acupuntura, con el fin de reorientar la estos sistemas de salud haciéndolos más eficientes, costo efectivos y mas humanizados. Sin embargo se encuentran diferentes tipos de implementación desde sistemas completamente integrados en países como China, Cuba, Brasil; inclusivos como México, Argentina; o tolerantes, la mayoría de países, en los cuales respetan estos actos médicos pero continúan primando los modelos biomédicos.

En Colombia no se tiene un conocimiento claro y real de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, de sus alcances, y limitaciones. No existen marcos regulatorios del ejercicio en este sistema médico que conjuren el empirismo y la improvisación por parte de personal no idóneo.

Basados en este panorama, la pregunta de investigación a plantearse seria : ¿Es factible, conocer de una manera aproximada elementos que permitan el diseño de un modelo de atención, que integre la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al sistema de salud convencional para ser implementado por las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud?

La identificación y conocimiento de elementos que permitan el diseño de un modelo de atención en salud, que haga posible a las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud integrar servicios en Medicina Tradicional China y Acupuntura, dentro de su oferta de servicios y su alcance; la viabilidad y factibilidad real de su implementación y el cumplimiento de requisitos similares a los que realiza los demás servicios médicos ofertados en la IPS, dentro de los más altos estándares de calidad, se constituyen en los objetivos cardinales del presente trabajo de tesis.

Sin embargo, la escasa de normatividad regulatoria en el ejercicio de Medicina alternativa y complementaria, y más aun, en Medicina Tradicional China, así como la ausencia de estudios específicos de impacto económico, tendientes a diseñar métodos



de facturación para ofertar esta clase de servicios a los aseguradores en salud, limitarían la total implementación de este modelo alternativo de salud.

La metodología para el presente trabajo corresponderá una revisión sistemática de la literatura de aquellas publicaciones que describan aspectos relevantes inherentes a la integración de la MTCH a modelos convencionales de salud, en una segunda fase, se intenta realizar una aproximación de diseño de modelo a partir de un análisis de vulnerabilidad con los hallazgos encontrados referente a la integración de los dos sistemas médicos.

El diseño de un modelo de atención que integre la Medicina Tradicional China al sistema de salud oficial se constituiría en un impacto positivo en el mejoramiento de la salud de los colombianos, revolucionando el concepto de aseguramiento, permitiendo responder a las necesidades en salud de los colombianos dentro del estricto cumplimiento de requisitos solicitados por entes de control para su ejecución.

Por otra parte el presente trabajo de investigación se constituye en insumo para la integración de otras medicinas complementarias reconocidas por el estado al actual sistema de salud para la generación de políticas nacionales de medicinas complementarias como sucede en otras latitudes del mundo.

Es de aclarar que el presente trabajo no solo se aplica como una alternativa complementaria de aseguramiento sino que permite ofrecer esta clase de atención holística en salud por parte de los proveedores en Medicina Tradicional China a los aseguradores mediante portafolios de servicios de fácil engranaje a las exigencias corporativas y de mercado

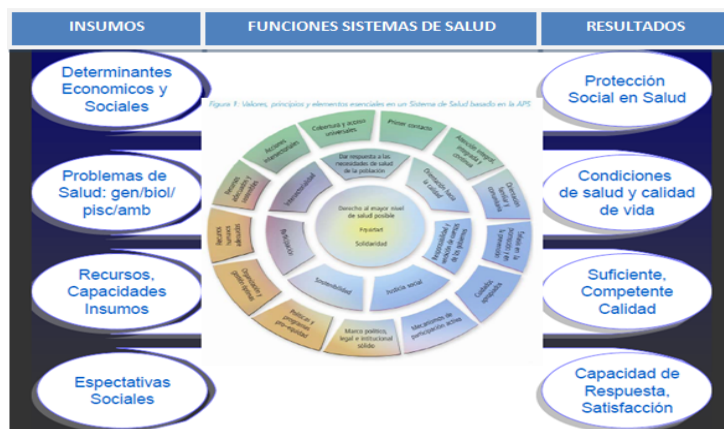


# 1. Sistemas y Modelos de Salud.

## 1.1 Definición de Sistema de salud.

Los sistemas de salud son definidos como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos necesarios que se articulan para restaurar o mantener la salud, las condiciones y calidad de vida de un país basados en principios y valores culturales y constitucionales. Este sistema se fundamenta en unas necesidades y expectativas en salud, que deben satisfacerse con unos medios económicos existentes dentro de una realidad política, social buscando mejorar los requerimientos en salud y de protección en sus residentes<sup>1</sup>. Ver figura 1-1.

**Figura 1-1.** Componentes de un sistema de salud



Fuente: Curso de especialización en gestión de políticas de recursos humanos en salud [screen 17].

<sup>1</sup> CURSO DE ESPECIALIZACION EN GESTION DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD. Panamerican Heath Organisation. Disponible en: [http://www.observarh.org/andino/cirhus/ecuador/fulltext/mod0\\_tema3\\_Ruales.pdf](http://www.observarh.org/andino/cirhus/ecuador/fulltext/mod0_tema3_Ruales.pdf)

## 6 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

---

El diseño de los sistemas de salud, son el producto de estas corrientes de pensamiento que para el caso de Latinoamérica el significado y representación de la salud y de la enfermedad, la identificación de necesidades particulares en salud de los usuarios desde la perspectiva multicultural, constituirían una base fundamental en el diseño de modelos de atención más justa y con calidad, capaz de satisfacer las expectativas de nuestros pueblos [1]

Estos sistemas al ser adoptados por otros pueblos tienen riesgo de no ofrecer respuestas a las necesidades sanitarias en países donde adoptan dichos arquetipos, específicamente en cobertura, continuidad de la atención en salud, conllevando a la deserción y falta de adherencia a tratamientos médicos por parte de los usuarios dentro de los principios propios de los pueblos adoptantes, impactando negativamente en aquellas patologías de comportamiento crónico, aumentando ostensiblemente sus costos para el sistema de salud que para el caso de los Estados Unidos superó el 70% de su presupuesto en salud. [2]

Esta situación está despertando un cambio de pensamiento referentes a la salud y la enfermedad en los profesionales que trabajan en salud pública y en epidemiología, quienes consideran a partir de realidades sociopolíticas y culturales, que existen a otras concepciones de enfermar, conllevando a cambios en los procesos de atención alineados a los actuales paradigmas referentes al sistema de aseguramiento en salud de la población [3].

Los sistemas de salud poseen elementos que permiten mantener su continuo, desarrollo de sistemas de información óptimos para el seguimiento y sostenibilidad y continuidad, mediante actividades intervenciones y procedimientos, tendientes a generar acciones de auto evaluación y mejoramiento continuo, aportando soluciones efectivas a las necesidades en salud de los pueblos. [4]

En este orden de ideas los sistemas de salud son dinámicos, los cuales se encuentran en constantes reformas y transformaciones dependiendo de los paradigmas económicos,

políticos sociales vigentes al momento de su diseño e implementación. No se mantienen rígidos en, sino que estos sufren cambios constantes el tiempo, tienen identidad propia de acuerdo al espacio geográfico en el cual se ha desarrollado, por lo cual no son susceptibles a ser adaptados a otras latitudes ya que el entorno de desarrollo no es el mismo<sup>2</sup>.

El establecimiento de un diagnóstico real de las necesidades y perspectivas de las autoridades políticas, proveedores en salud y la población en general los cuales se constituyen como actores del sistema sanitario, y quienes a partir de una interrelación dinámica hacen posible el diseño de los modelos de salud.

## **1.2. Modelo de salud.**

### **1.2.1 Definición de Modelo de atención en salud.**

El modelo de atención en salud corresponde al tipo de prestación en salud entregada por el sistema sanitario en la atención del usuario, su familia y comunidad teniendo en cuenta sus características e interacciones a partir de políticas claras provenientes del sistema de salud que sustenta el aseguramiento en salud, y basados en unos principios y paradigmas. [5]

El modelo de atención constituye un proceso sistemático que responde con una oferta conformada por las instituciones sanitarias incluyendo, su infraestructura y recurso humano a las necesidades en salud de los ciudadanos las cuales, están influenciadas por el entorno socio cultural individual y familiar de los Usuarios. Bajo la visión de la teoría de los sistemas, la oferta y la demanda constituirían la entrada al sistema; el proceso estaría conformado por el modelo de atención sustentado en conceptos

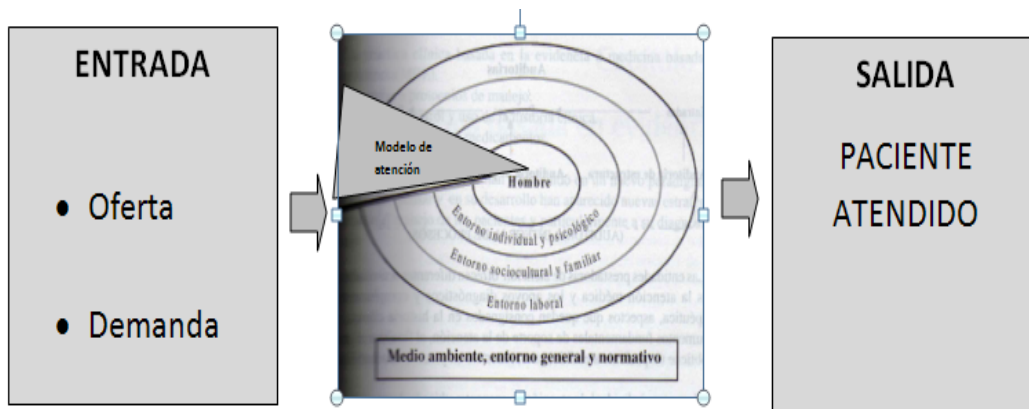
---

<sup>2</sup> Programa de Acción: Modelo Integrado de Atención a la Salud (MIDAS) disponible en la Web <http://taxco.ses-gro.gob.mx/pro-acc/midas.pdf>

- 8 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

fundamentales como Medicina Basada en la Evidencia y Guías de Manejo y el resultado o salida correspondería al paciente atendido ( Ver Tabla2) 3. (6).

**Tabla 1-1:** Representación sistemática del Modelo de Atención en Salud



### 1.2.2 clases de modelos de atención.

Evelyn Ho en su estudio "Models of Health and Models of Interaction in the Practitioner–Client Relationship in Acupuncture" refiere que existen varios tipos de interpretar la salud y la enfermedad y como abordarlas de acuerdo a los momentos históricos por los cuales estén siendo diseñados los diferentes sistemas de salud en este sentido se identifican varios tipos de modelo de atención en salud:

- **El modelo biomédico**

Basado en la ciencia occidental, caracterizado por el reduccionismo, orientado a la patología en lugar de la prevención de la enfermedad y Promoción de la salud como relación recíproca que debe existir en doble vía en la atención de pacientes. El modelo

---

<sup>3</sup>ÁLVAREZ HEREDIA Francisco. El proceso individual de atención En: Calidad y Auditoria en Salud. Bogotá. D.C. ECOE EDICIONES pag.31. (Esquema adaptado).

biomédico maneja un principio de causa efecto específico, incluyendo relaciones de autoridad; inherente la bioquímica y la tecnología son las bases para entender la enfermedad. El entendimiento de experiencias de los pacientes sería inadecuado con este modelo. [7]

- **El modelo biopsicosocial.**

Sostiene que la salud y la enfermedad van más allá del plano físico incluyen las emociones, los pensamientos y su relación con el entorno. En este sentido cambia el enfoque de la explicación para la experiencia de la enfermedad. La salud no es evaluada como un fenómeno aislado sino, más bien, se entiende por relaciones efectivas de los individuos con el medio que les rodea. Aunque el modelo biopsicosocial ha sido un factor que contribuye en la mejora de la salud, no ha logrado satisfacer las cambiantes necesidades de atención médica<sup>4</sup>.

- **El modelo holístico**

Tiene por objeto la prevención, y entiende la salud como un equilibrio que se logra a través de la participación activa de los pacientes con el equipo de salud. La Asociación Americana de Medicina Holística describe la medicina holística como "el arte y la ciencia de curación, que se ocupa de la atención de toda la persona - cuerpo, mente y el espíritu de una manera integral para promover la salud y prevenir enfermedades<sup>5</sup>. Los pacientes optan por cambiar los estilos de vida, las creencias y los viejos hábitos con el fin de facilitar la curación. Este modelo se puede utilizar en todas las formas de la asistencia sanitaria, tanto en la biomedicina como en otro tipo de modelos. Actualmente el término holismo se ha cambiado por medicina complementaria o medicina alternativa, que son más ampliamente utilizados.

---

<sup>4</sup> HO, Evelyn. Models of Health and Models of Interaction in the Practitioner–Client Relationship in Acupuncture. Pág. 508.

<sup>5</sup> Ibid., p 509

- 10 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación
- 

## **1.3 Modelo de salud colombiano.**

### **1.3.1 Antecedentes históricos.**

La historia del sistema de seguridad en Colombia se divide en tres periodos: el primero comprendido entre los finales del siglo XIX y la mitad del siglo XX, periodo caracterizado por la creación de políticas públicas en salud inherentes a preservación de medidas de higiene; la constitución del sistema nacional de salud y la creación de la Caja Nacional de Previsión e Instituto de los seguros Sociales, como las primeras entidades que ejecutan acciones operativas emanadas del sistema nacional en salud, en coberturas a empleados y sus familias del sector público y privado respectivamente. [8]

A finales del siglo XIX Los modelos de salud en Latino América se encuentran estrechamente relacionados con cambios en modelos económicos referentes al agro y las exportaciones, aumentando la brecha entre ricos y pobres. La salud pública centre su trabajo en los desamparados lo que conlleva a la creación de beneficencias, y la asistencia hospitalaria de caridad siendo los médicos líderes importantes de diferentes causas relacionadas con la salud. Por otra parte, el mercantilismo, el gamonalismo y la Iglesia influenciaron en el diseño de políticas sanitarias a finales del siglo XIX y principios del siglo XX, Estableciendo un “orden social”, en donde los médicos se convirtieron en simples instrumentos de poder gubernamental. [9,10]

EL Sistema nacional de salud (1973-1990) diferenciaba la atención individual a la atención ambiental, sistema centralista, apuntando a una atención en salud netamente asistencial y curativa, por ende gran demanda de servicios de instituciones de alta complejidad con la, subutilización y colapso de instituciones del primer nivel, entre otros, impidiendo el desarrollo de planes de salud pública que cubriera a las diferentes regiones del país. [11].



Entre 1990-1993, según Quintero (2009), se inicia la reforma en salud específicamente para la disponibilidad y manejo de recursos con la descentralización administrativa (ley 10 de 1990), la creación de la constitución del año 1991 y la ley 60 de 1993. Aunado a lo anterior se realiza la integración regional y nacional, en servicios de salud con la creación de la ley 100 del 16 de diciembre de 1993.

Esta ley estatutaria se basa en el cubrimiento de la totalidad de los colombianos basados en los principios de universalidad, eficiencia, integralidad, unidad y participación<sup>6</sup>. Para tal fin se diseñan dos regímenes de atención, el régimen contributivo y régimen subsidiado, descritos a continuación:

### ▪ Régimen contributivo

Basado en el modelo de atención del Instituto de los seguros sociales y al cual es financiado por personas con capacidad de pago, administradas por la Empresas Promotoras de salud, su sostenibilidad parte de la unidad de pago por capitación UPC, los cuales son girados por las empresas promotoras de salud a una cuenta de compensación del fondo de solidaridad y garantía FOSYGA. Este régimen promueve la libre competencia de las instituciones prestadoras de salud y por ende su competitividad y sostenibilidad autónoma. [12]

Para acceder a los planes de beneficios asistenciales y económicos se deben tener un mínimo de semanas cotizadas su forma de afiliación puede realizarse de manera individual (una persona o grupo familiar); colectiva (Trabajadores independientes); Automática, esta última aplicable a niños cuando la madre se encuentra afiliada. Los planes de beneficios a los que tienen derecho sus afiliados se encuentran referidos en la ley 100 del 16 de diciembre de 1993. [13]

---

<sup>6</sup> COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 de 1993. Pag. 1 y 2.

12 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

---

Uno de los complementos que tienen las personas afiliadas al régimen contributivo es el acceso a los planes adicionales de salud los cuales son financiados por recursos propios de manera adicional a los pagos de cotización obligatoria, según Castaño (2008) se aplican preexistencias al inicio del contrato suscrito, no ocurriendo así en las renovaciones.

▪ **Régimen subsidiado**

Este régimen se constituye a través del conjunto de normas que reglamentan la atención de personas sin capacidad de pago, los recursos para la cobertura de este tipo de usuarios se realiza a través de recursos de la nación, de los departamentos y los municipios que son girados al FOSYGA, su administración se realiza por las Empresas Promotoras de Salud subsidiadas así como las cajas de compensación familiar o empresas solidarias de salud<sup>7</sup>, la estructuración y manejo de este régimen se encuentra normado por el acuerdo 244 del año 2003. (Castaño 2008)

Los servicios asistenciales que sean utilizados por los afiliados de manera directa en las Instituciones prestadoras de salud se realizan a través de copagos y cuotas moderadoras las primeras canceladas únicamente por los beneficiarios del sistema y los cuotas moderadoras la cancelan tanto los beneficiarios como los cotizantes. Se eximen de estos pagos aquellos usuarios que se encuentran en actividades de promoción y prevención, programas de atención Materno infantil, programas de atención de enfermedades transmisibles, urgencias y enfermedades de alto costo. [14]

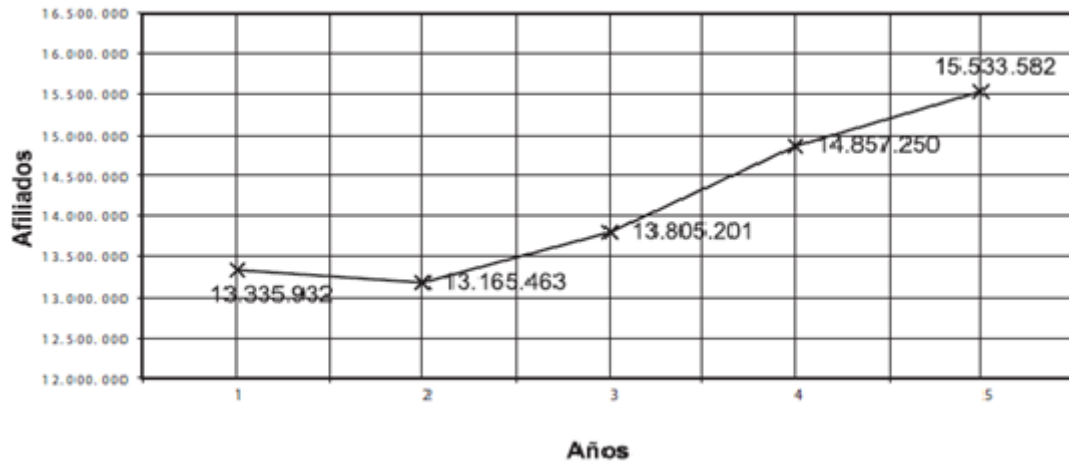
Con la ley 100 de 1993 se presenta un aumento en las coberturas en salud de la población colombiana de manera importante, pasando de un 12% desde el inicio de la reforma a un 82 % en el año 2005, y desde ese año hasta el 2008 cuando evidencia un aumento de cobertura al 89.3% (Buitrago 2009) a través de los regímenes contributivo y subsidiado creados para tal fin de acuerdo al estado socioeconómico de los asegurados,

---

<sup>7</sup> Tomado del libro La Salud en el Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia. Pág. 85.

con aumento del gasto medico en salud por parte de los aseguradores y del estado. (Ver grafico 1)8.

**Figura 1-2** Usuarios vinculados Régimen contributivo 2001 a 2005



Fuente. Reforma a la seguridad social en salud. Comentarios a la ley 1122.

Este ingreso masivo de Usuarios al sistema de salud colombiano trae como consecuencia la presentación multicausal de falencias en la accesibilidad y en la cobertura por parte de estos a los servicios de salud, entre ellos, la falta de claridad en el manejo de recursos, que garanticen estas coberturas por parte de los aseguradores; malas relaciones entre las Empresas Promotoras de Salud y los prestadores por desacuerdos en temas de contratación, tarifas y pagos ; falta de voluntad por parte de Entes para adelantar procesos de seguimiento vigilancia y control a los actores del sistema, apareciendo inconformidades reiteradas por los consumidores de estos servicios ante la presentación de injusticias e iniquidades por parte del sistema. [15]

Ante el panorama presentado el estado se ve obligado a replantear los conceptos de aseguramiento, de protección y seguridad social, capaz de responder a las necesidades que se presentaban en el momento, sancionándose para tal fin la ley 1122 de 2007, la cual enfatiza a la salud como un derecho esencial individual, colectivo y comunitario y

<sup>8</sup> CORTES GONZALEZ, Juan Carlos. Reforma la seguridad de salud comentarios a la ley 1122 de 2007. Bogotá D.C. Legis. 2007. p.4

14 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

---

crea estrategias para el fortalecimiento de la salud pública, como la creación del Plan Nacional de Salud Pública según lo referido por Cortez González, (2007).

Recientemente la ley 1438 de 2011 que replantea nuevamente volver hacia la atención primaria en salud y fortalece las actividades de vigilancia seguimiento y control por parte de la Superintendencia Nacional de Salud [16]

Los cambios socioeconómicos a nivel mundial han impactado de manera directa a la generación de políticas sanitarias, que en Colombia se han traducido en una serie de reformas del sistema de salud, demostrando debilidad, inconsistencia que no responden en forma satisfactoria a los problemas de salud colombiano, dentro de un mundo cambiante y dinámico.

### **1.3.2 Marco legal**

La Constitución Nacional de 1991 establece que la salud es un derecho irrenunciable de carácter obligatorio, de universalidad progresiva y ordena que el estado colombiano, garantice la atención en salud de su población, incluso generando políticas que contribuyan a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, y recuperación de la primera<sup>9</sup>. La intención de la misma es que su organización llevada a cabo en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. [17].

La Ley 100 de 1993, “por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones”, encaminada al manejo de la salud, enmarcado dentro de la calidad y la eficiencia y la creación de mercados complementarios que ofrecieran una cobertura en salud mayor y contrarrestara el monopolio del Instituto de los seguros sociales, apareciendo las EPS. [18]

---

<sup>9</sup> COLOMBIA. CONSTITUCION POLITICA. DE COLOMBIA. Disponible en [http://cms-static.colombiaaprende.edu.co/cache/binaries/articles186370\\_constitucion\\_politica.pdf?binary\\_ran d=1416](http://cms-static.colombiaaprende.edu.co/cache/binaries/articles186370_constitucion_politica.pdf?binary_ran d=1416)

El Decreto 1485 de 1994 el cual regula Esta aparición y funcionamiento de las Entidades promotoras de salud EPS, resaltando que el Estado les asigna la responsabilidad de administrar el riesgo en salud de sus afiliados, propendiendo por la disminución en la incidencia de eventos patológicos prevenibles, así como ofrecer coberturas en salud a personas sin capacidad de pago o personas vulneradas, objetos de discriminación. [19]

El Acuerdo 117 de 1998 y posteriormente la resolución 412 del año 2000 “establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida, de obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública”, permaneciendo en vigencia esta última resolución. [20].

La Ley 715 de 2001 “Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros”. Esta ley en su revisión específica para salud, el flujo de recursos provenientes del Sistema General de Participaciones para la ampliación de coberturas y atención en salud. [21]

Ley 790 del año 2002, por el cual se expiden las disposiciones para adelantar un programa de renovación de la administración pública y se otorgan unas facultades extraordinarias al presidente de la república. En su artículo 5º expresa la fusión de los ministerios de salud con el de trabajo y seguridad social conformándose el ministerio de la protección social. [22]

Decreto 1011 de 2006 el cual Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Establece los criterios de calidad para la atención en salud los cuales deben ser cumplidos por aseguradores, prestadores, cuya vigilancia se encuentra a cargo de los Entes de Control. [23]

16 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

---

La resolución 1043 del 03 de abril de 2006 establece de manera específica en sus anexos técnicos, los requisitos de habilitación referentes a la capacidad administrativa y técnico científica que deben cumplir los prestadores de salud para la prestación de servicios. Es de resaltar que en esta normatividad se establecen los requerimientos mínimos para los siguientes estándares [24]:

Recurso Humano

- Infraestructura- Instalaciones Físicas y su Mantenimiento
- Dotación- mantenimiento
- Dispositivos de Uso Médico –Insumos y su gestión
- Procesos Prioritarios
- Historia Clínica y Registros
- Interdependencia de servicios
- Referencia de Pacientes
- Seguimiento a Riesgos

Ley 1122 de 2007 por el cual se realiza algunas modificaciones en el sistema General de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones. Se establecen los lineamientos para el desarrollo del Plan Nacional de Salud pública y las directrices para el cumplimiento del aseguramiento de los Usuarios; replanteamiento inherente a las políticas que vienen desarrollando para los programas de Promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, entre otros<sup>10</sup>.

Ley 1176 de 2007 por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la constitución política y se dictan otras disposiciones. Conformación del Sistema General de Participaciones la cual modifica a la ley 715 de 2001 en algunos articulados, definiendo los porcentajes de asignación de recursos para salud. Esta norma establece la contratación directa de las actividades de prevención en salud y primer nivel con la red nacional hospitalaria, en departamentos como Vaupés, Guainía, vichada y Guaviare a

---

<sup>10</sup> Cortes, Op cit., p. 53. .

tarifas competitivas, para poder recibir los recursos del sistema General de Participaciones. [25]

En el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010. El propósito de esta norma es garantizar las condiciones que con lleven a mejorar la salud de la población colombiana, prolongando los estilos de vida saludables y los años de vida libres de enfermedades. Este plan normado mediante el Decreto 3039 de 2007, abre espacios para la implementación de las medicinas alternativas [26].

La ley 1438 de 2011 por el cual se reforma el sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Esta norma apunta al fortalecimiento de la atención en salud tomando el modelo de Atención primaria en Salud y acciones de salud pública, implementando la red integrada de servicios de salud, evaluación de tecnologías medicas, así como el sistema de información de calidad en salud.[27]

Lo anterior es una revisión de manera general, concerniente al desarrollo histórico en la evolución del modelo de salud colombiano junto con su normatividad vigente como punto de partida para el desarrollo del proyecto de implementación de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura dentro del modelo de salud colombiano en las actividades en salud del primer nivel de atención, en las actividades de Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

### **1.3.3 Situación del Modelo de atención en Colombia**

Los servicios de salud prestados en Colombia son mas de predominio publico que privado, similar al resto de países latinoamericanos, Sin embargo, no siempre existe relación del gasto de salud pública y privada en un país, ya que el consumo privado en servicios de salud, depende de la capacidad adquisitiva y condiciones de vida de los pueblos, y no solo a falta de cobertura de los sistemas públicos de salud [28]

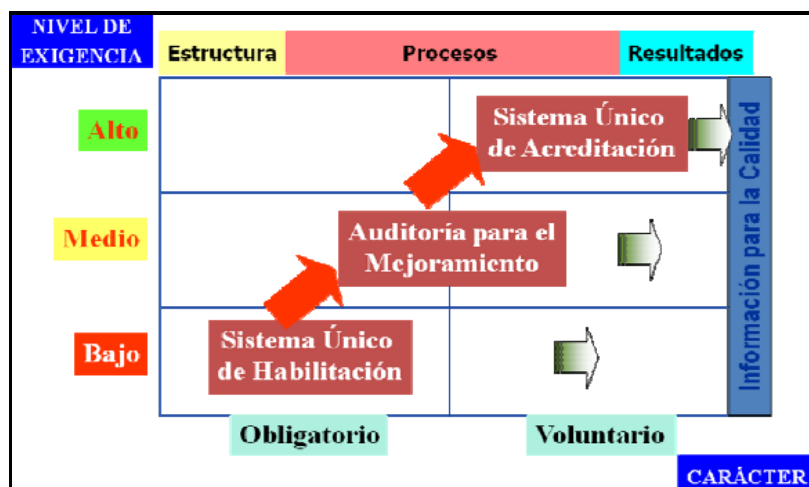
Las EPS como aseguradores y representantes del afiliado ante las Instituciones Prestadoras de Salud, han logrado disminuir en forma considerable los gastos particulares de la población en general para recibir atención en salud en los últimos catorce años y han logrado un crecimiento en el gasto per cápita en salud el cual se

18 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

refleja en el PIB, que para el año 2006 fue del 7.3%, con un gasto per cápita de \$ 626 dólares<sup>11</sup>. Aunque son halagadores los indicadores relacionados con la cobertura y expectativas de vida, comparado con países suramericanos, el sistema obligatorio de salud continúa sin responder satisfactoriamente a las falencias inherentes a la accesibilidad a la atención [29]

El modelo de atención en salud es el producto del sistema sanitario de un país o región, el cual está circunscrito dentro de unos sistemas de calidad que apuntan a minimizar el riesgo propio de la atención en salud enfocándose hacia la seguridad del paciente. En el caso colombiano el Sistema Obligatorio de la Calidad en salud el cual está conformado por un Sistema único de Habilitación, un sistema único de acreditación (hasta el momento Voluntario), un sistema de información de la calidad; con un seguimiento mediante auditorías de calidad constituyen herramientas en el monitoreo en la atención es salud de los colombianos y descrito por el decreto 1011 de 2006. (Ver Figura1-3)

**Figura 1-3.** Articulación del sistema obligatorio de la Garantía de la calidad en salud.



Fuente: Manual para la gerencia de IPS de baja y mediana complejidad en Colombia

<sup>11</sup> ROA BUITRAGO, Rosa. Gestión del aseguramiento en salud. Revista EAN 67. pág. 28. Disponible en <http://journal.ean.edu.co/index.php/Revista/article/viewFile/282/252>.



En efecto, la articulación del sistema único de habilitación, como componente del Sistema Obligatorio de la Calidad en Salud, propende porque los servicios prestados sean de buena calidad capaz de garantizar la seguridad del paciente y minimizando los riesgos que llegaren a presentarse inherentes a la atención. Este conjunto de actividades intervenciones y procedimientos son de obligatorio cumplimiento no solo por aseguradores sino también por prestadores cuyo objeto social corresponda o no a salud, propendiendo a la sostenibilidad de los servicios de salud, teniendo en cuenta sus condiciones de capacidad técnico - científicas; técnico administrativas y de suficiencia patrimonial y financiera que les permita su continuidad y desarrollo. [30]

De acuerdo a lo contemplado en las memorias del Diplomado de Verificadores (2008), La atención de un servicio de salud atendido por un recurso humano idóneo y calificado, dentro de unas instalaciones locativas adecuadas y seguras acordes con los servicios de salud ofertados, con equipos biomédicos con mantenimientos preventivos y correctivos que eviten falsos diagnósticos; con un manejo responsable en procesos de almacenaje y dispensación de medicamentos; unos registros clínicos juiciosos acordes con el seguimiento de guías y protocolos que permitan derivar pacientes a otros servicios cuando la complejidad de su patología supere la capacidad del servicio.

Lo anteriormente descrito complementado con una vigilancia continua a potenciales riesgos en salud que se llegaren a presentar propias del acto médico por parte de comités, constituyen la base más importante en el reconocimiento y verificación de un modelo de salud serio y sostenible es la intención principal de la normatividad existente para este fin, de acuerdo a la resolución 1043 de 2006.

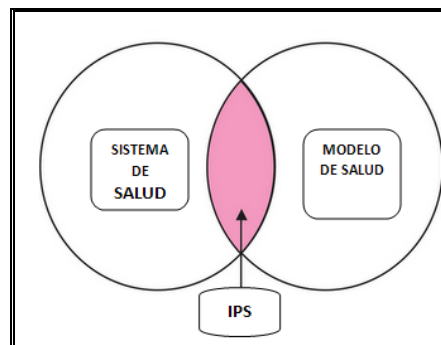
Los modelos de atención en salud son ejecutados en las Instituciones Prestadoras de Salud (IPSS), de acuerdo a las características propias de estos establecimientos, por lo cual es importante conocer la naturaleza propias de estas instituciones ya que de acuerdo a las directrices y principios del sistema de salud colombiano, para la realización

20 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

---

de la atención en salud a partir de un modelo (ver figura1-4)<sup>12</sup>, debiendo subsistir con recursos propios, dentro de un ambiente de libre competencia.

**Figura1-4.** Relación sistema de salud -modelo de salud – IPS



Fuente: El Autor del presente trabajo de investigación

En este sentido la concepción “empresa” de las Instituciones Prestadoras de salud es el punto de partida para la organización en la prestación de los servicios de salud es el entendimiento de cómo interactúan y se complementan las diferentes áreas en pos de su viabilidad y sostenibilidad.

En el Manual para la Gerencia de IPS de Baja y Mediana Complejidad en Colombia (2008), se expone que la estructura organizacional entendida como la articulación de todos los miembros que hacen parte de las IPSs como interaccionan para el cumplimiento de reglas, trámites y procedimientos, a partir de los valores corporativos permite generar las estrategias para que sus procesos, entre ellos el desarrollo del modelo de atención, por parte de los servicios asistenciales de salud se realice dentro de la eficiencia y la eficacia de sus propios procesos.

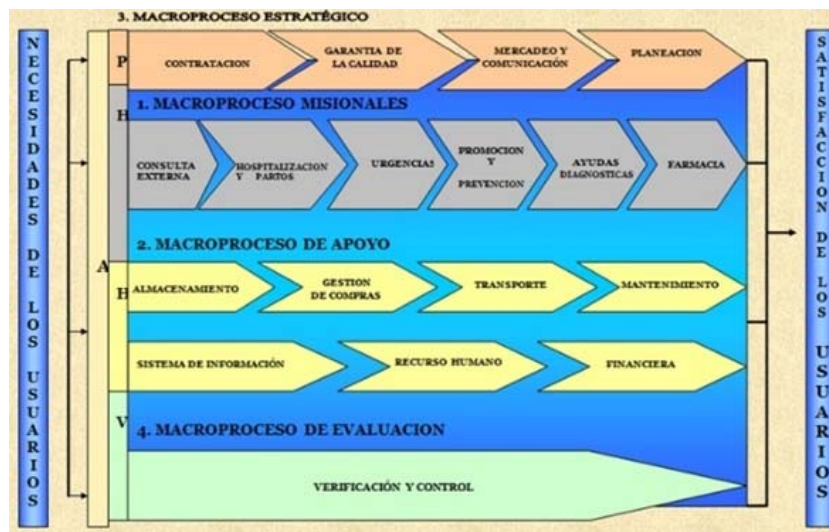
Estas estrategias corporativas tendientes a la viabilidad, y sostenibilidad dentro de la participación de mercado deben apuntar al desarrollo de unos procesos estratégicos, operativos y de apoyo, orientados a la satisfacción del usuario, dentro de unos

---

<sup>12</sup> El autor del presente trabajo de tesis intenta explicar que en las IPS deben tener en su gestión la implementación de un modelo de salud en adherencia a las directrices del sistema general de salud.

estándares de calidad, a los cuales se deben el respectivo seguimiento y control (Ver figura1-5).

**Figura 1-5.** Mapa de procesos para la gestión empresarial en salud.



Fuente: <http://www.hospitalcaicedo.gov.co/mapadeprocessos.html>

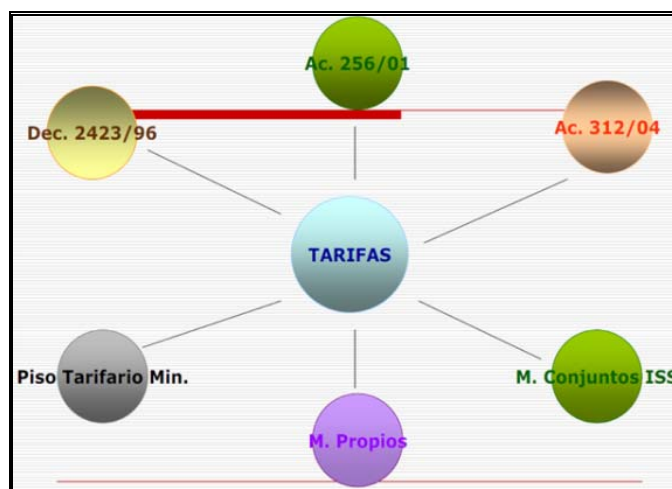
Existen diferentes herramientas para lograr este objetivo, sin embargo los análisis de vulnerabilidad DOFA permite identificar las estrategias más adecuadas para la consecución de los propósitos anteriormente planteados de manera integrada y competitiva que despierten el interés, no solo de aseguradores y prestadores, sino también de la población general. El resultado de las acciones tomadas a partir de las estrategias adoptadas será presentado por los responsables de los procesos a través de indicadores de gestión, los cuales formaran parte de los sistemas de información institucional ante la alta gerencia y los Entes de Control. [31]

Por otra parte dentro de los mecanismos de sostenibilidad se encuentran los procesos de facturación, los cuales permiten realizar el cobro de los servicios prestados por las instituciones sanitarias, a través de informes legales y administrativos requeridos para el respectivo proceso. La concertación tarifaria entre las Empresas responsables del pago y los prestadores se realiza de acuerdo a lo estipulado en la normatividad vigente y las cuales se relacionan a continuación (ver Figura2-5).

22 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

- Tarifas ISS 2001. Acuerdo 256 de 2001<sup>13</sup>.
- Tarifas ISS 2004. Acuerdo 314 de 2004<sup>14</sup>.
- Tarifas SOAT. Decreto 2423 de 1996<sup>15</sup>.
- Manuales propios, teniendo en cuenta un piso tarifario mínimo.

**Figura 1-6.** Tarifas utilizadas en la contratación en salud



Fuente: Presentación realizada por la Lic. Irsa Tatiana Oviedo salcedo en congreso de contratación de servicios de salud, 2007.

Es de resaltar que los prestadores de salud como requisitos dentro de los procesos de facturación deben incluir los registros e identificación del usuario; registro referente a la información de los procedimientos realizados y liquidación de los mismos. Existen otros aspectos de tipo gerencial, como son obligaciones tributarias que deben realizar las IPSs,

<sup>13</sup> Por el cual se aprueba el "manual de tarifas" de la entidad promotora de salud del seguro social "EPS-ISS".

<sup>14</sup> Por el cual se aprueba el "Manual de Tarifas" de la Entidad Promotora de Salud del Seguro Social "EPS-ISS" para el año 2004.

<sup>15</sup> Por el cual se determina la nomenclatura y clasificación de los procedimientos médicos, quirúrgicos y hospitalarios del Manual Tarifario y se dictan otras disposiciones.

---

las cuales no tiene relación directa en la atención de usuarios, que no son analizadas, por no ser el objeto de este trabajo de investigación.



## 2. Medicina Tradicional China.

Los principios de la Medicina Tradicional China parten desde El TAOISMO, corriente filosófica que influyo de manera importante, no solo en la medicina, sino también en la religión y en la vida cotidiana de la antigua China hace más de dos mil años. Éste preconiza, que el universo posee un orden natural, el cual debe ser respetado, en este sentido, su objetivo consiste en enseñar al hombre a integrarse a la naturaleza de una manera concordante, armoniosa y dinámica, a respetar y a seguir sus principios, para lograr el conocimiento de sí mismo, consiguiendo serenidad mental y energía física, y así obtener una larga vida, salud y plenitud<sup>16</sup>.

### 2.1 Yin y Yang.

El Tao establece la existencia de dos fuerzas que dominan la naturaleza, una fuerza YIN la cual representa a lo sutil, lo calmado, lo frio, la oscuridad, el descanso, lo tangible, en medicina representa la superficie anterior del cuerpo, los órganos internos y su estructura (riñón, hígado, corazón, bazo, pulmón), la sangre y los líquidos corporales. El YANG representa la actividad, la fuerza, el calor, la claridad, el trabajo, lo intangible, en medicina representa a la parte posterior del cuerpo, la cabeza, la piel, los músculos, la parte superior del cuerpo, la función de los órganos, (vejiga, la vesícula biliar, el intestino delgado, estomago, el intestino grueso). [32]

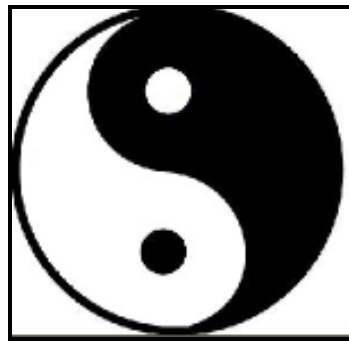
Según Maciocia (2001) el equilibrio y sujeción entre la fuerza YIN y la YANG lo mantiene la energía conocida como Qi, y hace posible que estas fuerzas interactúen, se opongan, sean interdependientes, y se transformen entre ellas mismas, dentro de un perfecto equilibrio que hace posible la vida. Estas fuerzan constituyen la esencia, y la cualidad de las todas las cosas que componen el universo y de sus respectivas fases

---

<sup>16</sup> Tomado de <http://es.wikipedia.org/wiki/Tao%C3%ADsmo>

incluyendo por supuesto al ser humano. La separación entre el YIN y el Yang constituye la muerte. Estas relaciones de yin y de yang los chinos la representan, desde la antigüedad, mediante el símbolo de la “esencia suprema” (Tai Ji). Ver figura 2-1.

**Figura 2-1.** El Tai Ji. Representación de Yin y Yang.



Fuente: Maciocia Giovanni. Los fundamentos de la medicina China. Pág. 5.

## 2.2. Los cinco elementos.

Los fenómenos del universo están en continua interrelación de una manera continua y dinámica, para los cuales, la Medicina Tradicional China los explica a partir de la misma naturaleza y de los elementos que la conforman tales como el agua, la madera, el fuego, el metal y la tierra, buscando la transformación, expiación y contracción, el florecimiento y la decadencia<sup>17</sup>. El agua como origen de la vida, representa al invierno; la madera, representa a la primavera como la expansión en donde se dispersa la energía; el fuego, representa el verano, es la fuerza, la purificación, la pasión y la conciencia, donde el ser humano se reafirma como ser mismo, el metal, representa al otoño, corresponde a la fase de la contracción y finalmente la tierra es el control y estabilización del ser. [33]. (Ver Tabla 2-1)

---

<sup>17</sup> Tomado de Benfield Harriet, Korngold Efrem. Entre el cielo y la tierra. Los cinco elementos en la medicina china. Pág. 57



**Tabla 2-1 los cinco elementos y sus correspondencias.**

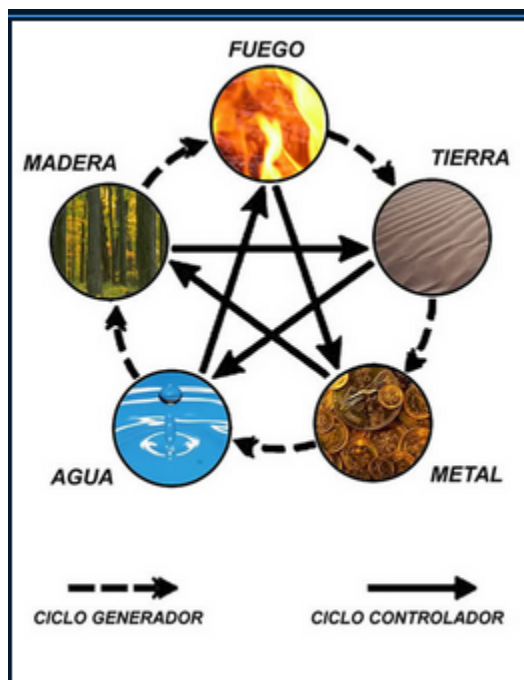
ELEMENTO	MADERA	FUEGO	TIERRA	METAL	AGUA
PLANETA	JUPITER	MARTE	SATURNO	VENUS	MERCURIO
DIRECCION	ESTE	SUR	CENTRO	OESTE	NORTE
ESTACION	PRIMAVERA	VERANO	CANICULA	OTOÑO	INVIERNO
ORGANO	HIGADO	CORAZON	BAZOPANCREAS	PULMON	RIÑON
VISCERA	VES BILIAR	INT DELGADO	ESTOMAGO	INTE. GRUESO	VEJIGA
CLIMA PERVERSO	VENTOSOS	CALIDA	HUMEDO	SECO	FRIO
COLOR	VERDE	ROJO	AMARILLO	BLANCO	NEGRO
NOTA MUSICAL	DO	LA	MI	RE	SOL
SENTIDO	VISTA	PALABRA	GUSTO	OLFATO	AUDICION
NUTRE	MUSCULOS Y UÑAS	PULSO Y LA TEZ	TEJIDO CONJUNTIVO LABIOS	PIEL Y VELLAS	HUESOS CABELLOS MEDULAS
HUMOR	LAGRIMAS	SUDOR	SALIVA	MOCO	ESPUTO
SABOR	ACIDO	AMARGO	DULCE	PICANTE	SALADO
OLOR	RANCIO	QUEMADO	PERFUMADO	CARNEO	PUTRIDO
ASPECTO PSIQUICO	HUM	SHI	I	Po	Tsching
VALORES PSIQUICOS	ESPIRITU	CONCIENCIA	IDEAS	ESPIRITU ANIMALES	Voluntad ambición
EMOCIONES	COLERA	ALEGRIA	OBSESION	TRISTEZA	MIEDO
ENERGIA DINAMICAS	SANGRE	ENERGIA	ENERGIA PSIQUICA	ENERGIA FISICA	ENERGIA VIATAL
EXPRESION	GRITO	RISA	CANTO	SOLLOZO	GEMIDO
ALIMENTOS	MIJO CARNERO	TRIGO POLLO	CENTENO BUEY	ARROZ CABALLO	GUISANTE CERDO
ESFUERZO EXCESIVO	ABUSO OCULAR	ABUSO AL CAMINAR	ABUSO SENTADO	ABUSO ACOSTADO	ABUSO PARADO

Fuente: Sussmann David. Acupuntura teoría y práctica. Pág. 32

Estos elementos descritos anteriormente actúan como sistemas en donde se encuentran implícitas las representaciones relatadas en un estricto orden cuyos principios y equilibrios se sustentan en la generación y control de tal manera que el agua genera la madera; la madera genera al fuego, el fuego genera la tierra, la tierra da origen al metal y el metal nuevamente genera al agua repitiéndose el ciclo de manera continua. Sin

embargo estos sistemas tienen un control entre sí, de tal manera, que la madera controla a la tierra, la tierra controla al agua, el agua controla al fuego, el fuego controla al metal y este a su vez controla la madera. (Ver figura 2-2). Maciocia (2001)

**Figura 2-2.** Cinco elementos. Generación y control.



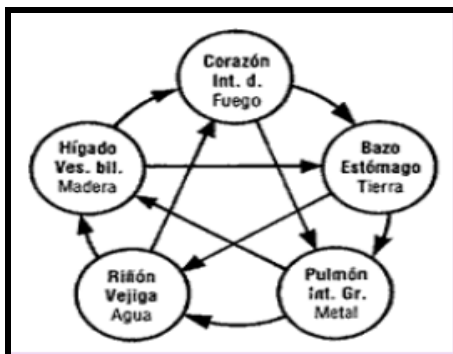
Fuente: [http://www.tao-dance.com/sitio/?page\\_id=26](http://www.tao-dance.com/sitio/?page_id=26)

Según Maciocia, el desequilibrio y el caos se darían por ciclos de explotación como antagónico al principio de generación en donde la madera explota al agua; el fuego explota a la madera, la tierra al fuego, el metal a la tierra y el agua al metal. Igualmente el proceso de oposición, como contrario al de control traería consecuencias referidas a la naturaleza y a la salud de los seres que habitan la tierra.

De acuerdo a este autor, el agua se relaciona con el riñón y la vejiga; la madera con el Hígado y la Vesícula Biliar; el Fuego con el Corazón, pericardio e intestino delgado, el metal con el pulmón y el intestino grueso: y la tierra con el estomago y el bazo. Sus relaciones acordes con el orden anteriormente referido tenderán a preservar la salud,

mientras que los fenómenos antagónicos de explotación y oposición propenderán a la enfermedad (Ver Figura2-3).

**Figura 2-3. Los cinco elementos y los órganos corporales.**



Fuente: <http://www.mundoacupuntura.com/acupunturaelementos.html>

Igualmente Maciocia refiere que el riñón y la vejiga que representan al agua cuyas funciones semejan a las propiedades de este elemento. El sistema del riñón, se encarga de la carga genética (es el origen de la vida), produce la medula, rellena el cerebro y controla los huesos. Por otra parte gobierna el agua. Controla la recepción de la energía, se abre en los oídos, se manifiesta en el pelo, controla los orificios inferiores (los meatos) y alberga la fuerza de voluntad. La vejiga se encarga de transformar la energía Qi y excreta los líquidos<sup>18</sup>

El hígado y vesícula biliar están relacionados con la madera. El hígado como la madera busca expandirse y no ser constreñido. Por lo cual es más lábil a patologías derivadas de aspectos emocionales. Es el responsable de la regularización de la energía Qi. Estimula la digestión y regulación de los alimentos; rige el almacenamiento de la sangre. La vesícula biliar produce y almacena la bilis, rige la determinación de la voluntad. El Corazón y el Intestino delgado pertenecen al elemento fuego. Como funciones del

<sup>18</sup> Tomado de Maciocia Giovanni los fundamentos de la medicina china pág. 301.

30 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

---

corazón corresponden a que este órgano rige la sangre y los vasos, igualmente rige la actividad mental y espiritual. [34]

La tierra está representada en el ser humano por el Bazo y el Estómago. El bazo tiene como funciones gobernar la transformación y el transporte de los alimentos, controlar la sangre, controlar los músculos y las cuatro extremidades, controlar el ascenso de la energía Qi y alberga el pensamiento<sup>19</sup>. El Estómago por su parte controlar la descomposición y maduración del alimento, controla el transporte de las esencias alimenticias, controla el descenso del Qi y es el origen de los líquidos<sup>20</sup>

Según Marie 2001, El pulmón y el Intestino Grueso representan al metal. El pulmón es lábil ante la sequedad este órgano rige la energía Qi, su difusión, purificación, a través de la esencia de los alimentos, y descenso de esta energía y de los líquidos, en este sentido rige la circulación de las aguas. El intestino grueso su función es el transporte y evacuación de las heces previa absorción del agua residual.

Los ciclos de oposición y explotación previamente descritos, alteraran el equilibrio de estos órganos generando alteraciones en la energía provocando la aparición de síndromes patológicos.

## 2.3 Etiología de la enfermedad.

Las causas de las enfermedades la Medicina Tradicional China las explica tomando como referentes a los fenómenos internos de la naturaleza. Existen unas causas externas o ataques externos, y unas causas internas las cuales se relacionan con las emociones. Igualmente existen otras causas de patologías no relacionadas a ninguna de estas<sup>21</sup>.

---

<sup>19</sup> Ibid., pag. 91

<sup>20</sup> Ibid., pag 113.

<sup>21</sup> Tomado de Marié Eric. Compendio de Medicina China. Pag. 139.

### 2.3.1 Causas externas

Las causas externas corresponden a las energías climáticas como lo refiere Marie (2001), las cuales corresponden al Viento, al Calor, la humedad, el frío, la sequedad y el fuego.

Este Autor refiere que el viento es la energía patógena más común y la que origina un mayor número de patologías, incluso puede transformarse en otras energías climáticas. Procede de la primavera, su característica importante es su comportamiento súbito, cambiante, provoca agitación; de naturaleza Yang, que ataca primordialmente la cabeza, y la superficie de los músculos, aunque puede atacar cualquier órgano, produce enfermedades tales como síncope, comas, convulsiones, vértigos, movimientos anormales.

El calor de verano, de naturaleza Yang, su exceso consume los líquidos corporales, se acompaña de fiebre, respiraciones entrecortadas, rubicundez, deshidratación se relaciona con la humedad provocando náuseas, diarreas, opresión en el pecho, oliguria, sensación de pesadez corporal<sup>22</sup>. [35].

Según Li Ping, la humedad se presenta por exposición a la misma en exceso al final del verano e iniciando el otoño, de naturaleza Yin, características pesada y viscosa, la cual perturba el libre desplazamiento de la energía Qi, tiende a atacar la parte inferior del cuerpo, por lo que algunos de los síntomas comunes de la misma son edemas en miembros inferiores, flujos, diarreas, distensión abdominal. El bazo es muy lábil al exceso de esta energía patógena.

El frío de naturaleza Yin, se relaciona con el invierno, produce en exceso de esta energía tiende a dañar el Yang, no asegurando las funciones de calentamiento del cuerpo, interfiere en la circulación de la energía Yin, por su capacidad de contracción el frío puede causar contracturas musculares, parestesias y parálisis<sup>23</sup> entre otros.

---

<sup>22</sup> *Ibidem.*, pág. 143.

<sup>23</sup> *Ibid.*, pág. 142.

La sequedad, esta energía domina en el otoño, se relaciona con el metal, tiene un efecto deshidratante y astringente perjudicando los líquidos corporales con llevando a la deshidratación. Tiende atacar al pulmón, provocando tos seca, con difícil expulsión de mucosidades (Marie 2001).

De acuerdo a Li Ping, el fuego es de naturaleza Yang, predominio interno, que consume los líquidos orgánicos con síntomas similares al calor trastorna la sangre y acelera su circulación, corroe y quema cuando el fuego se localiza en un sitio específico produciendo abscesos y forúnculos, daña los vasos sanguíneos produciendo hemorragias y melenas entre otros. Ataca principalmente al hígado y al corazón.

### **2.3.2 Causas internas**

Las causas internas de enfermedades como se había expuesto radican en las emociones, las cuales tienen amplia relación las enfermedades somáticas, por supuesto, y mentales, en este sentido encontramos a la alegría como la emoción del corazón, este término hace referencia a la euforia, el placer el cual produce enfermedades como palpitaciones, alternancia entre euforia y placer<sup>24</sup>, este sentimiento en exceso tiene igualmente relación con las adicciones.

Según Marie, la cólera se relaciona con el hígado, este sentimiento perenne en forma constante, produce síntomas relacionados al viento y al fuego expresado con anterioridad. El abatimiento y la tristeza de forma constante son emociones que atacan al pulmón haciendo disminuir la energía provocando síntomas similares a la depresión y la ansiedad.

Igualmente este autor afirma que la nostalgia o la dubitación, es la emoción propia del bazo, bloqueando la energía, quedando perturbado la digestión y produciendo además espasmos musculares. La sensación constante de miedo cuya relación es directa con el

---

<sup>24</sup> Ibid., pág. 149

riñón, disminuye la energía de los mismos ocasionando debilidades, y Tablas de enuresis. El terror es el sentimiento del corazón según Marie el cual produce insomnios, palpitaciones y confusión mental.

## **2.4 Diagnóstico.**

Según Maciocia refiere que el diagnóstico médico es similar como ocurre en la medicina alopática, luego de un interrogatorio pormenorizado al paciente, se tiene en cuenta su comportamiento, su contextura física, la coloraciones de la tez, el sonido y timbre de su voz y se realizan las preguntas de acuerdo a la sintomatología que acusa el paciente, valorando cada información aportada por este. En el examen físico se tiene en cuenta el pulso y la lengua, que son de vital importancia, los cuales en sus características reflejan aquellos órganos comprometidos y analizadas a partir de los elementos anteriormente citados con el fin de identificar el Tabla sindromático desde la Medicina Tradicional China que lo aqueja.

La Medicina Tradicional China es un sistema holístico que propende por la búsqueda de la salud a través del mantenimiento energético del ser humano utilizando el modelo cuerpo-mente y su indivisibilidad. El ser humano interacciona con el mundo y el universo siendo los tres uno, a través del equilibrio energético. En donde la enfermedad es entendida como la desarmonía energética ocasionada por factores internos (las emociones), externos (cambios climáticos, estilos de vida, la dieta, ejercicio y actividad sexual). Este sistema médico holístico, posee una capacidad de gestión hacia la prevención procurando de manera natural, cuidar y mejorar la salud y prolongar la vida del ser humano a través del manejo de la energía, el espíritu y la vitalidad, buscando su equilibrio permanente y continuo. [36]

## **2.5. Componentes terapéuticos de la Medicina Tradicional China**

Según lo expresado por Budris (2004), este sistema médico es principalmente de origen taoísta, cuyo origen se remonta a la dinastía Yang durante el gobierno del Emperador Amarillo Hang Di hace 2600 años antes de Cristo, con la aparición del libro Huang Di Nei

- 34 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación
- 

Ching en el cual, mediante un dialogo sostenido entre el Emperador Huag Di y su ministro Qi BO, se tratan temas de medicina, fisiología, anatomía y Acupuntura. La Medicina Tradicional China es un sistema holístico conformado por la Acupuntura, incluyendo en esta misma, a la Moxibustión, la aplicación de ventosas, la Auriculoterapia<sup>25</sup>, la reflexología, los masajes, la gimnasia oriental, la herbolaria la nutrición y la dietética entre otros, cuyo origen data aproximadamente de 5000 años (figura2-1)<sup>26</sup>.

## 2.5.1 Acupuntura.

La Acupuntura, es un componente Terapéutico de la Medicina Tradicional China, el cual maneja el sistema energético del cuerpo a través de la inserción de agujas en puntos energéticos, manipulándola y haciendo que esta circule libremente por el cuerpo tendiendo a conseguir un equilibrio y de esta manera recuperar la salud. La energía se desplaza por canales o meridianos por todo el cuerpo similar a como corren los vasos sanguíneos en el mismo. Estudios recientes infieren que la aplicación de estas agujas en dichos centros energéticos actúan a nivel del sistema nervioso central, provocando la liberación de neurotransmisores que modifican umbrales dolorosos y estimulan sistemas autor reguladores del organismo mejorando el curso de las patologías en general (Budris 2004).

La definición de Acupuntura hace referencia a la estimulación de puntos específicos, en el cuerpo, por una variedad de técnicas, incluyendo la inserción de agujas metálicas delgadas en la piel. Su objetivo es restaurar y mantener la salud, eliminando los bloqueos en el flujo de Qi, realizando la estimulación de puntos en los recorridos de canales o meridianos específicos del cuerpo ubicados en la piel. Aunque se piensa que su origen

---

<sup>25</sup> BUDRIS, Fabio. Que es la Medicina Tradicional China. Buenos Aires. Agama. 2004. pág. 14

<sup>26</sup> Política Nacional de Medicinas Complementarias e Integrativa en el Sistema Nacional de Salud de México. Disponible en [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta1/guia\\_imp.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta1/guia_imp.pdf)



es chino, actualmente esta terapéutica tiene influencias de tradiciones curativas de China, Japón, Corea y otros países<sup>27</sup>. [37].

Es importante resaltar que las agujas no son los únicos instrumentos utilizados para la realización de esos estímulos, se utiliza también el calor mediante moxas, o estímulos digitales utilizando la técnica de dígito puntura, ventosas, sangrias, recomendaciones nutricionales. La explicación basada en la evidencia afirma que el efecto terapéutico de la Acupuntura se fundamenta en la vasodilatación local, luego de recibir el estímulo sobre la piel, afectando las fibras nerviosas de tipo A δ o fibras C, con la generación de sustancias inflamatorias, que liberan endorfinas sangre desencadenando una analgesia de tipo opiode. [38]

De acuerdo a lo expresado por Li Ping (2000) la Medicina Tradicional China ha identificado por más de 2.500 años los mapas de meridianos por donde transita la energía tendiendo como objeto explicar las relaciones e influencias reciprocas que existen entre las diferentes partes del cuerpo con las actividades fisiológicas, patológicas y de tratamiento basados en estos conceptos<sup>28</sup>.

La Moxibustión se encuentra integrada a la acupuntura y de acuerdo a Budris (2004), esta fue antes que la misma acupuntura. Esta es una técnica que mediante calor producido al prender unos conos o cigarrillos de "*artemisa Vulgaris*" se estimulan puntos de acupuntura para conseguir efectos terapéuticos en patologías relacionadas con el frío y el Yin.

La Auriculoterapia el cual es un procedimiento terapéutico integrado a la acupuntura, aunque esta no maneja meridianos, el principio consiste en que la oreja está relacionada con zonas reflejas del cuerpo y al estimular estos centros de energía, produce efectos terapéuticos en el órgano afectado (Budris 2004).

---

27 Definición tomada de National Center Complementary Alternative Medicine.

28 Li Ping. El gran libro de la Medicina China. Pág. 345.

- 36 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación
- 

### **2.5.2 Reflexología.**

Procedimiento terapéutico que consiste en la realización de masajes principalmente en la planta del pie, el cual utiliza esquema de zonas reflejas del cuerpo, similar a lo que sucede con la Auriculoterapia<sup>29</sup>.

### **2.5.3 Masajes.**

En China el propósito principal del masaje es la circulación de la energía y la sangre del cuerpo humano, conocer el cuerpo humano y esta técnica es importante en la prevención de enfermedades.<sup>30</sup>

### **2.5.4 Gimnasia Oriental.**

Los chinos en la antigüedad tenían la concepción del movimiento, mediante la realización de ejercicios físicos, permitiría mantener la salud y minimizar el envejecimiento. El Qi gong es una clase particular de ejercicios que mediante una buena respiración y concentración, propende a la libre circulación de la energía para mantener la salud física, mental y espiritual, generando la autoconciencia y el autocuidado.<sup>31</sup>

### **2.5.5 Fitoterapia.**

Es la intervención de manejar las diferentes patologías, mediante las plantas, mediante el empleo del tallo, las raíces las hojas en donde en china existe amplio desarrollo incluso es el método más utilizado en dicho país por encima de la Acupuntura, la clasificación contempla plantas Yin, Plantas Yang, frías, calientes induciendo a la tonificación y a la

---

<sup>29</sup> Tomado de Budris Fabio. Medicina China Tradicional. Pág. 64

<sup>30</sup> Ibid., Pág. 72.

<sup>31</sup> Ibid., 73

dispersión energética. Sin embargo esta práctica terapéutica no ha sido muy difundida este método terapéutico en occidente<sup>32</sup>.

### **2.5.6 Nutrición y dietética**

Los alimentos además de ser considerados como fuente de energía estos se convierten en sanadores ya que estos tienen una naturaleza propia, de acuerdo al principio de cinco elementos y de Yin-Yang que los hacen útiles como complemento de acciones terapéuticas. Los alimentos pueden ser de naturaleza caliente (yang) los cuales tonifican, calientan, ascienden y promueven. Los alimentos neutros estabilizan, armonizan, centran, los alimentos de naturaleza fría refrescan, sedan, astringen, hidratan (Budris 2004).

Por su sabor tienden a hacer circular la energía ya que el sabor tienen una relación intrínseca con el órgano al cual influyen de tal manera que los alimentos ácidos influyen sobre el hígado y la vesícula biliar, el amargo influye sobre el corazón e intestino delgado; el salado actúa sobre el riñón y la vejiga y el dulce influye sobre el Bazo estómago y el páncreas.<sup>33</sup>

Es por esta razón que la Medicina Tradicional China, de acuerdo a sus preceptos, promueve los buenos hábitos alimenticios una dieta balanceada de acuerdo al fenotipo, naturaleza, o desarmonía energética que tengan los individuos, tendientes a una verdadera promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

---

<sup>32</sup> Ibid. 74

<sup>33</sup> Ibid., pág. 78

- 38 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

**Figura 2-4.** Componentes del Sistema Tradicional Chino



Fuente: modelos alternativos de atención a la salud: utilización y disponibilidad en la ciudad de México.

## 2.6 Historia de la Medicina Tradicional China

La historia de la Medicina Tradicional China se remonta cuatro milenios atrás con la aparición del “Nei – Ching” en china, sin embargo, hay vestigios que llevan a pensar que su aparición procede de 27 siglos atrás, en el neolítico, evidenciados por edictos reales, en los cuales las para la curación se debía utilizar finas agujas. Su origen al parecer tampoco se encuentra completamente establecido ya que, existen indicios que no sea un método terapéutico chino, sino coreano. [39]

Sussmann (2000) refiere que el desarrollo y apogeo de la Acupuntura, se consolidó en las diferentes dinastías chinas siendo la más representativa la Dinastía Shang, en la cual aparece el concepto de Yin-Yang descrito en el I Ching. La aparición del Huang Di Nei

Ching se atribuye en la Dinastía Chou y la Acupuntura adoptada como herramienta terapéutica a la Dinastía Han.

La descripción de los tipos de agujas de Acupuntura, formas de uso, localización de puntos en el cuerpo y teorías de diagnóstico. Datan de 2600 años A.C. En el Año 580 de nuestra era es fundada la primera escuela imperial de medicina china; el establecimiento del sistema médico imperial en donde se entrenaban y calificaban los practicantes de Acupuntura entre el año 960 y 1279. (Budris 2004)

Durante la dinastía Ming (1368-1644) se perfecciona la Acupuntura y se realiza el trabajo enciclopédico de en el arte de la Medicina Tradicional China el cual contaba con 120 volúmenes<sup>34</sup>.

En los inicios del siglo XX se presenta un estancamiento en el desarrollo de la Medicina Tradicional China prohibiéndose su ejercicio debido a la implementación del modelo occidental de salud por parte del gobierno chino (Sussmann 2000).

Existen vestigios en que los primeros en introducir la Acupuntura en Occidente fueron los Jesuitas al regreso de misiones eclesiásticas realizadas en China, sin embargo la difusión importante de esta terapéutica China fue posterior a la visita que realizó el presidente de los Estados Unidos Richard Nixon a ese país Asiático en el año 1972 en donde conoce de primera mano sus resultados, estimulando su estudio e investigación en Norteamérica<sup>35</sup>.

Francia es el país pionero en Europa en el estudio de la Acupuntura con la publicación de trabajos y realización de traducciones del idioma Chino, siendo el trabajo más importante el desarrollado por Georges Soulié Moirant. En esa nación se conforman igualmente las sociedades médicas en Acupuntura, extendiéndose su estudio y desarrollo por Europa, incluso fue la puerta de entrada para que este sistema médico milenario tenga sus primeros acercamientos en Latinoamérica según referencia de Sussmann (2000).

---

<sup>34</sup> Ibidem., pág. 8.

<sup>35</sup> Ibid., pág. 9

## **2.7 Modelo cuerpo-mente.**

La Medicina Tradicional China considera al hombre inmerso en el cosmos, influenciado por el entorno que lo rodea (macrocosmos), considerándose al individuo como un microcosmos, en donde cada órgano tiene una relación con una emoción propia, dentro de un equilibrio consigo mismo y con los demás órganos, y en conjunto constituyen la armonía energética del ser. Las emociones son un componente importante de la mente, luego a través de estas, la mente tiene una interacción continua y reciproca con el cuerpo, concluyendo que las emociones constituyen una causa importante de desequilibrios energéticos que originan la mayoría de enfermedades de ser humano.[40]

## **2.8 Medicina Tradicional China y Medicina Convencional.**

Según López (2005), las diferencias entre el sistema médico convencional con la Medicina Tradicional China (Ver Tabla 2-2), radican en que la primera se basa en sistema piramidal, ya que es el cerebro quien comanda la función de los órganos y las emociones por fenómenos estrictamente biológicos cuyo equilibrio se logra mediante respuestas estructurales adecuadas que genere el individuo ante influencias del medio ambiente y ante factores patógenos. La enfermedad es entendida como la presentación de respuestas bioquímicas inadecuadas originadas en un órgano específico, siendo allí enfocada la respuesta terapéutica.

Budris (2004) expresa que la Medicina Tradicional China por su parte mantiene un sistema de tipo circular el cual comprende a la interacción de energías a través del modelo cuerpo – mente, entre los diferentes órganos y sistemas de manera interdependiente, considerando las potenciales causas de alteración del equilibrio energético, en este sentido posee una gran inclinación hacia la prevención como lo expresan los libros antiguos de Medicina China [39]

Los sabios prevendrán la enfermedad más que curarla, mantendrán el orden más que corregir el desorden, lo cual es el más alto principio de la sabiduría. Curar una enfermedad con medicinas o corregir un desorden es como...fabricar armas cuando la guerra ya ha estallado y es demasiado tarde para que sirva de mucha ayuda<sup>36</sup>

Sin embargo con el advenimiento de la psiconeuroenimunoendocrinología se podrían conciliar estos dos sistemas médicos de acuerdo a lo expresado por López (2005).

**Tabla 2-2.** Conceptualización entre los sistemas médicos Occidental y oriental<sup>37</sup>.

SISTEMA OCCIDENTAL	SISTEMA ORIENTAL
El cerebro está al tope del sistema piramidal cuerpo mente. Las emociones afectan el sistema Límbico dentro del Cerebro. Los impulsos nerviosos viajan desde el hipotálamo a través del sistema simpático a través de los centros nerviosos simpáticos y parasimpáticos y finalmente alcanzan los órganos internos. De esta forma, los impulsos nerviosos son transmitidos hacia el órgano relevante en esta situación creando la afectación	El sistema cuerpo – mente no es piramidal sino producto de una interacción circular entre los órganos y sus aspectos emocionales, lo que puede ser entendido también como una interacción de energías.
Tiende a considerar las emociones en los órganos como una relación secundaria inhibitoria o excitatoria, más que como causal primario de enfermedad.	La desarmonía energética de las emociones y el aspecto físico, como la desarmonía de la energía misma. Las emociones como inseparables de la esfera de las afecciones de los órganos internos.
Medio ambiente	Ser Humano
Soma	Psiquis
Materia	Energía
Estructura	Función
Enfermedad	Individuo
Factores patógenos	Factores anti patógenos
Prevención ambiental vacunas	Prevención endógena

Fuente: Medicina Tradicional China y Neurofisiología de la Acupuntura

<sup>36</sup> HOANG TI. Su Wen primera parte. Buenos Aires. Ediciones continente. 2009. pág. 57

<sup>37</sup> Tabla consolidado a partir de Diferencias entre el sistema oriental y sistema Occidental referido por Budris, Op. Cit., pag.40 y LÓPEZ, Edgardo, neurofisiología de la Acupuntura. Buenos Aires. Serendipidad. 2004. Pág. 32

## **2.9 Medicina Tradicional China, un Modelo de Atención.**

Según White (2004), la suficiente evidencia científica referente a las indicaciones que tendría la Acupuntura en manejo de ciertas patologías tales como el dolor cervical; las náuseas y vomito pos- quimioterapia; hombro doloroso; lumbalgia crónica; dolores articulares; Cefaleas idiopáticas; dismenorrea entre otros. Por otra parte La Organización Mundial de la Salud ha propendido por la implementación de marcos regulatorios y de capacitación de personal administrativo, médico y paramédico, para el ejercicio de la Acupuntura, mediante el diseño de programas curriculares bien estructurados por instituciones reconocidas por el Estado para tal fin.

Si bien es cierto, y de acuerdo a lo referido en él Su Wen, La Medicina Tradicional China y dentro de su arsenal terapéutico, la Acupuntura, y la Moxibustión, corresponden a los enfoques terapéuticos de La Medicina Tradicional China más conocidos en occidente, no son los únicos utilizados para el tratamiento de la enfermedad. Este sistema médico cuenta con una experiencia mayor de 50 siglos con registros escritos desde hace mas de 2.600 años, siendo su modelo de atención similar a la utilizada por los sistemas convencionales de salud, brindando aportes al tratamiento de enfermedades de interés en salud pública como es el caso de la diabetes.<sup>38</sup>

En este sentido la Medicina Tradicional China y especialmente la acupuntura, por tener estas un modelo de atención propio, desde la antigüedad, poseen la factibilidad de ser integradas al sistema de salud colombiano en nuestras Instituciones prestadoras de salud adscritas a la red pública, ayudando no solo a la resolución de problemas de interés para la salud colombiana, sino también como coadyuvante en el tratamiento de enfermedades de alta complejidad.







### **3. Experiencias internacionales en la implementación de la Medicina Tradicional China y Acupuntura al modelo de salud occidental.**

Existe un interés progresivo de un gran número de países por la integración de modelos alternativos de salud a los sistemas convencionales, sentimiento que inicia a mediados del siglo pasado, cuando China, en la primera Conferencia Nacional de Salud en el año de 1950, la adopta la integración de la Medicina Tradicional China con la medicina occidental, mediante el diseño de novedoso modelos de atención, adhiriéndose a esa iniciativa, un gran número de países, luego de la publicación de políticas de la Organización Mundial de la Salud sobre el particular a finales de los 70s. [42].

Según Budris (2004), La baja incidencia de presentación de complicaciones relacionadas con su ejercicio, el diseño de guías sobre la formación, la seguridad básica en acupuntura y las investigaciones clínico sobre la Acupuntura<sup>39</sup> tendientes a garantizar la seguridad del paciente, han hecho posible la implementación de servicios de atención de este sistema médico oriental a procesos de atención occidental.

La acupuntura como parte de la Medicina Tradicional China es practicada en más de 70 países en el mundo, no solo por acupunturistas, sino también por médicos convencionales (ver figura3-1). Este sistema médico ha despertado el interés a nivel mundial para su estudio y capacitación, debido a los grandes aportes que brinda en el tratamiento de pacientes con dolor crónico y en el tratamiento de las náuseas, además de generar investigaciones médicas, de acuerdo a literatura soportada por Medicina Basada en la Evidencia, impulsadas por diferentes asociaciones y agremiaciones de

---

<sup>39</sup> BUDRIS. Op. cit., pag.140.



### **3.1 Modelos integrativos de salud implementados.**

En China, por ser la cuna de este sistema médico holístico coexisten las dos medicinas dentro de un sistema sanitario vigente los cuales se complementan de manera directa. Existen hospitales propios en los cuales se prestan servicios de medicina tradicional china, igualmente, en instituciones prestadoras de salud occidentales se ofrecen servicios ambulatorios y de hospitalización en las diferentes especialidades médicas, así como en Medicina tradicional China. [45]

La llegada al poder del líder Mao Tse-Tung, propone cambios importantes dentro de la sociedad china, la importancia de las comunidades sobre el concepto de familia; una formación médica con principios más comunitarios que de riqueza particular, impulsan retomar la Medicina Tradicional China en la atención en salud con llevando a la coexistencia de los modelos tradicionales y convencionales en la República Popular China, modelo que ha sido de interés por muchos países. El modelo de salud chino, ha estado influenciado de manera directa por los cambios políticos y sociales que ha sufrido ese país. [46]

En Cuba, a finales de los noventas, comienza la integración de las medicinas naturales y tradicionales al Sistema Nacional de Salud con la introducción de diversas aplicaciones de la Medicina Tradicional y Natural en clínicas seleccionadas, desde 1996. Proceso que inicia con la creación de un programa sistemático y estratégico para su integración. En la actualidad, estos sistemas médicos se encuentran insertados, como una especialidad más, dentro del Sistema Nacional de Salud, denominados como de Medicinas Tradicionales y Naturales, con programas de educación continua a profesionales médicos, mediante estudios de posgrados, utilizando la misma infraestructura hospitalaria del sistema de salud. Este modelo contempla a pacientes hospitalizados, el cual ha merecido reconocimientos internacionales y entre ellos Colombia. [47]

En Brasil, La homeopatía, la Medicina Tradicional China y la fitoterapéutica son utilizadas dentro de los servicios de salud pública, en las unidades básicas de primer nivel, el cual es tomado por el “sistema único de Salud” de Brasil centrados en los principios de integralidad, universalidad y equidad. Tiene un Sistema de Información Ambulatorio, que permite hacer seguimiento a las consultas médicas en todas las

regiones del país. Igualmente, se encuentran como directrices, la incorporación e implementación de las políticas en medicina tradicional y complementaria en el Sistema Único de Salud, dentro de las actividades de promoción de la salud prevención y recuperación de la enfermedad. La Acupuntura fue introducida en este país hace unos 40 años, y encontrándose implementada dentro de las actividades de salud pública [48].

### **3.2 Algunos modelos integrativos de salud en implementación.**

En otras latitudes, como lo describe el *Legal status of traditional medicine and Complementary/ alternative medicine A worldwide review (2001)*, la integración de la Acupuntura al sistema de salud convencional se encuentran en varios niveles de desarrollo, a pesar que existe un reconocimiento normativo a su práctica, no se encuentran integrados al sistema sanitario nacional, como ocurre en México, Argentina, Ecuador, Chile, Canadá, Estados Unidos, España y Francia entre otros. Experiencias que se describen a continuación por afinidad sociocultural sin embargo, se aclara que no son las únicas que se desarrollan en el mundo:

En México, luego de actividades de sensibilización a los proveedores de salud, existe una gran disposición a implementar las medicinas alternativas en el modelo de salud mexicano por parte de estos profesionales a la práctica occidental en la atención de Usuarios. En ese país se ha establecido la Política Nacional de Medicina Alternativa, que forma parte del Programa Nacional de Salud 2001-2006, permitiendo regular los servicios de medicina alternativa y complementaria (MAC). [49].

En Argentina los diferentes sectores sociales y las agremiaciones en general apoyan la implementación de estas medicinas complementarias, luego del reconocimiento normativo que se le otorga a la Acupuntura. [50,51]

En Ecuador existen experiencias interesantes como el desarrollo del proyecto piloto de Guamaní, apuntando a las clases sociales menos favorecidas teniendo en cuenta su

realidad social, cultural, étnica, generacional, económica, ambiental actual y de género, incorporando prácticas de medicina tradicional y alternativas en el marco de la atención integral de salud, ofreciendo dentro de sus servicios la atención con Acupuntura, con seguimiento de indicadores epidemiológicos, de reconocimiento internacional.[52]

En Chile, las normas inherentes a la regulación normativa para el ejercicio de la acupuntura, además de referir requisitos de idoneidad, se encuentran directrices sobre el cumplimiento de criterios de infraestructura para su ejercicio. [53, 54]

En Canadá la Acupuntura se encuentra regulada, incluso, en algunas provincias la Medicina Tradicional China y la Acupuntura son consideradas como profesiones, Existen directrices regulatorias en cada provincia propias, inherentes al ejercicio de la Acupuntura de acuerdo al Legal Status (2001)

En Los Estados Unidos, la FDA (Food and Drugs Administration) es el Ente regulador del uso de sus insumos. Las juntas de Acupuntura en los diferentes estados de la Unión Americana son las encargadas de reglamentar su acto médico, sus tratamientos muy costosos, aunque las aseguradoras las tienen contempladas dentro de sus planes de beneficios, siendo onerosas sus cuotas moderadoras. [55]

En España existen instituciones médicas que han integrado la Acupuntura dentro de su modelo de atención, junto con los manejos, en medicina convencional, que viene recibiendo los pacientes. Actualmente están en desarrollo normas por las asociaciones medicas referentes a capacitación y entrenamientos, diseño de directrices éticas y deontológicas, pretendiendo su implementación al modelo de salud. [56,57]

En Francia, La seguridad social realiza reembolsos a pacientes quienes hayan recibido actividades específicas o prescripciones medicas incluyendo la Quiropraxia, fitoterapia, Acupuntura, siendo esta ultima beneficiaria de estos reintegros por la seguridad social desde el año de 1947. La legislación francesa enfatiza que la Acupuntura debe ser ejercida únicamente por médicos graduados en escuelas de medicina francesas, no admitiendo a personas con formación en escuelas foráneas.[58.59].

### 3.3 Tipos de integración al sistema de salud convencional.

No se tiene conocimiento estadístico real de atenciones en medicina alternativa, relacionado con su accesibilidad y asequibilidad, así como, tampoco se tiene un conocimiento sobre el volumen de consultas realizadas en Medicina Tradicional China y/o Acupuntura lo cual limita la implementación de modelos de salud lo suficientemente consolidados que ameriten un reconocimiento internacional, generando diferentes grados de aceptación por parte de los Estados donde hallan esfuerzos en esta integración . [60]

En este orden de ideas, el grado de implementación de las medicinas alternativas al modelo de salud convencional, se encuentra en un gran espectro, desde países que cubren en su totalidad las prácticas en estas medicinas holísticas en sus pueblos, incluyendo la generación de políticas públicas, investigación, financiación asistencial en hospitales diseñados exclusivamente a la prestación de servicios de medicina tradicional y complementaria, como el caso de China, Vietnam, Cuba y Reino Unido<sup>40</sup>, entre otros, hasta naciones en donde su implementación ha sido mínima.

En este sentido La OMS ha identificado tres tipos de sistemas de salud para describir hasta qué punto la MT/MCA esa relacionado con el sistema sanitario oficialmente reconocido<sup>41</sup> y referidos a continuación. [61].

- **Sistema integrado:** la MT/MCA está oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria (China, Corea, Cuba)<sup>42</sup>.
- **Un sistema inclusivo:** reconoce la MT/MCA pero todavía no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad. Es posible que la MT/MCA no esté disponible a todos los niveles sanitarios, no cubra tratamientos, no esté disponible

---

<sup>40</sup> Tomado Bodeker de the economic factors in policy and public health perspectives. pág. 16

<sup>41</sup> Tomado del sistema experto para la Medicina Tradicional Boliviana. pág. 22.

<sup>42</sup> Ibid., p. 22



la educación oficial y que no exista una regulación de los proveedores y productos de MT/MCA. (Guinea Ecuatorial, Nigeria, Mali Canadá y el Reino Unido), pero que se están esforzando por asegurar la calidad y la seguridad de la MT/MCA. (Choque 2006)<sup>43</sup>

- **Sistema tolerante:** el sistema sanitario nacional está basado enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT/MCA<sup>44</sup>.

Estos hechos desvirtúan el supuesto sobre la aparición de la Medicina Alternativa como respuesta al caos que presenta sistema médico convencional según Bodeker (2007). El conocimiento de las expectativas de la comunidad médica y las autoridades sanitarias sobre la integración de la medicina alternativa y complementaria en general al sistema de salud convencional; las razones por las cuales los pacientes acudirían a estas medicinas alternativas y su concepto, su disposición y capacidad de pago que tienen sobre estas, a nivel mundial especialmente en Latinoamérica serían de vital importancia como inicio en este proceso de integración por parte de de estos dos sistemas médicos.

Niguenda (2002), también refuerza lo expresado anteriormente en la descripción de estudios realizados sobre el grado de aceptación en la implementación de servicios de medicina alternativa y complementaria entre ellos la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, engranado dentro del aseguramiento convencional sanitario, describen toda clase de resistencias inherentes a su implementación por parte de los actores que forman parte de los sistemas de salud, debido a una descalificación y bajo reconocimiento, en contraposición al que tiene el sistema médico alopático, debido a múltiples causas de tipo cultural, económico, falta de información sobre los fundamentos de este tipo de sistemas médicos entre otros.

El modelo que integre la Medicina Tradicional China, al sistema convencional de salud debe ser factible y responder de manera continua y sostenible a las expectativas a los diferentes actores del sistema dentro de unas implicaciones éticas propias implícitas en leyes de mercado [62].

---

<sup>43</sup> Ibid., p 22

<sup>44</sup> Ibid. p. 23.

### **3.4 Bases normativas para el ejercicio de MT/MCA en Colombia.**

Según Dipierri (2004) En Colombia las 2/3 partes de la población utilizan la medicina alternativa, con una escasa proporción en la utilización de la Acupuntura, para recuperar y mantener la salud, por lo cual el conocimiento e implementación de otros sistemas médicos al modelo de salud convencional, permitiría abrir un más posibilidades para acceder a los servicios de salud. En estudios realizados por La Secretaría Distrital de Salud de Bogotá con IPSs que prestaban algunos servicios de medicina alternativa, junto a servicios en salud formalmente habilitados, encontrando que estos se realizan de forma aislada y fragmentada, siendo más crítico con este sistema médico oriental [63].

Este estudio realizado por el Grupo Funcional de Medicina Alternativa y Terapias Complementarias Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2009) revelo que la falta de conocimiento por parte de la gerencia y los prestadores sanitarios en procesos de implementación integral y articulado de modelo de atención con los objetivos propios de la institución prestadora e integrado a los distintos servicios de salud, así como desconocimiento sobre los comportamientos y expectativas de los Usuarios, como potenciales clientes en este tipo de servicios hacen que en Colombia no tengan acogida estos novedosos modelos alternativos de atención en salud.

Una vez conocidas estas realidades es perentorio conocer la historia y las Bases normativas que actualmente se disponen apuntando a la integración de la Medicina Tradicional China y con ella la Acupuntura al modelo de atención en salud colombiano.

En el trabajo de tesis de Giovanna Quintero (2009). El periodo comprendido en la primera mitad del siglo XX el estado colombiano y sus Entes sancionan una serie de leyes decretos y resoluciones referentes al ejercicio de la profesión médica y de la capacitación de médicos para su ejercicio dentro de los estándares de calidad propias de la época. Estas normatividades corresponden a la ley 67 de 1935, decreto 2736 de 1936 ley 14 de 1962, antes de la gran reforma den el sistema nacional de salud en el año de 1973.

Las políticas de integración de la medicina alternativa al sistema de salud colombiano, especialmente de la Medicina Tradicional China y Acupuntura parten de una normatividad existente, los cuales se constituyen en insumo para el desarrollo de este modelo de salud. Las normas que serán citadas a continuación, corresponden a las que involucran las actividades intervenciones y procedimientos en Medicina Tradicional China y Acupuntura:

Al revisar la normativa referente a la primera mitad del siglo, no se encuentran disposiciones que mencionen de manera explícita a la Medicina Tradicional China, ni la Acupuntura, como si se encontraba para el ejercicio de la homeopatía. Sin embargo en el Acta 056 de noviembre de 1979 menciona a la Acupuntura como método terapéutico, de una medicina única. [64]

La Resolución 5261 de 1994. Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. En esta normativa hace referencia a que los Usuarios pueden escoger el manejo de su salud mediante el uso de medicinas alternativas [65]

CONSULTA MEDICA GENERAL O PARAMEDICA....Entidades Promotoras de Salud podrán permitir la utilización de medicinas alternativas siempre y cuando estas se encuentren autorizadas para su ejercicio y cuando medie previa solicitud del paciente.<sup>45</sup>

La resolución 2927 de 1998 “Por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones”. Los prestadores que ofrezcan servicios de salud en Medicina Alternativa, deben cumplir las normas y disposiciones establecidas, abriendo la posibilidad del establecimiento de tarifas por esta clase de prestación de servicios. La bioenergética, la homeopatía y sus modalidades, la terapia neural, la terapia con filtros, las terapias manuales, y la Acupuntura con sus procedimientos

---

<sup>45</sup> COLOMBIA.MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261.p. 2.

asociados son oficialmente aceptadas para ser utilizadas en la atención de pacientes. [66]

La resolución 5078 DE 1992 “adopta las normas técnico - administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas y se crea el Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de las mismas”. Esta norma refiere que el Ministerio de Salud, concertará la formación académica en terapéuticas Alternativas. Esta normatividad también pretende la articulación de los servicios de salud convencionales con las terapéuticas desarrolladas por las Culturas Médicas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas, considerando la consecución de recursos necesarios, para tales fines. [67].

El anexo técnico 1 de La resolución 1043 del 03 de abril de 2006. Esta norma enfatiza que los profesionales en salud que ejercen las terapias alternativas específicamente en criterios en cuanto a Terapia Neural, Acupuntura, Terapias Vibracionales, Homeopatía, Herbología, esencias florares deben cumplir lo dispuesto a los nueve estándares de habilitación y su validación correspondiente por los Entes de control. Quienes practican la Acupuntura, deben cumplir estándares de dotación y mantenimiento, referentes a las agujas utilizadas<sup>46</sup>, además de la certificación de idoneidad formal. [68]

En el Plan Nacional de Salud Pública 2007-2010, abre la posibilidad de espacios para la implementación de las medicinas alternativas mediante la estructuración de modelos de salud de pueblos indígenas e implementación de la investigación en medicina alternativa como lo registra el decreto 3039 de 2007 [69]

Estrategias para fortalecer la gestión para el desarrollo operativo y funcional del plan nacional de salud pública...Coordinación interinstitucional y comunitaria para la estructuración de los modelos de salud de los pueblos indígenas e investigación sobre la medicina tradicional<sup>47</sup>

---

<sup>46</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Resolución 1043 Anexo 1.p 36

<sup>47</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 3039 de 2007.P 49.

La ley 1164 de 2007 refiere que los profesionales que ejerzan la medicina alternativa en el tratamiento de pacientes deben poseer un entrenamiento realizado por instituciones de educación superior reconocidas por el estado, especialmente en la Medicina Tradicional China, Ayurveda, Medicina Naturopática y Homeopatía. [70]

El acuerdo 008 de diciembre de 2009 de la Comisión de Regulación en Salud (Ente creado a partir de la ley 1122) incluye a las medicinas alternativas definidas de acuerdo a normatividades anteriores, en la actualización integral del POS en los regímenes contributivo y subsidiado [71].

La ley 1438 de 2011 abre el espacio para la práctica de medicinas alternativas dentro de la implementación de la Atención primaria en salud “Interculturalidad, que incluye, entre otros los elementos, las prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud”<sup>48</sup>.

Actualmente se encuentran varios proyectos normativos en estudio, tendientes a reglamentar la política pública en medicinas alternativas para su ejercicio. Es el caso de el Proyecto de ley 106 de 2004 define lo que es la Medicina Tradicional; Alternativa y Complementaria y su marco de acción, a la vez que propone crear el Consejo Colombiano de Medicina Alternativa y la Dirección de Medicina Alternativa en el Ministerio de la Protección Social y el proyecto de acuerdo 010 de 2008 en la ciudad de Cali tendiente a la implementación de la política pública de medicina Alternativa Conocidas como “Cuerpo, Mente y Espíritu” [72,73]

En efecto, se tiene un Tabla normativo escaso el cual simplemente el Estado reconoce el ejercicio de algunas medicinas complementarias, dentro de unos marcos regulatorios que obligan a una capacitación certificada y calificada en estos sistemas médicos para este tipo de proveedores de salud. Teniendo en cuenta que Colombia es rica en diversidad étnica, hace falta políticas para el desarrollo de la Medicina Alternativa con enfoque intercultural, que dirija el diseño de normas y modelos de atención propios

---

<sup>48</sup> COLOMBIA.CONGRESO DE LA REPUBLICA.Ley 1438 de 2011.p.7

en cada uno de los sistemas médicos reconocidos por el estado contemplando su definición, estandarización del modelo de atención, de manera particular a cada sistema médico.

Este modelo se deben tener en cuenta múltiples variables para llevar a cabo una implementación de la medicina alternativa al modelo de salud convencional que partiría de la identificación de unas necesidades comunes en salud que demandan los usuarios referentes a la atención en medicina alternativa y complementaria, que no están cubiertos por el actual sistema conocidas como nicho de mercado, que potencialmente recibirían teniendo en cuenta su entorno cultural, sus expectativas, su aceptación o su rechazo; los intereses y expectativas de autoridades sanitarias y la comunidad médica sobre este tema, específicamente en procesos de facturación y pago de estos servicios en particular a las mismas especialmente en Medicina Tradicional China.







## 4. METODOLOGÍA

Para dar respuesta a la pregunta de investigación planteada al inicio del presente trabajo referente a la factibilidad de diseñar una propuesta aproximada de un modelo de atención en salud que puedan ser implementados por las Instituciones Prestadoras de servicios de salud, que integre la Medicina Tradicional China y Acupuntura al sistema de salud occidental.

### 4.1 TIPO DE ESTUDIO

Se realizará, como primera etapa, una revisión sistemática de la literatura correspondiente a estudios que describan los procesos estratégicos de implementación de modelos en los que involucre la integración de este sistema médico a sistemas de salud occidentales; sistema de calidad diseñados para tal fin; descripción de procesos de atención médica; metodología de facturación de servicios; conceptos y expectativas de autoridades sanitarias, profesionales de la salud y pacientes; soportes normativos al respecto.

**Palabras clave:** Medicina Tradicional China– Acupuntura –medicina alternativa – integración- modelo de salud

#### 4.1.1 Materiales de estudio

Informes, revisiones sistemáticas, normatividades y legislaciones que describan el proceso de implementación realizada o en ejecución de la Medicina Tradicional China y Acupuntura a los Sistemas nacionales de salud.

### **4.1.2 Criterios de inclusión**

Se tomarán como criterios de inclusión los estudios, descripción de experiencias, informes, normatividades y legislaciones de países que describan actividades, intervenciones y procedimientos que apunten a la prestación de servicios en Medicina Tradicional China y Acupuntura en las instituciones sanitarias alopáticas.

Dentro de los estudios se tendrán en cuenta los exploratorios, descriptivos, correlacionales, explicativos, investigaciones documentales, que registren los requerimientos anteriormente enunciados.

### **4.1.3 Criterios de exclusión.**

Como criterios de exclusión se tomarán Estudios realizados en países que exista la integración de la medicina alternativa al modelo de salud occidental pero no describa la inclusión de la Medicina Tradicional China y Acupuntura. Así mismo se excluyen aquellas revisiones que no mencionen procesos de implementación de ningún tipo de sistema médico alternativo.

## **4.2 Recolección de los datos:**

Se realizará una búsqueda referente a descripciones exploratorias o descriptivas inherentes a comportamientos de la población usuaria referentes a la conceptualización y comportamientos de las personas en general, con la Medicina Tradicional China y Acupuntura. Para tal fin se utilizarán para esto bases de datos electrónicas como HINARI e inter-red salud, MEDLINE, PUBMED, CINAHL, Embase, LILACS, SCOPUS, SCIENCE DIRECT, OVID, SCIELO Registro de Estudios Controlados Cochrane y demás disponibles en la Biblioteca virtual de la Universidad Nacional de Colombia. Adicionalmente se consultarán otras fuentes o registros de estudios como páginas webs de los Ministerios de Salud; Organización Panamericana de la Salud (OPS); Organización Mundial de la Salud (OMS). Otras consultas se tomarán aquellas como

libros personales, o publicaciones aportadas por docentes o autoridades en el tema, que puedan ser contactados.

### **4.2.1 Metodología específica para la Revisión bibliográfica.**

Se diseñará y diligenciará un formato que será utilizado como papel de trabajo que permitan el análisis de la información encontrada la cual pueda generar informes preliminares que serán el insumo para la generación de las conclusiones finales y recomendaciones, objeto de la presente revisión sistemática. Los componentes del formato para el análisis de la información recopilada corresponden a:

- 
- Integración de la Medicina Tradicional China y Acupuntura a las actividades de promoción y prevención.
- Sistemas de calidad desarrollada y métodos de seguimiento.
- Modelos de facturación desarrollados.
- Procedimientos de atención médica.
- Indicadores de gestión.
- Simbolismos y expectativas de las autoridades sanitarias, proveedores de Salud y población en general.

### **4.3 Análisis de vulnerabilidad.**

Posteriormente se realizarán un análisis de vulnerabilidad a los resultados obtenidos, de acuerdo al entorno socioeconómico colombiano, en el diseño aproximado de un modelo de atención, factible de ser implementado y que incluya la Medicina Tradicional China y la Acupuntura en el sistema de salud colombiano, para la atención de Usuarios en general en las Instituciones prestadoras de salud de Bogotá utilizándose la herramienta DOFA (Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y amenazas).

## 4.4 Consideraciones éticas

La metodología utilizada para el presente trabajo, garantiza la no existencia acciones constitutivas impropias que faltan a la ética, en el desarrollo de la investigación tales el plagio, la falsificación, ni duplicación de trabajos investigativos. Igualmente, cuidando de no infringir las normas referentes a las normas científicas, técnico-administrativas para la investigación en salud y derechos de autor, teniéndose en cuenta, disposiciones legales y reglamentos internos de la Universidad Nacional sobre este particular<sup>49</sup>, y tipificadas en la normatividad colombiana referente a la propiedad intelectual, manifestando también que no hay conflicto de intereses en la realización del presente trabajo investigativo, en este sentido, se han tomado acciones preventivas, propuestas por Dr. Miguel Roig<sup>50</sup>, garantizando la veracidad y la transparencia de la investigación desarrollada [74].

El diseño de modelos de atención serios y novedosos que sean implementados de manera factible y sostenible con el respectivo valor agregado que puedan aportar, por las Instituciones prestadoras de salud debe partir de realidades concretas de cada uno de los actores del modelo de atención. El no contar con estos conocimientos conllevara presentar falencias en su implementación y ejecución, desgastes administrativos y económicos, provocando frustraciones en la población usuaria interesada, por ende, la investigación se efectuara con toda la honestidad, responsabilidad y respeto al ser humano, que merecen este tipo de estudios.

---

<sup>49</sup> Corresponden a los siguientes marcos normativos: Resolución 8430 del 04 de octubre de 1993 del ministerio de salud de Colombia y el acuerdo Número 035 de 2003. Acta No 8 del 3 de diciembre de 2003 del Consejo Académico de la Universidad Nacional de Colombia.

<sup>50</sup> LAGUNA, Stephany et al. Consideraciones Éticas en las Publicaciones de Investigaciones Científicas. Pág. 71. Disponible en [http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/231/8\\_Consideraciones%20eticas.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/231/8_Consideraciones%20eticas.pdf)





## **5. Análisis de la información y resultados**

Siguiendo la metodología propuesta dentro del presente trabajo de investigación, se realizó la respectiva búsqueda de información concerniente a la integración de la Medicina Tradicional China dentro de los modelos de atención en occidente, dentro de las bases bibliográficas disponibles en los diferentes meta buscadores, es de aclarar que no solo se intento investigar sobre modelos o normas desarrolladas sino también aquellos elementos que hacen posible una implementación de la Medicina Tradicional China a los modelos convencionales, tales como las actitudes de los actores del sistema de salud, autoridades políticas, sanitarias; las actitudes de los proveedores de salud entendiéndose por estas a médicos particulares o aquellos que laboran en instituciones sanitarias y la más importante que es las disposiciones y expectativas de los Usuarios en general.

Por otra parte en la pesquisa realizada se intento realizar una aproximación con aquellos factores claves de éxito propios de un proceso de atención en salud los cuales hacen posible el desarrollo de un modelo de atención alternativo institucional, tales como el diseño de una planeación estratégica, realización de actividades intervenciones y procedimientos asistenciales en los diferentes niveles de atención, de acuerdo a su complejidad tales como metodologías de facturación, diligenciamiento de historias clínicas e indicadores de gestión.

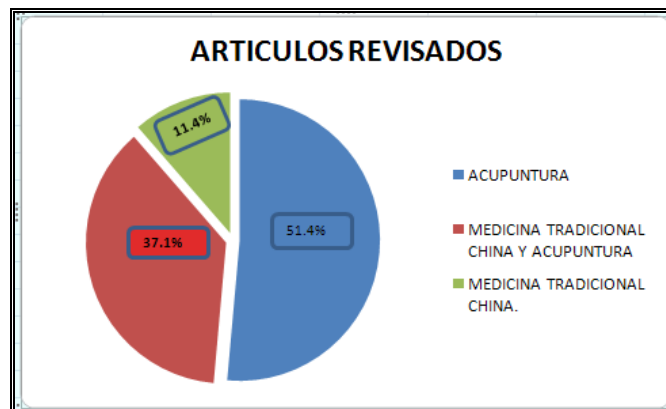
Una vez revisadas y analizadas las diferentes publicaciones en las que se encontraban plasmadas las diferentes experiencias tendientes a la integración de la Medicina Tradicional China a los modelos de atención en salud, se realizó una aproximación de identificación de barreras y fortalezas mediante el análisis bibliográfico desarrollado con el fin de identificar los elementos que harían posible el diseño de un modelo de implementación para la integración de la MEDICINA TRADICIONAL CHINA Y LA ACUPUNTURA, al actual modelo de atención en salud colombiano

La consecución bibliográfica desarrollo mediante la búsqueda en los diferentes bases de datos propuesta, igualmente algunos artículos de interés que formaron parte de esta revisión sistemática fueron conseguidos a través de páginas de embajadas, de manera directa con los autores u otras fuentes bibliográficas, ya que contenían información importante y útil para el presente estudio. Se tomaron como criterios de inclusión la descripción de implementación de la Medicina Tradicional China y/o la Acupuntura en las experiencias descritas en la bibliografía consultada, en este sentido experiencias de implementación en las que no relacionara a este sistema médico complementario no de tendrían en cuenta.

Se identificaron 47 referencias bibliográficas con las características de búsquedas propuestas de las cuales se excluyeron 11 artículos por no cumplir con los criterios anteriormente expuestos.

El del universo analizado (N= 37 artículos), en los cuales, además del sistema médico objeto de nuestro estudio, hacían referencias a otras medicinas alternativas complementarias encontramos que el 37.1% comprendían Medicina Tradicional China y Acupuntura y el 11.4 % se relacionaban únicamente a la medicina tradicional china. El 51.4% de las publicaciones analizadas, correspondían a publicaciones directamente relacionadas con la Acupuntura, sin embargo dentro de este grupo únicamente el 22.8% hacían referencia exclusivamente a la Acupuntura sin referencia a integraciones de otros sistemas médicos. (Ver figura5-1)



**Figura 5-1.** Distribución de publicaciones revisadas.

Se revisaron dentro de las publicaciones la presencia de información concerniente a implementación de un modelo de salud tales como modelos de atención y normatividades los cuales se encuentran directrices regulatorias de estándares de calidad en salud y los criterios de los mismos como oportunidad en la atención, accesibilidad, continuidad y el más importante referente a la seguridad en la atención del paciente como del proveedor de salud.

Otros factores tenidos en cuenta se encuentra la normatividad; identificación de una planeación estratégica de implementación del modelo, conceptos y expectativas de los actores del sistema de salud tales como las autoridades, proveedores, y la población en general; información referente a la atención en Medicina Tradicional China y Acupuntura en los distintos niveles de complejidad; facturación de servicios, Diseño de indicadores de gestión; desarrollo del acto médico y diligenciamiento de la historia clínica.

En este sentido se encontró que el 48.5% se identificaban actividades, intervenciones y procedimientos propios del desarrollo de un modelo alternativo de atención en salud, mientras que el 17.1% de los artículos hacían referencia a normatividades que sustentaban los modelos anteriormente expresados.

Por otra parte las referencias bibliográficas referentes a concepciones y expectativas de los diferentes actores del sistema de salud presento el siguiente comportamiento. El 40.5% fue enfocada a las percepciones de población en general incluyendo pacientes de Medicinas alternativas incluyendo la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, seguido

68 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

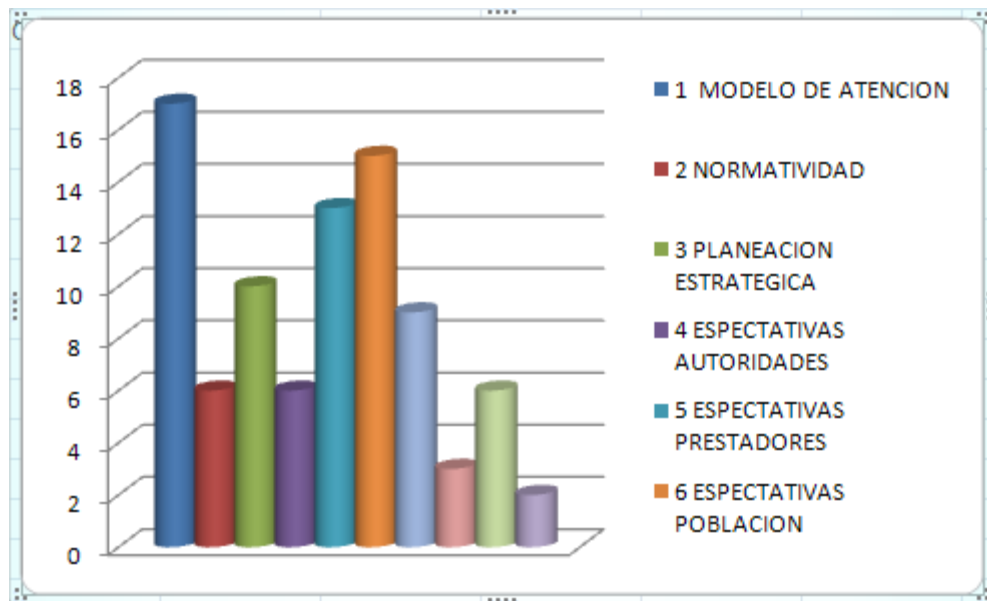
---

de iguales sentimientos por parte de los proveedores de salud en un 37.1% y por último el 17.4% de las referencias documentales analizadas son inherentes a lo que esperan las autoridades Sanitarias en el proceso de la integración de la Medicina Tradicional China y Acupuntura al modelo de salud vigente.

El 28.5% se identificaron procedimientos de planeación estratégica para la integración de MTCH Y Acupuntura al modelo de salud vigente. El 25.7% de la revisiones realizadas hizo referencia al direccionamiento al nivel de complejidad. Referencias sobre el diseño y metodología de diligenciamiento de historias clínicas fue del 17.4%. (Ver Tabla 5-1) Con relación a la facturación de servicios y diseño en indicadores de gestión las referencias bibliográficas no fueron mayores al 9% con relación al total de publicaciones revisadas. Es de aclarar que en un artículo revisado se encontró más de un factor de éxito identificado.

**Tabla 5-1.** Identificación de Factores de éxito.

<b>Aspectos identificados</b>	<b>publicaciones revisadas</b>	<b>Porcentaje</b> %
Modelo de atención	17	48.5
normatividad	6	17.1
Planeación estratégica	10	28.5
Expectativas autoridades	6	17.4
Expectativas prestadores de salud	13	37.1
Expectativas población en general	15	40.5
Niveles de complejidad	9	25.7
Facturación de eventos	3	8.5
Indicadores de gestión	2	5.7
Diseño y realización de historias clínicas	6	17.4

**Figura 5-2.** Identificación de Factores de éxito.

## 5.1 Referencias sobre el diseño del Modelo de Atención

El modelo debe partir de una normatividad fundamentada en criterios de eficacia, seguridad y costo beneficio para que sea una decisión técnica de salud y no político-personal, capaz de aplicarse en todos los servicios de salud. En el caso de la Medicina Tradicional China y Acupuntura propende por el reconocimiento de este sistema médico soportado por marcos regulatorios rigurosos, similares a los cumplidos por los servicios que forman parte de las instituciones prestadoras de salud. [75]

El modelo de integración se fundamentaría en la triada medico convencional - proveedor de Medicina Tradicional China y Acupuntura - paciente, y la estrecha relación y comunicación de los mismos en un ambiente libre de presiones. [76]

Según Evelyn Ho (2008), debe ser dinámico de acuerdo a las situaciones propias de cada paciente, ofreciendo activa, y asertivamente, alternativas novedosas y eficaces, cuidándose de tener una actitud mercantilista, generadores de sobredimensionamientos en las expectativas de los pacientes.

El modelo de Salud en el que integre la Medicina Tradicional China y la Acupuntura sería el producto de políticas regulatorias, enmarcadas en la tolerancia, respeto, apoyo mutuo

y participación de tipo intercultural que apunten al cabal ejercicio de de esta medicina oriental, con seguimiento exhaustivo por Ente de Control que dependa del ministerio de salud, vara velar por el desarrollo del modelo integrativo, mediante la realización de auditorías de calidad [77].

Actualmente, las relaciones de trabajo que existen entre la personal salud convencional y otros sistemas médicos pueden ir desde no compartir ninguna relación simplemente una tolerancia hasta la verdadera integralidad como especialidades que se complementan y consultan recíprocamente. [78]

Carla Aguirre en su estudio refiere El modelo debe partir desde el conocimiento de la existencia de otros sistemas médicos por parte de los proveedores de salud convencional que reciban desde los estudios de pregrado. La capacitación formal del recurso humano debe realizarse en instituciones reconocidas apuntando a la seguridad del paciente.

Estas capacitaciones no solo se dirigen a médicos sino también al personal de enfermería a fin de viabilizar estos modelos integrativos de salud. En este sentido involucran al equipo de salud en el tratamiento de patologías con Acupuntura cuya efectividad se soporta en medicina basada en la evidencia. [79,80]

El reembolso a los tratamientos realizados con Acupuntura en Alemania se da a tratamientos que sean realizadas por médicos entrenados en patologías indicadas con sustento científico para este sistema médico. [81]

Los antecedentes históricos revelan que la Acupuntura puede corresponder a una especialidad médica y como tal, posee las mismas fortalezas y debilidades de otras especialidades medicas occidentales vigentes, por ende se infiere que existe una relación estrecha y complementaria entre la Acupuntura y la medicina convencional [82]

Según Cristina uriosa (2007) La integración de las MT/MAC entre ellas la Acupuntura se encuentra en fase de revisión y debates. La creación de políticas regulatorias, basadas en consensos de los actores del sistema de salud, deben velar por la Seguridad, el rigor, responsabilidad, transparencia informativa, y defensa de la salud pública.

Existe un reconocimiento por parte del estado mexicano hacia la Homeopatía, Acupuntura, y herbolaria como sistemas médicos que pueden ser utilizados por los residentes siempre y cuando exista un cumplimiento de criterios de habilitación los cuales son vigilados Entes de Control de acuerdo al documento de la Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud.

Existe un reconocimiento normativo hacia la Acupuntura, como un acto médico y su práctica solamente debe ser realizada por los médicos siendo cubiertas en algunas ocasiones en ciertos planes de medicina prepaga que ofrecen reintegro por estos eventos. [83].

No existe literatura referente a modelos de atención infantiles, actualmente el proceso que diseñe guías de atención en salud a la población infantil se encuentra en fase de estudio. La baja frecuencia de uso en el acceso y utilización en medicina china y Acupuntura por parte de la población infantil menor de 10 años crea una barrera importante en la creación del modelo [84,85]

### **5.1.1 Barreras identificadas para el diseño del modelo de atención**

La bibliografía revisada encuentra la falta de realización de estudios rigurosos inherentes a impacto económico y costoefectividad que midan la factibilidad en la aplicación de estos modelos. Vacíos jurídicos y regulatorios referentes al ejercicio asistencial por parte de proveedores no médicos en Acupuntura y otras Medicinas Complementarias, la falta de guías o estudios en atención infantil. Constituyen barreras de implementación del modelo referente a la capacitación e idoneidad del recurso humano. Otro tipo de barreras identificadas en la revisión bibliográfica referentes a este tipo de implementaciones con llevando a una falta de articulación y cohesión entre los servicios de salud que ofrezcan las instituciones de salud, lo constituyen las presentadas por autoridades sanitarias y los proveedores en salud, como operadores del modelo

- 72 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación
- 

correspondiendo a: conflicto de intereses, perpetuación de paradigmas actuales de salud; falta de una voluntad política factores culturales. (Ver Tabla 5-2)<sup>51</sup>

**Tabla 5-2.** Barreras identificadas para el diseño del modelo de atención.

Barrera	Publicaciones revisadas	Porcentaje
Conflicto de intereses de autoridades sanitarias	4	23.5
Falta de Voluntad política	3	17.6
Estandarización de marcos regulatorios	3	17.6
Ausencia de estudios de modelos en atención Infantil	2	11.7
Ausencia de literatura correspondiente a impacto económico.	2	11.7
Desconfianza en la implementación de modelo	2	11.7
Cultura	1	5.8
Total artículos	17	99.6

### 5.1.2 Referencias sobre Aspectos normativos.

La Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud en su documento Modelos Clínico Terapéuticos y de Fortalecimiento de la Salud Diseñar normatividad regulatoria sobre el ejercicio de la Medicina Tradicional China y Acupuntura específicamente en el ejercicio profesional capacitado, dotación y mantenimiento, manejo de residuos, uso de los insumos utilizados en Acupuntura (agujas esterilizadas), y de su racionalidad técnico científica. Así mismo, la implementación de un sistema de calidad, y de sanciones, tendientes a brindar y garantizar la respectiva seguridad en la atención de pacientes. Situación similar es criterio cardinal para el ejercicio en España. [86]

---

<sup>51</sup> Tabla propuesta por el autor para recopilar las barreras identificadas en la creación del modelo de salud que intente implementar la Medicina Tradicional China Acupuntura al Modelo occidental.

Dentro de la regulación del recurso humano Propende por la capacitación y entrenamiento en Acupuntura, a médicos y enfermeras en instituciones educativas reconocidas por el estado, para el fortalecimiento en este sistema de salud, referido por La Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (2009).

Identificar a la enfermería como un articulador del ejercicio en Medicina Tradicional Chinaa los programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, precisamente por el liderazgo reconocido dentro de comités de calidad en el seguimiento y minimización del evento adversos propios de la atención en salud con Acupuntura [87]

Según Almaguer (2009) en sus estudios propone, el desarrollo de investigación, establecer procesos que permitan una validación continua de los modelos implementados y el establecimiento de los derechos y deberes de los profesionales que ejercen este sistema médico milenario.

Las normas deben ser aplicadas por los actores que conforman el sistema de de salud, por este motivo se deben estar atentos a la existencia de barreras tales como la Insuficiencia del recurso humano calificado, la dependencia de la voluntad política y de las autoridades sanitarias, ausencia en regulación en la consecución de insumos para la atención en Acupuntura y del cambio de políticas de importación para la consecución de los mismos, que amenacen la viabilidad de este tipo de modelos o conlleven a la fragmentación de los mismos.

En síntesis, existen criterios básicos de cumplimiento identificados en las diferentes publicaciones para establecer un modelo de salud, el cual sea viable e integre la Medicina Tradicional China y la Acupuntura al modelo de salud occidental los cuales permiten garantizar seguridad en los Usuarios los cuales se encuentran recopilados en la tabla (ver Tabla 5-3)

- 74 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

**Tabla 5-3.** Viabilidad del modelo alternativo de atención<sup>52</sup>.

SEGURIDAD EN LA ATENCION EN SALUD DEL PACIENTE	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Recurso humano,</li><li>• Dotación y mantenimiento.</li><li>• Manejo de residuos.</li><li>• Uso de los insumos utilizados en acupuntura.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ manejo de agujas esterilizadas</li></ul></li><li>• Racionalidad técnico científica.<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Manejo paliativo las patologías.</li></ul></li><li>• Implementación <b>Sistema de calidad</b>.</li><li>• Implementación de un Sistema Sancionatorio.</li></ul>	
NORMATIVIDAD REFERENTE A LA IMPLEMENTACION DE UN MODELO DE SALUD INTEGRATIVO	POLITICAS NORMAS MARCOS REGULATORIOS DE ATENCION EN SALUD

Fuente: El autor de la presente investigación.

### 5.1.3 Referencias sobre el desempeño de la MTCH en los niveles de atención en salud

La orientación refiere a las actividades del primer nivel de atención. No se encontró ningún artículo que relacionara la implementación de un modelo de atención en otros niveles de complejidad en la atención en salud.

El énfasis de los diferentes sistemas médicos entre ellos, la Medicina Tradicional China y Acupuntura, es apoyar a las actividades de Promoción y Prevención en la difusión del modelo, el trabajo comunitario constante y continuo en la generación de hábitos saludables y cambios de estilos de vida desde una perspectiva holística como las que

---

<sup>52</sup> El autor de la presente tesis intenta de recopilar en Tabla los criterios básicos a tener en cuenta identificados en la revisión sistemática tendientes a garantizar la seguridad del paciente y por ende la viabilización del modelo.



desarrollan los Agentes Comunitarios en Salud de Brasil. En un estudio realizado en Suecia la medicina integrativa debe apuntar al primer nivel de atención [88,89]

La Medicina Tradicional China debe ofrecer elementos que propenden a la generación de hábitos saludables proponen Los entes de Control sanitarios de México referido por La Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud (2009).

En los Estados Unidos, los Usuarios tienen conciencia en que las medicinas Complementarias generan un bienestar corporal propendiendo a la búsqueda de una mejor calidad de vida [90]

Según Joobs (2005) En Alemania un 50% de los médicos familiares utilizan la Acupuntura dentro de las actividades del primer nivel de atención en salud. Por otra parte, la Acupuntura ofrece un enfoque a la detección temprana y protección específica de la salud en el adulto con la edades entre 40 -49 años, específicamente en el tema de salud mental y adicciones dentro de las usuarias estadounidenses. [91]

En Australia, los Usuarios y los profesionales que ejercen medicina convencional y medicinas complementarios están de acuerdo que la Medicina Tradicional China propende por la generación de hábitos saludables, Pudiéndose implementar sin mayores dificultades al modelo de salud convencional. En otras latitudes, el enfoque brindado por parte de los médicos que ejercen la Acupuntura en Buenos Aires apunta al Modelo de Atención Primaria en salud [92,93].

#### **5.1.4 Referencias a tener en cuenta en la planeación estratégica.**

En la revisión sistemática revisada se contemplo el análisis referente a las actividades intervenciones y procedimientos que realizaban directamente las instituciones sanitarias y los profesionales en salud tendientes a la operación de la integración de la Medicina Tradicional China y /o Acupuntura al modelo convencional de salud.

Carla Aguirre refiere que se debe contar con el personal en salud capacitado para el ejercicio de la Medicina Tradicional China cuyo seguimiento se realizaría a través del establecimiento de un sistema de calidad.

Según Tanferri (2009), la divulgación y socialización del modelo de salud específicamente en el primer nivel de atención mediante las redes sociales y el “voz a voz”, con el fin de concientizar a la población en general sobre la realización de hábitos saludables, cuidados con la alimentación desde la perspectiva holística, y propendiendo a la generación de inquietudes en la población en general sobre los diferentes tratamientos que ofrece la Medicina Tradicional China.

Sundberg (2005) en su estudio refiere que el proceso de implementación de la Medicina Tradicional China y Acupuntura debe partir del conocimiento de las frecuencias de uso histórico, la demanda por parte de los consumidores, las expectativas de los diferentes actores del sistema de salud, costos económicos inherentes a su desarrollo. Esta información es relevante en el diseño de los modelos de atención y portafolio de servicios que ofrece el prestador de salud.

Por otra parte el investigador mencionado afirma que un médico general con conocimiento en Medicinas Complementarias sería el actor principal quien identifica los pacientes sujetos a recibir un plan de atención médica integral, activando los procesos de referencia y contra referencia.

El reconocimiento que tienen las mujeres, en la difusión y socialización en la atención en Medicina Tradicional China (fundamentos y expectativas) a sus familias teniendo en cuenta su núcleo familiar, su entorno, necesidades, aportando con su contribución a la viabilidad de este modelo alternativo de salud. [94].

Los estudios de Moshe (2003) hacen referencia que la sensibilización y concientización continua mediante exposiciones y conferencias a profesionales de salud y comunidad médica en general que propenden a la comunicación fluida, con miras a la integración de la MTCH al modelo convencional de salud, en aras de buscar una atención integral de los pacientes y desarrollo conjunto de guías para el manejo de las patologías

### **5.1.5 Alusiones sobre diligenciamiento de historia clínica.**

Con relación al diligenciamiento de historias clínicas y registros asistenciales para ser implementada en el modelo de atención integrativo de salud en esta revisión sistemática se lograron identificar las siguientes propuestas:

No está implementado, en el modelo de atención, una historia clínica acondicionada a la atención en Acupuntura, hay que diligenciar la historia clínica mediante el cumplimiento de requisitos de calidad propios de este tipo de documentos y de los registros asistenciales, en adherencia a normatividad vigente, con ajustes particulares de acuerdo al ejercicio de cada medicina Complementaria. De acuerdo a lo recomendado en los Modelos Clínico Terapéuticos y de Fortalecimiento de la Salud implementados por Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud de México<sup>53</sup>.

Lo anteriormente descrito se complementa en el estudio de López Ruiz (2008) Los registros clínicos de atención en Medicinas Complementarias, como es el caso de la Medicina Tradicional China y/o Acupuntura deben estar sustentados por protocolos y guías que tenga la institución.

Según Fang (2007) el registro de los antecedentes sobre el uso de medicina MT/CAM, es importante para ayudar a la buena comunicación durante la atención sanitaria entre médicos y pacientes.

Nuevamente la Comisión de calidad de la FUNDACIÓN EUROPEA DE MTC refiere que se debe tener definido un proceso de elaboración y archivo de la historia clínica constituye uno de los requisitos que exige la comisión de calidad de la Fundación Europea de Medicina Tradicional China, para poder prestar servicios de salud de manera formal en España.

Según Almaguer (2009) el Integrar un expediente clínico en los términos previstos por la norma oficial y reglamentos médicos para la elaboración de estos registros, consolidación ordenada de la información referente a la atención del paciente de fácil

---

<sup>53</sup> Tomado de los modelos clínico terapéuticos y de fortalecimiento de la salud. Pág. 57.

disponibilidad a Entes de Control. Igualmente se debe disponer del respectivo consentimiento informado.

### **5.1.6 Menciones bibliográficas sobre facturación de servicios**

Dentro de la bibliografía consultada no se encontró información o normatividad que expongan de manera específica sobre formas de pago para este tipo de servicios prestados. En la revisión realizada se encuentran algunos aspectos a tener en cuenta

De acuerdo a Upchurch (2008), Los pacientes costearían los controles y tratamientos en Acupuntura, independiente de sus ingresos y la tenencia de una seguridad social.

Por otra parte y de acuerdo a lo referido por Sundberg (2007), la falta de estudios sobre el impacto que ejerce la práctica de la Medicina Tradicional China y Acupuntura en la economía de la salud ha constituido la principal barrera para la implementación de una medicina integrativa, en este sentido no se tienen políticas claras de concertación del pago por parte de los Usuarios que reciben atención en este tipo de Medicinas complementarias.

Crear estrategias que permitan realizar solicitudes efectivas de reembolso a los Usuarios que sufragaron gastos en el tratamiento realizados en Medicina Tradicional China y /o Acupuntura, subvención y/o generación de tarifas reducidas para los pacientes que no puedan pagar dicha atención, para lo cual "el proyecto era sin ánimo de lucro". [95].

### **5.1.7 Menciones bibliográficas sobre Indicadores de gestión**

Los indicadores que actualmente miden el grado de impacto dentro de las terapéuticas en la medicina convencional los desarrollan las áreas de fármaco economía de la salud que poseen los aseguradores en salud, tendientes a medir costo-comparación, costo - efectividad, costo - utilidad, costo - beneficio. Medidas que son difíciles de evaluar y que actualmente no se han presentado estudios referentes a la evaluación e impacto económico en Acupuntura. [96]

Almaguer (2009) refiere que el modelo de implementación de la medicina alternativa y complementaria al modelo convencional, en el cual está implícito la Medicina Tradicional China, debe tener diseñado unos indicadores que apunten a Mediciones de cobertura teniendo en cuenta las actividades de Vigilancia epidemiológica; Satisfacción de Usuarios y prestadores; el estado de salud de los Usuarios implícitos en unos criterios de calidad. Igualmente, el diseño de indicadores que midan costo beneficio, capaz de brindar información a Entes de Control.

## **5.2 Análisis de vulnerabilidad en el diseño del modelo integrativo de atención**

En la revisión se intenta analizar la viabilidad en la gestión de un modelo de atención el cual radica en interrelacionar las fortalezas – oportunidades; fortalezas – amenazas; Debilidades – oportunidades, Debilidades – Amenazas encontradas a la revisión de los hallazgos identificados. (Ver Tabla 5-4) Estos análisis conllevan a diseñar las estrategias que finalmente constituirán el Modelo Ideal de Atención e identificar unos elementos que se consideran críticos y claves para el desarrollo de la integración de las medicinas alternativas y complementarias, particularmente la Medicina Tradicional China al modelo de salud occidental. La medicina Integrativa para que sea una realidad en cuanto a modelo deben propender por las siguientes estrategias:

80 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

**Tabla 5-4.** Análisis de vulnerabilidad para el diseño del modelo integrativo de atención.

<b>Análisis de vulnerabilidad para la implementación de servicios en Medicina Tradicional China en Instituciones de salud<sup>54</sup></b>	
<b>DEBILIDADES</b>	<b>OPORTUNIDADES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recurso humano insuficiente, únicamente enfocado a médicos.</li> <li>• Atención ejercida por empíricos</li> <li>• Marcos regulatorios escasos propios en Medicina Tradicional China Y/o Acupuntura.</li> <li>• Ausencia en modelos de atención infantiles.</li> <li>• Ausencia de protocolos y guías</li> <li>• Dirigido especialmente al primer nivel de atención</li> <li>• Escaso conocimiento por la sociedad</li> <li>• Honorarios médicos no estandarizados y de difícil control por el estado</li> <li>• Ausencia de estudios de costo efectividad</li> <li>• Ausencia de historia clínicas estandarizadas a la atención en Acupuntura.</li> <li>• Ausencia de indicadores de gestión y de impacto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Subvención a Usuarios por parte de aseguradoras a través de reembolsos</li> <li>• Políticas regulatorias en medicinas alternativas y complementarias.</li> <li>• Existencia de programas de postgrado en Medicina Tradicional China y Acupuntura</li> <li>• Implementación de sistemas de calidad en la atención en salud</li> <li>• Marcos normativos regulatorios sobre requisitos esenciales para el ejercicio medico.</li> <li>• Difusión mediante el “voz a voz” y las redes sociales y funcionarios del sistema de salud.</li> <li>• Diligenciamiento de registros médicos asistenciales acorde con normatividad en salud vigente</li> <li>• Diseño de indicadores de coberturas y de satisfacción de Usuarios.</li> </ul>
<b>FORTALEZAS</b>	<b>AMENAZAS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sistema médico reconocido por las sociedades.</li> <li>• Tratamientos efectivos demostrados por MBE.</li> <li>• Experiencia milenaria de atención en salud</li> <li>• Características propias de modelos de atención</li> <li>• Generación de literatura referente a tratados terapéuticos.</li> <li>• Afinidad con programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad</li> <li>• Sistema médico promotor de investigación.</li> <li>• Modelo de atención propio implementado desde la antigüedad, y continuo a través de los tiempos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragmentación del modelo de salud</li> <li>• Voluntad política</li> <li>• Cohesión insuficiente con otros servicios de salud occidentales</li> <li>• Conflicto de intereses de autoridades sanitarias</li> <li>• Aspectos culturales</li> </ul>

<sup>54</sup> Análisis DOFA propuesto para evaluar las estrategias de implementación de servicios en Medicina Tradicional China dentro de las instituciones prestadoras de salud, para lo cual se emplea la matriz propuesta por Humberto Serna Gómez en su libro gerencia estratégica Teoría – Metodología – Alineamiento, implementación y mapas estratégicos, índices de gestión. Pág. 145.

En la revisión encontrada se identifican una serie de fortalezas, debilidades oportunidades y amenazas que hacen posible la identificación de los elementos importantes para que sea posible la integración de servicios en salud en acupuntura, mediante un modelo de atención, al sistema de salud convencional que se presta en las instituciones prestadoras de salud<sup>55</sup>.

▪ **Análisis Debilidades- Oportunidades**

- ❖ Selección del personal asistencial que formara parte de los servicios de Medicina Tradicional China y Acupuntura deben tener capacitación formal en este sistema médico oriental, los médicos deben contar con estudios de postgrado en Acupuntura, los demás profesionales que apoyan las actividades asistenciales contarán como mínimo con especializaciones en Medicinas alternativas, mientras que el personal auxiliar lo harán mediante cursos y diplomados en áreas afines a las medicinas alternativas y complementarias.
- ❖ Las agremiaciones y asociaciones de Acupuntura y/o Medicina tradicional China, por su carácter jurídico, constituyen espacios representativos de reflexión que propenden al diseño de proyectos de ley inherente de marcos regulatorios propios de la acupuntura y la Medicina Tradicional China, por lo cual es perentorio Invitar a los médicos, especialistas en este sistema médico que estén vinculados a la institución sanitaria a formar parte de dichos colectivos.
- ❖ Las diferentes maneras de comunicación tendientes a socializar y difundir este modelo integrativo de salud a la población en general pueden ser aplicables por parte del personal auxiliar y apoyados por el grupo de médicos y enfermeras del Área de Medicina Tradicional China y Acupuntura dentro de las actividades de

---

<sup>55</sup> *Ibidem*, pagina 148. Luego de identificar las Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas el autor confronta cada factor FO-FA-DO-DA Para el diseño de estrategias para conjurar la vulnerabilidad que pueda tener la gestión de un proyecto determinado.

demanda inducida, se constituirían en una estrategia importante para ser tenida en cuenta.

- ❖ Las auditorías de Calidad dentro de las actividades de seguimiento y acompañamiento a los procesos dentro del modelo de atención deberían ser realizadas por profesionales de salud con conocimientos en Medicina Alternativa y Complementaria, con el fin de acompañar los planes de mejoramiento impuestos por los Entes de Control, cuidando de no alterar los principios propios de este sistema médico milenario.
  - ❖ El cumplimiento de las condiciones técnico científicas y administrativas por parte de los Servicios de salud en Acupuntura, define el reconocimiento y respeto a la implementación de estos modelos alternativos, por parte de los actores de los sistemas de salud.
  - ❖ La presencia de indicadores que apunten a medir coberturas y satisfacción de Usuarios, como punto de partida tendría, dentro de la evaluación del impacto en la implementación de la Acupuntura y la Medicina Tradicional China al modelo de salud convencional. La medición de otro tipo de monitoreo dentro de los tableros de control sería posible luego de la estabilización del proceso de integración de este modelo alternativo de salud.
- **Análisis Debilidades - Amenazas**
- ❖ Ajustar los procesos de selección de la Institución Prestadora de Salud, con el fin de realizar la creación de perfiles por el personal médico y paramédico que conformaría el área de Medicina Tradicional China y Acupuntura. El desarrollo de esta gestión se llevaría a cabo con el apoyo de Instituciones de educación superior formadoras en Medicinas Alternativas y Acupuntura.
  - ❖ El modelo de atención debe partir de las disposiciones normativas referentes a la calidad en la atención en salud, de acuerdo a normatividad vigente (Decreto 1011



de 2006) y las disposiciones reglamentarias para el funcionamiento de servicios de salud conocidos como estándares de habilitación contemplados en las resoluciones 1043 , 2680 del año 2007 y la resolución 3763 de 2007.

- ❖ El diseño de guías de atención y protocolos en el servicio de Medicina Tradicional China y Acupuntura se basarían desde una perspectiva administrativa y asistencial basadas en las que refieren sobre la información y seguridad basadas en acupuntura y las guías para el estudio clínico sobre la acupuntura recomendadas por la OMS, en la relación que existe entre los dos sistemas médicos en la atención de Usuarios basados en los procesos de implementación de la Acupuntura al sistema convencional de salud,. Por los fundamentos propios de este sistema médico, no se realizaran protocolos estandarizados de manejos terapéuticos en Medicina Tradicional China y Acupuntura.
  
- ❖ Con relación al diligenciamiento de historias clínicas y registros asistenciales se realizaran de acuerdo a conformidad al marco regulatorio dispuesto para tal fin el servicio de Medicina Tradicional China y Acupuntura debe adoptar lo referido para tal fin en la normatividad vigente en adherencia a la resolución 1995 de 1999.
  
- ❖ Establecer pisos tarifarios que apunten a ofrecer tarifas competitivas para cumplir con el objetivo del proyecto, salvaguardando la viabilidad del modelo.
  
- ❖ Las encuestas y grupos de enfoque permiten conocer las expectativas de los Usuarios y del personal de salud que trabaja en la institución sanitaria mediante referente a la integración de servicios de salud ofertados por las instituciones sanitarias con las medicinas complementarias de gran utilidad en los tratamientos médicos instaurados por estas y soportados por medicina basada en la evidencia.
  
- **Análisis Fortalezas - Oportunidades**
- ❖ La seguridad del paciente se garantiza mediante la validación de competencias del personal en salud seleccionado, y garantizando mediante el cumplimiento de estándares de calidad en la atención medica que realiza. En este sentido los

facultativos deben responder de manera penal y civil ante no cumplimientos de los criterios de calidad en salud.

- ❖ Las asociaciones de Usuarios, los comités de participación comunitarias, además de realizar veedurías de control al modelo propuesto, previo conocimiento de servicios en Acupuntura y Medicina Tradicional China, se constituyen en gestores para la difusión de esta información a la comunidad en general.
  - ❖ La elaboración de portafolios de servicios de salud en medicina complementaria, dentro de los valores éticos y de responsabilidad social, forma parte de las estrategias de difusión y de venta de servicios los cuales pueden resultar atractivos a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficio, como al usuario en general.
  - ❖ La investigación sobre la atención en medicina Integrativa, genera de manera potencial nuevas propuestas de atención para la comunidad en general especialmente la población infantil. En este sentido la Institución Prestadora de Salud, con apoyo de la Empresa privada debe generar estímulos para generar una conciencia investigativa por parte de los profesionales de salud adscritos a estas.
- **Análisis Fortalezas- Amenazas**
- ❖ La Socialización y difusión por parte de los profesionales del servicio de Medicina Tradicional China y Acupuntura, acerca del conocimiento sobre los fundamentos de la Medicina Tradicional China, funcionarios de la Institución Sanitaria, permite crear conciencia colectiva de la importancia en la integración de estos dos sistemas médicos como una alternativa novedosa para la atención de los Usuarios.

- ❖ El trabajo en equipo, entre facultativos que ejercen las dos perspectivas médicas tendientes al manejo integral conjunto de pacientes, fomenta la interacción e integración con los funcionarios administrativos y asistenciales vinculados en los diferentes servicios de la institución sanitaria.
- ❖ La presentación por parte del Servicio de Medicina Tradicional China y Acupuntura, de informes de gestión y seguimiento de manera periódica y continua, ante la alta Gerencia de la institución, Entes de control, y comunidad médica en general permite el reconocimiento de estos servicios no solo ante entes de control, sino a la comunidad científica y la población en general.

### **5.3 Expectativas de autoridades sanitarias**

Según Tanferri (2009), El modelo de salud en la cual se integren las medicinas complementarias, entre ellos la Medicina Tradicional China y Acupuntura, al modelo actual de salud con un enfoque de medicina integrativa sus normatividades y políticas deben tener integradas en el sistema nacional de salud.

Según los Modelos Clínico Terapéuticos y de Fortalecimiento de la Salud emanados del Gobierno federal de México, las autoridades sanitarias esperan un cumplimiento riguroso de los requisitos de suficiencia técnica científica y técnica administrativa de las actividades, intervenciones y procedimientos propios de este modelo, realizadas dentro de un espacio propio de atención ofreciendo alternativas novedosas, y costo efectivas.

Contar con un concepto unificado y estandarizado por parte de los profesionales en salud sobre integralidad para la viabilización del modelo de implementación de las Medicinas Complementarias reconocidas por los estados al actual sistema médico convencional, propendiendo a la efectividad de las acciones desarrolladas, dentro de un marco de racionalidad minimizando la fragmentación del modelo de salud. [97]

Asegurar la socialización y difusión de este modelo alternativo de salud a los diferentes actores del sistema de salud con el fin de aumentar demanda, disminuir costos y mejorar accesibilidad. [98]

Almaguer (2009) y XUE (2008) coinciden en definir el alcance en la atención en salud con este sistema médico complementario, dentro de un marco normativo, ético y profesional, para establecer actividades de vigilancia y control que permitan seguimiento a la ejecución de sus acciones, dentro de criterios de calidad para garantizar la total seguridad del paciente que decide recibir este tipo de atención en salud,

La definición del concepto de complementariedad en salud referente a la integralidad de la Medicina Tradicional China a los servicios de salud para conocer el alcance para esta clase de servicios de salud constituyen elementos importantes a tener en cuenta al momento de implementar este sistema médico dentro del modelo de atención de las Instituciones prestadoras de salud. Las autoridades sanitarias son actores con potestad de influir de manera directa en los modelos de atención, sus “acciones humanas” son las que están directamente relacionadas con las fortalezas y debilidades de estos sistemas de salud, influenciados por paradigmas socioeconómicos y sociales propios dentro de un momento histórico y que fueron tenidos en cuenta en el análisis de modelo de atención.

## **5.4 Expectativas proveedores en salud.**

Al intentar una aproximación tendiente a identificar elementos que apunten la viabilidad en la implementación de un modelo de salud que integre la Medicina Tradicional China al actual modelo de salud en las instituciones prestadoras de salud, al revisar la bibliografía, se encontraron artículos con información que mide el grado de receptividad en los proveedores en salud, teniendo en cuenta, factores culturales, expectativas y actitudes, en este tipo de implementación.

### **5.4.1 Medicina Tradicional China en el ejercicio medico**

Dipierri (2004) encuentra un reconocimiento de la Acupuntura como método terapéutico por parte de los proveedores de salud, aunado a una concientización efectiva en el tratamiento de enfermedades de manera general en su Meta análisis centrado en evaluar el comportamiento de los médicos tendientes a identificar el impacto y la

integración entre la medicina convencional con la Acupuntura y la medicina tradicional china, en Norteamérica, Reino Unido, Holanda, Israel.

En dicho estudio, los médicos encuestados practican las medicinas complementarias (22,2%), el 35,2% conocen los principios de Acupuntura de los cuales el 16% habían practicado la Acupuntura. El 66,8% del total de encuestados habían derivado pacientes a medicinas complementarias. El 32% de los encuestados refieren que el practicante de medicinas complementarias debe ser un medico Calificado.

El estudio brasilero realizado en 44 instituciones refiere que Los médicos que ejercen la Acupuntura trabajan de manera complementaria con otros especialistas, los especialistas alopáticos remitieron pacientes a médicos que ejercían medicinas complementarias (74%). El total de los facultativos refieren que este tipo de atención en salud reduce costos [99].

Estudio realizado por Moshe (2003) en Israel y en Estados Unidos que tiende a conocer la solidez y reciprocidad de la relación médico y Proveedor de CAM, para el establecimiento de directrices para una adecuada comunicación estiman que ésta debe ser efectiva, por encima de barreras culturales, de actitudes particulares y conflicto de intereses, atentos a la identificación de comorbilidades en los pacientes antes de iniciar la atención en sistemas médicos holísticos como la Medicina Tradicional China, con el fin de orientar al paciente en el tratamiento que le convenga seguir.

En un estudio se midió el grado de aceptación por parte de médicos convencionales, quiroprácticos y acupuntores en general para la implementación de un modelo de salud que integre las medicinas complementarias. La practica medica de alguna medicina complementaria fue realizada por el 49% de los profesionales encuestados, de estos, el 27% referenciarían pacientes a medicina integrativa. El 21% de los profesionales refieren la importancia del paciente por encima de cualquier modelo de salud. [100].

Según XUE (2008), la Acupuntura es tenida en cuenta por parte de la comunidad médica como una alternativa como estudios de postgrado por ser un sistema médico con más de 5000 años de antigüedad, su amplia receptividad por parte de los Usuarios en general debido a su eficacia, y cumplimiento de requisitos rigurosos para su ejercicio profesional, similares al modelo medico convencional.

### 5.4.2 Factores socio culturales

Estudios centrados en medir la aceptación a la implementación de las terapias alternativas a partir del componente religioso entre médicos internistas, reumatólogos acupuntores y naturistas. Identifica que la adopción de estas terapéuticas fue menor entre médicos alópatas de credo católico (29%) y judío (71%). Los médicos protestantes fueron más abiertos a su integración. Los católicos tradicionales fueron menos propensos a reportar el uso personal de la meditación (17% versus 41%,  $p < 0,01$ ) y el trabajo corporal (35% versus 56%,  $p < 0,01$ ). [101].

Estudios realizados por Fraidin (2010) referentes a conocer si la Acupuntura es una opción terapéutica adecuada como complemento frente a otras opciones (biomédicas y/o no convencionales), los profesionales entrevistados intentan recuperar valores e intenciones perdidos de la medicina ortodoxa a través de la integración de la Acupuntura al sistema convencional de salud. Se realizan ciertas adaptaciones culturales sin sacrificar la eficacia de los tratamientos para satisfacer las expectativas de los pacientes para despertar el interés a los proveedores por este modelo de atención.

.En un Análisis Gaboury (2010) centrado en evaluar las relaciones de trabajo del personal asistencial en clínicas de medicina integrativa en Canadá se encontró diferencias significativas con relación a la interpretación y conocimiento del propósito de implementación de las medicinas complementarias al sistema de salud convencional, específicamente en el manejo de pacientes.

Según Dalcanale (2008), la cosmovisión y las experiencias de vida del profesional en salud, constituyen un factor importante en la conexión con los pacientes, en este sentido, la relación médico paciente no dependería del sistema médico sino del profesional en particular, entonces el concepto de integralidad en la salud podría ser interpretado de múltiples maneras, por parte de los proveedores sanitarios que practican la medicina complementaria.

### 5.4.3 Expectativas y actitudes

El estudio de Joobs (2009), sobre la receptividad de los médicos familiares sobre la integración de las medicinas alternativas al sistema convencional en Alemania, encontró que el 50% de los profesionales encuestados habían manejado dentro de su práctica clínica la Acupuntura, de estos el 73% espera que exista una educación básica en Medicinas alternativas incluyendo rotaciones clínicas. El consenso general reconoce la utilidad de este sistema médico alternativo en el primer nivel de atención

Cassa Iorio (2007), al medir el grado de percepción en las expectativas de los médicos que adelantan estudios en Acupuntura luego de finalizar estos estudios encontraron que, la preferencia por sus especialidades con relación a la Acupuntura disminuyó apenas en 1,12%. El 75% implementaría la Acupuntura a su práctica médica mientras el 14.3% no lo haría. Un porcentaje mayor al 80% de los profesionales ejercería de manera privada e independiente. El propósito, como proyecto de vida, de mejorar sus competencias profesionales y ampliar sus horizontes como profesional disminuyó en un 10%.

En el estudio realizado por Tanferri (2009) con Agentes Comunitarios en Salud evidencia que el 74% tienen un conocimiento favorable sobre las medicinas alternativas, aunque no tienen claridad sobre sus definiciones. El 86% de los encuestados está de acuerdo en la implementación de las medicinas alternativas y el restante 14% no las aprueba aduciendo ignorancia en el tema y la falta de confianza que pudiera generar en la población en general.

Según Julia López (2008). Existe un interés en integrar al personal de enfermería dentro del recurso humano, al engranaje del desarrollo de este modelo alternativo de salud. En Inglaterra existen numerosos proyectos de trabajo de estos profesionales como colaboradores en manejo de pacientes con medicinas complementarias especialmente en Acupuntura y Medicina Tradicional China. Sin embargo este tipo de proyectos continúan en estudio.

Al medir las actitudes que tienen los médicos docentes de la facultad de medicina de la Universidad Nacional, se encontraron que el 72% de los encuestados presentan sentimientos favorables hacia la medicina Integrativa. Sin embargo existen diferentes

grados de conocimientos suficientes sobre Medicina Alternativa (18,5%); del grupo de médicos que tenían algún conocimiento en Medicina Tradicional China (50%), un pequeño porcentaje la practican (11%). [102]

Según Ángel (2009), el 31% de los encuestados buscaría capacitarse en medicinas Complementarias. La falta de normatividad, regulación y desconocimiento referente a la eficacia hace que la mayoría de docentes encuestados no remitan pacientes a Medicina Complementaria por seguridad de estas.

En los estudios revisados se evidencia un reconocimiento hacia las medicinas complementarias, especialmente para el caso de la medicina tradicional china, aunque no exista un modelo explícito, los profesionales alopáticos, tienen un interés por el ejercicio de estas por profesionales capacitados, realizan la remisión de pacientes, la disposición a interactuar entre médicos especialistas convencionales, sin embargo estas continúan siendo en menor frecuencia. La cultura, la religiosidad, la falta de conocimiento en este tipo de sistemas médicos, conflicto de intereses, conllevan a malas interpretaciones del modelo que desdibujan su intención filosófica, entre otros, evidenciándose un riesgo de fragmentación del modelo de implementación de la Medicina Tradicional China a la medicina occidental conllevando a no cumplir con las expectativas de los Usuarios, y generación de desconfianza en todos los actores del sistema de salud (ver Tabla 5-5) <sup>56</sup>

## **5.5 Análisis de vulnerabilidad del modelo de salud. Conceptualización de proveedores de salud**

De acuerdo a la información recopilada en el análisis bibliográfico se identifican las fortalezas y debilidades referentes a las expectativas que poseen los médicos en general referente a la implementación de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura al

---

<sup>56</sup> Se tomara el desarrollo de la matriz referida SERNA GOMEZ Humberto. Análisis DOFA. Análisis de vulnerabilidad. En: Gerencia Estratégica. Teoría- Metodología- alineamiento- implementación y Mapas estratégicos. Bogotá. 3R. p.143



modelo de salud convencional con el objeto de diseñar las estrategias correspondientes tendientes a la viabilidad del modelo integrativo de salud<sup>57</sup>:

**Tabla. 5-5.** Análisis de vulnerabilidad del modelo de salud de acuerdo a la conceptualización de los proveedores de salud

Análisis de vulnerabilidad del modelo de salud de acuerdo a las expectativas de los proveedores de salud	
DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo grado de conocimiento acerca de este sistema médico.</li> <li>• Falta de normatividad y regulación</li> <li>• Bajo grado de conocimiento sobre este sistema medico</li> <li>• Baja adherencia a la implementación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manejo de técnicas de acupuntura en la práctica clínica.</li> <li>• Pensum académico de medicinas alternativas en pregrado</li> <li>• Conocimiento y experiencias de vida del profesional</li> <li>• Valores espirituales</li> <li>• Participación conjunta entre profesionales</li> </ul>
FORTALEZAS	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento de la Acupuntura como sistema médico.</li> <li>• Remisiones realizadas por especialistas</li> <li>• Conformación de equipos multidisciplinarios en salud</li> <li>• Favorabilidad a la implementación</li> <li>• Reconocimiento de este sistema médico en el primer nivel de atención.</li> <li>• Valores éticos similares a la medicina ortodoxa</li> <li>• Factibilidad de estudios de postgrado</li> <li>• Personal en salud Calificado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo interés en capacitación formal</li> <li>• Desconocimiento referente a eficacia.</li> <li>• Ignorancia sobre la integración de las medicinas</li> <li>• Desconfianza en el Modelo de atención</li> <li>• Sobredimensionamiento de expectativas en los médicos.</li> <li>• Arraigos culturales.</li> <li>• Interpretación diferente al concepto de implementación.</li> <li>• Intereses mercantilistas</li> <li>• Valores religiosos</li> </ul>

▪ **Análisis Debilidades- Oportunidades**

- ❖ Sensibilización a la comunidad médica sobre la justificación de implementar un modelo de salud alternativo tomando como soporte los valores espirituales y experiencias de vida de los profesionales
- ❖ Establecimiento de mesas de trabajo, discusiones y debates entre los médicos en general que laboren en la institución para lograr la concientización y concertación inherente a la implementación de la Acupuntura y Medicina Tradicional China al modelo de salud convencional, y que esta actividad sea el punto de partida para

<sup>57</sup> Ibídem

despertar el Interés, en los proveedores de salud por el conocimiento en Medicina Tradicional China y acupuntura, y la integración de otras medicinas complementarias reconocidas por el estado.

❖ **Análisis Debilidades – Amenazas**

❖ Definir reuniones con los profesionales en salud adscritos a las Instituciones prestadoras de salud para exposiciones y conferencias referentes a experiencias internacionales referentes a implementaciones de modelos alternativos de salud, presentación de casos, clubs de revistas, revisión de temas sobre tratamientos médicos realizados de manera complementaria por los dos sistemas médicos, cuyo objetivo también sirva para generar espacios de análisis estratégico conjunto para realizar dicha implementación..

❖ Revisión de la normatividad vigente referente a la práctica de las medicinas alternativas, normatividades referentes a el ejercicio profesional o de “talento Humano”, sistemas de Calidad y aquellas que comprenden requisitos básicos de obligatorio cumplimiento para la prestación de los servicios por parte de los profesionales que ejercen la Acupuntura y Medicina Tradicional China, para la implementación de circulares internas institucionales que legalicen de manera transitoria el ejercicio particular de esta Medicina Complementaria.

▪ **Análisis Fortalezas - Oportunidades**

❖ Implementación del modelo que integra la Medicina Tradicional China y la Acupuntura al modelo convencional de Salud en el primer nivel de atención, dentro de los servicios de consulta externa de acuerdo a experiencias referidas por la literatura internacional.

❖ La participación conjunta de profesionales que ejerzan la medicina alopática y este sistema médico oriental apuntaran a consolidar la referencia y contra referencia de pacientes entre los diferentes especialidades en la consulta externa y el servicio de Medicina Tradicional China y Acupuntura, dentro de la ética y responsabilidad para garantizar la seguridad del paciente dentro de la atención en salud.

- ❖ Realizar actividades de vigilancia seguimiento y control al modelo de salud por parte de las Auditorías de calidad tendientes al cumplimiento cabal en el desarrollo de los procesos de atención, para la identificación de oportunidades de mejora mediante la toma de acciones preventivas y correctivas.
- **Análisis Fortalezas- Amenazas**
- ❖ El conocimiento de los fundamentos propios de la Medicina Tradicional China y Acupuntura, sus indicaciones y contraindicaciones de acuerdo a estudios de Medicina Basada en la Evidencia, por parte de los proveedores de salud, estarían dirigidos a entre otros a definir un contexto en cuanto a su aplicabilidad y la minimización de evento adverso.
- ❖ Las inquietudes particulares derivados de la atención médica de importante relevancia que tengan dilemas bioéticos se escalaran al comité de ética y/o a la unidad de calidad de la institución prestadora de salud, para su resolución conjunta inherente a la prestación de servicios de Acupuntura y Medicina Tradicional China en adherencia al respeto de los derechos de los pacientes, acatando la toma de decisiones éticas que hubiere a lugar por parte de estos colectivos.

## 5.6 Expectativas encontradas en la población en general

Según Dipierri (2004), la ayuda espiritual, psíquica, subjetiva o psicosocial fueron las necesidades más comunes halladas en los pacientes que optaron por recibir atención en estos sistemas holísticos, destacando la revisión bibliográfica ausencia de estudios latinoamericanos similares al respecto.

Encuesta realizada por Cintra (2010).a Usuarios, referente a el interés de optar por la Acupuntura fue por su estímulo a cambios en la alimentación (44%), a hacer ejercicio (88%) y por no presentar mejoría a tratamientos convencionales (55%), igualmente se identifica que los costos una barrera importante para su utilización.

Nuevamente, según Freidin (2010). Los Usuarios no renuncian a la atención por parte de la medicina alopática consideran que la Acupuntura es un buen complemento a la medicina occidental, (54.3%), la utilización de este sistema médico les permita minimizar el uso de medicamentos alopáticos y sus correspondientes efectos secundarios (31.4%). La integración entre las dos medicinas se manejen de acuerdo a las necesidades cambiantes de la población (11.4%).

Estudio descriptivo realizado por Perdiguero (2007), referentes a la asistencia de usuarios a consulta en medicina alternativa o complementaria en varias provincias españolas en los años 2003,2004, 2005, encontró que el porcentaje promedio en mujeres fue mayor al de los hombres (8.4%:7.9%), explicado por su rol de cuidadoras abnegadas innatas, su condición de madre tienen mayor conciencia de procurar mantener su salud y de realizar medidas de autocuidado. La utilización de la Acupuntura fue del 1.3 % mientras la atención para Usuarios menores de 14 años fue de 0.3%. La predilección por este tipo de consultas es una de las más bajas de la Unión Europea.

### **5.6.1 Factores socio Culturales**

Según Dalcanale (2008), el usuario, espera una atención cálida, amable, en un ambiente íntimo con su terapeuta que tenga en cuenta su cultura y sus vivencias y por ende una excelente relación médico paciente aunado al alivio de sus dolores. El opinar y juzgar los tratamientos establecidos por los terapeutas quedaría en un segundo plano.

Los Usuarios aspiran a que las tarifas, cobradas por sus tratamientos, deben ser más económicas que los ofertados por la medicina Occidental, a pesar que en ocasiones los costos por tratamientos Holísticos fueron equiparables a la medicina convencional, evidenciando una falta de interés en su implementación por parte de las personas consultadas, de acuerdo a lo identificado por Niguenda (2002).

Estudios realizados por Xue (2008) en pacientes mayores de 18 años en Australia sobre la utilización de algún tipo de consulta en Acupuntura Osteopatía y Quiropraxia. Los

pacientes desean tener una mejor calidad de vida, la procura de un bienestar y la satisfacción de referir mejoría de los síntomas más que con la curación de la enfermedad (90%).

En Guatemala, los Usuarios opinan que la integración se debe hacer desde la medicina tradicional indígena, no consideran a las Medicinas Complementarias específicamente a la Acupuntura, como a la homeopatía en la implementación de este sistema médico, no por sus costos, sino porque están lejos de sus costumbres y cosmovisiones. [103]

En el estudio realizado por Fontanella (2007) con 88 familias tendientes a medir la aceptación, a Practicas Integrativas y complementarias, en referencia a Acupuntura, encontró que las personas demuestran un gran interés en el conocimiento, orientación por su implementación por no encontrar respuesta satisfactoria en el modelo de salud occidental, la preocupación de los encuestados radica en que sea ejercida por personal en salud capacitado. Existe una conciencia generalizada en la limitación de su accesibilidad por sus elevados costos económicos.

Estudios de percepción de Usuarios a la utilización de medicinas Complementarias en Bogotá depende de la existencia de "imaginarios sociales", entendidos como expectativas valores y símbolos que estos poseen desde su experiencia de vida, que se aplican a los conceptos de salud y de enfermedad. La percepción del actual sistema de salud es buena aunque tiene cosas negativas (72,5%). un buen porcentaje consulta por necesidad, o cuando el dinero lo permite (superior al 50%). [104]

Según Cocoma (2009), un bajo porcentaje de Usuarios encuestados ha acudido más a la medicina popular que a las Complementarias (35%). un bajo porcentaje tiene algún conocimiento en Acupuntura (5%). La baja frecuencia a este tipo de consultas radica en malas experiencias obtenidas con Medicina Alternativa como tratamientos inefectivos y engaños, reconocen el desconocimiento referente a estos sistemas médicos.

El porcentaje de Usuarios y sus tendencias de consulta en Medicina Tradicional China en Taiwán, entre los años 1996 y 2001, de acuerdo a Fang (2007) del grupo fue del 28,4% la frecuencia de uso fue mayor en la consulta privada (93.3%). El promedio de visitas por usuario al proveedor de salud fue de 11.5 (62,5%). La relación de consulta mujer / hombre fue de 1.13:1. La población joven es la que mas consulta (los jóvenes

orientales se inclinan por el auto cuidado). La población infantil es la que menos consulta (inferior al 50%). La utilización de la Acupuntura como tratamientos terapéuticos fue baja (11%).

Las publicaciones de Carla Aguirre y Fang-Pey Chen et al, La población asiática utiliza la Medicina Tradicional preferiblemente para enfermedades en general de evolución crónica o que no tienen cura con menos frecuencia en patologías metabólicas y endocrinas mientras que para el tratamiento de eventos agudos prefieren la medicina occidental.

El Estudio realizado por Upchurch (2008), tendientes a medir la frecuencia de uso en mujeres en los Estados Unidos en Acupuntura, desde una perspectiva socio comportamental, identificó que la Acupuntura es la menos usada de todas las medicinas alternativas y complementarias (1,1%). El nivel educativo de las usuarias influyo en la elección por la Acupuntura, por encima del factor étnico, económico y social. Igualmente fue de primera elección por mujeres con patología crónica, ex fumadoras, alcohólicas y mujeres con sobrepeso (86%).

Por otra parte estudios realizados en diferentes lugares geográficos en el mundo como los de Freidin (2010) y Upchurch (2008), identifican que en algunos pacientes, sus expectativas radican en querer recibir soluciones mágicas por parte del proveedor de Acupuntura, sin disposición a entablar un vínculo terapéutico, ni compromisos de largo plazo activo para encontrar su propio camino terapéutico. Se presentaron casos de mujeres que solo asistieron a la primera sesión de Acupuntura y no volvieron (curiosidad o desagrado).

El sobredimensionamiento de expectativas en los pacientes obedece a publicidades mercantilistas, por parte de los proveedores en salud según Gaboury (2010), tienden a generar afinidades con los Usuarios para su propia complacencia, con llevando a los pacientes a asumir posiciones demandantes con un alto riesgo de falencias en la relación medico paciente, generando intenciones de solicitudes y reclamos por vía judicial, similares a los presentados por los modelos convencionales.

En síntesis, en la revisión realizada inherente a la implementación en medicinas alternativa es de esperar una atención cordial por parte de la población en general, encontrando en su terapeuta un intercesor en el alivio de sus enfermedades más que encontrar la cura de los mismos, dentro de un ambiente de respeto como ser humano teniendo en cuenta su cultura y tradiciones ("imaginarios sociales")<sup>58</sup> independiente del sistema médico que sea utilizado. Reconocen que la medicina alternativa y complementaria, específicamente la Acupuntura es eficaz para la minimización del uso de medicamentos alopáticos disminuyendo sus correspondientes efectos secundarios.

En este momento la percepción es que la población en general no encuentra respuesta satisfactoria en el actual sistema de salud, consideran que la Acupuntura es un buen complemento en el ejercicio de la medicina occidental.

Encuentran que la búsqueda de atención en salud en este tipo de medicinas estimula el desarrollo de buenos hábitos de vida saludables como cambios en la alimentación, el ejercicio, medidas de auto cuidado que apunten a un bienestar y mejoría de los síntomas, especialmente en las mujeres. La preocupación de los encuestados radica en que sea ejercida por personal en salud capacitado.

Sin embargo se encuentra una baja frecuencia de utilización de servicios en salud en acupuntura específicamente por barreras de tipo cultural, desconocimiento de cómo funcionan este tipo de medicinas complementarias, elevados costos de tratamiento, que han llevado a generación de falsas expectativas de curación con estos sistemas médicos considerando en ocasiones como "mágicas" e infalibles, que los hace víctimas de publicidades mercantilistas y engañosas, trayendo como consecuencia en estos Usuarios una gran desconfianza en sus tratamiento, o solicitudes y exigencias que sobrepasen límites de curación (ver Tabla 5-6).

---

<sup>58</sup> COCOMA PARRA, Juan. Percepción de la evolución del estado de salud y exploración del uso de medicinas alternativas u otras prácticas en salud – estudio de casos. pag. 13.

Las necesidades e intereses de las personas son la clave para la integración de las medicinas alternativas al modelo de salud occidental y no por las buenas ideas de los profesionales de acuerdo a unos intereses particulares (López Ruiz).

## 5.7 Análisis de vulnerabilidad sobre el modelo de salud a partir de la población.

De acuerdo a la información recopilada en el análisis bibliográfico se intenta identificar las fortalezas y debilidades referentes a las expectativas, dentro de un entorno social, que poseen los Usuarios en general, referente a la implementación de la Medicina Tradicional China y Acupuntura, al modelo de salud convencional con el objeto de diseñar las estrategias correspondientes tendientes a la viabilidad del modelo integrativo de salud<sup>59</sup>

**Tabla 5-6.** Análisis de vulnerabilidad expectativas Usuarios.

Análisis de vulnerabilidad del modelo de salud de acuerdo a las expectativas de los Usuarios del sistema de salud <sup>60</sup> .	
DEBILIDADES	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"><li>• Elevados costos de tratamiento</li><li>• percepción de Terapias mágicas.</li><li>• Falta de conocimiento sobre acupuntura y Medicina Tradicional China</li><li>• Medicina foránea.</li><li>• Baja utilización por la población en general</li><li>• No asequible a todas las clases sociales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Buscar alivio de enfermedades, más que la cura de las mismas.</li><li>• Minimización en el uso de medicamentos alopáticos.</li><li>• Respuestas no satisfactorias por parte del actual sistema de salud</li><li>• Mayor adherencia a sus tratamientos por parte de las mujeres.</li><li>• Difusión mediante redes sociales y el voz a voz</li></ul>

---

<sup>59</sup> *Ibidem*, pagina 145.

<sup>60</sup> Matriz propuesta por Humberto Serna Gómez en su libro gerencia estratégica Teoría-metodología-alineamiento, implementación y mapas estratégicos, índices de gestión. Pág. 145.



FORTALEZAS	AMENAZAS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocimiento a la acupuntura como buen complemento al ejercicio de la medicina occidental.</li> <li>• Estímulo al desarrollo de hábitos de vida saludables y el auto cuidado.</li> <li>• Conocimiento de la existencia de la Acupuntura específicamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de “imaginarios sociales” que influyen en la decisión de los Usuarios</li> <li>• Desconfianza en sus tratamientos.</li> <li>• Actitudes dependientes demandantes.</li> <li>• Malas experiencias personales con medicinas alternativas y complementarias</li> <li>• Depende de los estudios que tienen el usuario</li> </ul>

**Continuación de la Tabla 5-6.** Análisis de vulnerabilidad de acuerdo a las expectativas de los Usuarios sobre el modelo de salud.

▪ **Análisis Debilidades- Oportunidades.**

- ❖ Presentación de documentales, referentes a la utilidad de la Medicina Tradicional China y Acupuntura, su naturaleza indicaciones y alcance, realizados por este servicio en equipos de difusión masiva, que tienen disponibilidad en las salas de espera de consulta externa.
- ❖ Difusión y socialización de la prestación de servicios de Medicina Tradicional China y Acupuntura al modelo de atención en salud, por parte de funcionarios en general de la institución sanitaria así como, dentro de las actividades de demanda inducida
- ❖ Acompañamiento a médicos especialistas en la atención para aportar recomendaciones generales, y técnicas elementales desde la Medicina Tradicional China y despertar el interés en el usuario sobre la utilización de estos servicios complementarios en salud.

▪ **Análisis Debilidades – Amenazas**

- ❖ Realización de entrevistas y grupos de enfoque con Usuarios referente al conocimiento y expectativas particulares con la implementación de este modelo de atención que apunten a la creación de un modelo de atención que respete sus expectativas valores y símbolos, tendientes a realizar los primeros pilotos de atención.

- ❖ Divulgación, en medios de comunicación, de apertura del servicio de Medicina Tradicional China y Acupuntura como parte de los servicios de salud ofrecidos en la Institución prestadora de salud, presentación de los objetivos, alcance, fundamentos, utilidad de los tratamientos terapéuticos, experiencia certificada del equipo que conforma el servicio, con respaldo de imagen corporativa institucional y alineados a la plataforma estratégica de la misma, apuntando a despertar progresivamente el interés de los Usuarios.
- **Análisis Fortalezas - Oportunidades**
- ❖ Seguimiento exhaustivo a lo pacientes del servicio de Medicina Tradicional China, a la adherencia y el entendimiento a las recomendaciones que les realiza el equipo alternativo de salud, y de su registro detallado en historia clínica para seguimiento por parte de otras especialidades médicas.
- ❖ Generación de espacios por parte del servicio de Medicina Tradicional China y Acupuntura para la realización de charlas informativas, presentación de informes de gestión, en las reuniones de asociaciones de Usuarios con el fin de difusión del modelo de atención y crear conciencia por parte de estas agremiaciones representativas acerca de la Acupuntura y Medicina Tradicional China, al resto de la comunidad. de la necesidad de este tipo de atención como complemento indispensable a las actividades de salud que realiza la IPS.
- **Análisis Fortalezas- Amenazas**
- ❖ El reconocimiento universal que tiene la Acupuntura en las actividades que desarrolla el primer nivel de atención obliga a iniciar la implementación hacia este servicio, propendiendo por el desarrollo de estrategias que incentiven el interés en los Usuarios en general referente a la utilización de la Acupuntura y Medicina Tradicional China.

- ❖ La participación conjunta entre médicos alópatas y especialistas en medicina tradicional china, lideradas por el médico convencional tratante, en casos de patologías crónicas de difícil manejo, además de afianzar lazos de apoyo entre los facultativos, despertaría la esperanza en los pacientes en su tratamiento y curación, generando intenciones de adherencia e interés por este sistema médico,
- ❖ La resolución de Solicitudes, inconformidades, inquietudes y reclamos referentes al servicio de Medicina Tradicional China y Acupuntura se realizarían a través del servicio propiamente dicho, además del Área de Atención al Usuario para la toma de correctivos a que hubiere lugar garantizando al paciente su satisfacción y conformidad, dentro del alcance propuesto por este servicio.

## 5.8 Resultados

El conjunto de estrategias generales encontradas en el análisis bibliográfico realizados de Modelos de atención, normatividades, análisis estratégicos, expectativas de autoridades sanitarias, proveedores de salud desarrolladas, mediante el análisis de vulnerabilidad, permitirá realizar una aproximación a la construcción y posterior implementación de nuevos modelos alternativos de salud, objetivo propuesto por este trabajo de investigación.

La implementación de estos modelos a partir del análisis sistemático y de vulnerabilidad se infiere que no son inmediatos, toman su tiempo para su consolidación, estabilización y viabilidad del mismo, para garantizar el cumplimiento de los requisitos que demandan la normatividad competente, igual al que realiza cualquier servicio de salud occidental.

En este sentido, al diseñar las estrategias que permitirían viabilizar el Modelo de Atención se identifican una serie de elementos fundamentales para el establecimiento del modelo que integra la Acupuntura y Medicina Tradicional China al modelo de salud occidental en la IPS:

**Sensibilización:** La sensibilización de personal en salud y de Usuarios constituiría el primer paso tendiente a la implementación del modelo de Salud. La realización de actividades intervenciones y procedimientos que apunten a de una generar en las autoridades sanitarias, Proveedores de Salud y en los usuarios en general necesidades de atención en programas de atención en salud en los cuales estén implementada la Medicina Tradicional China, para la creación de una demanda y oferta de Servicios.

Para el caso de sensibilización y conocimiento que tienen los Usuarios sobre la implementación de la Acupuntura a los servicios de salud se realizan a partir de diferentes medios de difusión aplicables en servicios de Consulta externa, dentro del acto médico o en salas de espera, además de los que apliquen para las actividades de demanda inducida.

La sensibilización a los diferentes Actores del Sistema de salud se realizaría en escenarios que propendan a encuentros y reuniones, las cuales se realizarían de manera previa a la implementación del modelo. Estas estrategias coinciden con las publicaciones referentes a las experiencias tenidas para la implementación de modelos similares en otras latitudes como los de padrón Cáceres en Cuba y los de PINHEIRO, Roseni y THEREZINHA LUZ en Brasil [105].

**Profesionales en salud** En el caso de los profesionales de salud, dichos acercamientos para esta actividad se generarían en diferentes escenarios de manera programada tales como reuniones médicas, mesas de trabajo, entre otros. Estos encuentros se utilizan para el conocimiento de la fundamentación en Medicina Tradicional China y Acupuntura, resolución de inquietudes de los participantes entre otros. Igualmente revisión de Normatividad Vigentes, como insumo para su participación en la elaboración de proyectos regulatorios.

Según Gaboury (2010), el no tener presente este elemento, desdibujaría el propósito inicial de este modelo alternativo de atención en salud incluso fragmentando ya que el tipo de educación médica recibida aunado a simbolismos y experiencias de vida de

estos profesionales de salud, producen emociones en los facultativos que se transmitirán a los usuarios en general a partir de la misma relación Médico Paciente.

**Usuarios:** La importancia que tiene el conocimiento referente a la Exploración y entendimiento de simbolismos, y valores particulares que poseen las personas, término que expresa Juan Carlos Cocomo como Imaginarios sociales <sup>61</sup>, mediante entrevistas, encuestas, grupos de enfoque e interrelaciones directas con el personal salud. Con el fin de diseñar estrategias reales y prácticas para la difusión de este novedoso modelo de atención a Usuarios y que estos repliquen esta información Mediante, las asociaciones de Usuarios, las redes sociales y el “voz a voz”, de acuerdo a lo propuesto por Betina Freidin y Rosana Abrutzky<sup>62</sup>

**Entendimiento del concepto de integración:** Las diferencias de interpretación del concepto tendientes a integrar a los servicios de salud occidentales y Medicinas Complementarias constituyen una preocupación para la viabilidad del Modelo. La integralidad de este sistema alternativo de salud, el cual constituye un atributo de la calidad debe ser entendida de igual manera tanto por el equipo de salud, las autoridades sanitarias y el usuario en común. Argumento que estaría de acuerdo con lo referido en los estudios publicados por Dalcanale (2008)

**Recurso humano en salud:** El equipo de salud asistencial que maneje el servicio de Acupuntura y Medicina Tradicional China contara con personal especializado y entrenado, incluyendo, Médicos, Enfermeras y personal Auxiliar (para estos últimos, cursos y diplomados) en cumplimiento de normatividad vigente (ley 1164 de 2007).

---

<sup>61</sup> Término empleado por Cocomo en su tesis Percepción de la evolución del estado de salud y exploración del uso de medicinas alternativas u otras prácticas en salud – estudio de casos, como el conjunto de valores y símbolos que posee de manera particular una persona. pág. 4

<sup>62</sup> Betina Freidin y Rosana Abrutzky en su publicación transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios. Pág. 15

**Adherencia a estándares de habilitación.** El cumplimiento de los requisitos esenciales por parte de las Instituciones Prestadoras de Salud referentes a las condiciones técnicas - científicas y de suficiencia patrimonial, hacen que el modelo tenga la formalidad y el reconocimiento requerido por los sistemas de salud para lograr su implementación.

**Auditorias de calidad:** La implementación de auditorías de calidad se constituyen en otro elemento de vital importancia ya que hacen que sea posible la vigilancia, seguimiento y control en las actividades que realizan los diferentes servicios que tienen implementada la Medicina Tradicional China a los modelos de salud convencional, tomando como referentes, el cumplimiento de los criterios de Calidad en salud tipificados por la normatividad competente y que son de obligatorio cumplimiento.

**Seguridad del paciente:** Las actividades intervenciones y procedimientos relatados en el presente informe propenden por el diseño de un modelo de atención que tenga en cuenta de manera integral al individuo dentro del criterio de seguridad, minimizando la presentación de eventos adversos por realización de procedimientos propios de la atención en Acupuntura o en el tratamiento mediante otros tipos de intervenciones en Medicina Tradicional China.

## **5.9 Limitaciones del modelo de atención.**

La ausencia de métodos de facturación de manera estandarizada de los servicios prestados en Medicina Tradicional China y Acupuntura por estudios de costo efectividad y de impacto económico descritos en la literatura mundial aplicables a la Medicina Alternativa y Complementaria, hacen que no se pueda integrar, por ahora al total de la población colombiana, en los planes de beneficios financiados a partir de la UPC, continuando su oferta, dentro de planes adicionales de salud que cuentan las EPS. En este sentido, la presencia progresiva de este tipo de publicaciones ofrecería un importante insumo para su integración total al sistema de salud dentro de su aseguramiento y la necesidad de subvención por el estado.

En el presente trabajo investigativo contempla las estrategias e identificación de elementos que conducirían de una manera aproximada a la implementación de un sistema de atención en salud que implementa la medicina Tradicional China y la acupuntura dentro de la atención prestada por las Instituciones de salud. La manera puntual de ejecución de actividades puntuales para las propuestas identificadas por análisis de vulnerabilidad, dependen de manera particular de la naturaleza de la Institución Prestadora de Salud, teniendo en cuenta su planeación estratégico corporativa propia para la prestación de los mismos, por lo cual no fueron tenidas en cuenta.

106 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

---



## 6. Conclusiones y recomendaciones

Los modelos de salud son cambiantes y deben responder a las necesidades en salud propias de los individuos, enmarcados dentro de una realidad política y psicosocial, en las cuales se debe guardar consideración y respeto por el ser humano, por ende esta consideración debe cobijar a todos los actores del sistema de salud.

La definición del alcance, en la prestación de servicios de salud en Medicina Tradicional China y Acupuntura, dentro de las actividades en salud que realiza la institución sanitaria, permitirá centrar su campo de acción en la atención a los pacientes, además de establecer interrelaciones estratégicas más eficientes y eficaces con las demás especialidades medicas disponibles en dichos lugares.

La creación de modelos atención en los que se implemente la Medicina Tradicional China a los servicios de salud convencional debe tener identificados los siguientes Elementos:

- **Derechos Fundamentales:**

El modelo de atención en salud que integre la Medicina Tradicional China se implementara de acuerdo al cumplimiento de principios básicos tendientes al derecho de los ciudadanos a tener la mayor salud posible, tales como igualdad, universalidad, calidad, eficiencia, corresponsabilidad y continuidad tipificados en la última reforma a la salud colombiana.

- **Bases Normativas Legislativas.**

La implementación de la Medicina Tradicional China al sistema convencional de salud, dentro de un modelo de atención, debe dar cabal cumplimiento a la normatividad sanitaria vigente correspondientes al sistema obligatorio de la calidad en salud, y el cumplimiento de los requisitos esenciales del componente técnico científico y tecno

administrativo similar al realizado por servicios de salud alopáticos, siendo sujetos a la vigilancia seguimiento por los Entes de Control.

- **Sensibilización y difusión.**

Las actividades inherentes al conocimiento, y fundamentación de este modelo alternativo de atención constituyen un elemento fundamental para la divulgación de esta información en adherencia al respeto a las diferentes formas de pensamiento de los diferentes actores del sistema de salud ya expresado anteriormente. La comunicación a la población en general de los objetivos, fundamentos e intencionalidad de este modelo, mediante las atenciones propias en salud y las actividades de demanda inducida, dentro de las actividades de Promoción y Prevención hacen que esta información sea replicada por la comunidad mediante sus distintas formas de expresión.

- **Concepto de integración.**

Un entendimiento de los objetivos y alcances del concepto de INTEGRACIÓN entre Medicina Tradicional China– Medicina Convencional por parte de las autoridades sanitarias y equipo de salud como el resultado de sensibilización y difusión del mismo, minimiza el riesgo de presentarse una fragmentación y/o fracaso del modelo.

- **Recurso humano calificado.**

En la implementación del modelo que integre la Medicina Tradicional China, el recurso humano, idóneo y adecuado, encargado de brindar una atención integrada y continua, juega un papel fundamental, constituyéndose en un elemento de vital importancia para la viabilización de este proyecto. Es obligatorio, por obvias razones, que el personal médico y de enfermería deben contar con estudios de postgrado de Medicina Tradicional China y Acupuntura, mientras que el personal auxiliar haber tomado cursos y/o diplomados en Medicina Alternativa, estos criterios aunados con el conocimiento del componente emocional y personal son de fundamental importancia dentro de los procesos de selección de este tipo de personal.

- **Habilitación de servicios de Salud**

Los servicios de Medicina Tradicional China y Acupuntura, como parte integral de atención sanitaria de las Instituciones Prestadoras de Salud, deben dar estricto cumplimiento a los requisitos de habilitación de prestadores de servicios de salud, ordenados por la normatividad vigente<sup>63</sup> en cuanto a infraestructura e instalaciones físicas donde se desarrollen este tipo de atención en salud; dotación y mantenimiento de equipos (electro acupuntura, equipos laser); consecución, almacenamiento de agujas de acupuntura que cumplan criterios establecidos por el INVIMA; guías y protocolos de atención; elaboración, archivo de historias clínicas y registros asistenciales; y seguimiento a riesgos en la prestación de servicios, los cuales están orientados hacia la calidad en la atención y la seguridad del paciente.

- **Auditorías de Calidad.**

Las auditorías de Calidad se constituyen en una herramienta de gran valor en el seguimiento vigilancia y control a la organización y gestión óptima de los procesos para la atención en salud integrada en adherencia al modelo propuesto mediante su acompañamiento, identificación de oportunidades de mejora y el establecimiento de acciones preventivas y correctivas tendientes a la viabilización del modelo.

- **Planeación Estratégica.**

Los servicios de Medicina Tradicional China y Acupuntura forman parte de los servicios de apoyo de la institución, por ende deben estar adheridos a la planeación estratégica de la Institución Prestadora de Salud, adoptando las políticas, valores y principios corporativos institucionales tendientes a la evolución y crecimiento como empresa aspirando a lograr un lugar representativo, dentro del mercado de servicios de salud para esta clase de atención en salud.

---

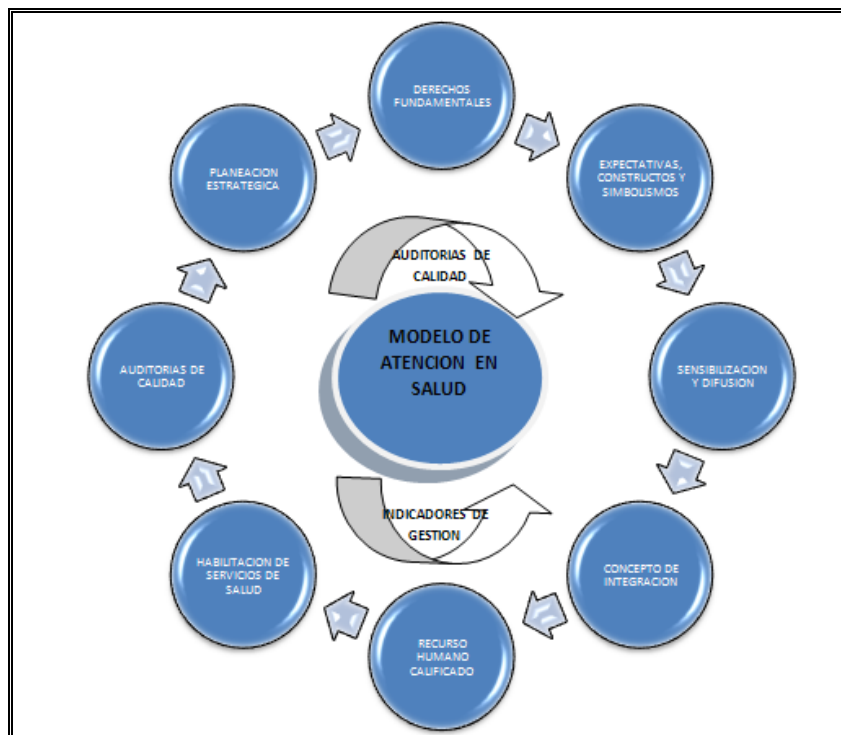
<sup>63</sup> Resolución 1043 de 2006 en el anexo técnico 1: Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones

▪ **Indicadores de Gestión.**

El modelo de Atención en salud que implemente la Medicina Tradicional China a los servicios de salud occidental, debe contemplar inicialmente indicadores de gestión tendientes a medir coberturas y satisfacción de usuarios. Una vez se haya estabilizado este, diseñar otras formas de monitoreo que permitan la evaluación del impacto costo efectivo desde la perspectiva económica sanitaria.

Los anteriores elementos se cumplirían de manera secuencial y cíclica permitiendo la continuación de los procesos y el mejoramiento continuo de la calidad de este modelo de atención (Ver Figura7-1)<sup>64</sup>.

**Figura. 6-1.** Modelo Integrativo de atención en salud.



<sup>64</sup> Fuente del Autor pretendiendo integrar elementos identificados para la constitución de un Modelo Alternativo de salud posterior a la revisión sistemática.

Esta implementación de este modelo alternativo de atención en salud se hará dentro del respeto y consideración a las tradiciones, simbolismos, y constructos de la población en general, de acuerdo a sus experiencias de vida, identificados, dentro de un enfoque pluralista e intercultural. Igualmente, es fundamental tener en cuenta las expectativas acuerdos y consideraciones que se concreten con los proveedores de Salud adscritos a la institución donde se desarrollara este proyecto.

## **Recomendaciones**

La integración no se puede desarrollar al corto plazo, La implementación de estos modelos toman su tiempo y deben pasar por una serie de fases dentro de una ruta metodológica para su implementación, consolidación, sostenibilidad y viabilidad, el cual estaría de acuerdo con los estudios similares reportados de acuerdo a la literatura revisada. En este sentido, es conveniente que maduren una serie de fases tales como el ajuste de procesos de acuerdo a los elementos identificados.

La estandarización de tarifas, por lo pronto, deben ser el resultado de un proceso de benchmarking de aquellas instituciones y prestadores que ofrezcan servicios en Medicina Tradicional China, con el fin de realizar las proyecciones económicas respectivas tendiendo a obtener tarifas competitivas y de esta manera ofertar estos servicios a todo tipo de personas. En un tiempo no lejano y de acuerdo a la consolidación progresiva del modelo, despertar el interés de los aseguradores por la prestación integral de estos servicios para garantizar la universalidad de los mismos.

Sin embargo, la adopción de estos modelos de salud por parte de las Instituciones prestadoras de salud, de manera coordinada promueve una conciencia en la existencia de los mismos, el interés en los usuarios para ser utilizados con un aumento en la demanda de los mismos, obligando al estado a diseñar políticas en Medicina Tradicional de manera específica que formarían parte del sistema de salud, regulando cada uno de los sistemas médicos reconocidos por el estado de forma particular

112 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

---

## A. Anexo: Papeles de trabajo para la relación bibliográfica revisada

Numero	Base de datos	Nombre del artículo	del autores	Fuente de información	ubicación	MTCH y acupuntura	Revisión incluida	Revisión excluida
1	LILACS	Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde	CINTRA, M.E.R.; FIGUEIREDO, R. Acupuncture and health promotion: possibilities in publichealth services. Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.32, p.139-54, jan./mar. 2010.	Interface - Comunic., Saude, Educ., v.14, n.32, p.139-54, jan./mar. 2010.	<a href="http://www.scielo.br/pdf/ics/v14n32/12.pdf">http://www.scielo.br/pdf/ics/v14n32/12.pdf</a>	+	x	
2	BVS	LAS PRÁCTICAS INTEGRATIVAS EN LA ESTRATEGIA SALUD DE LA FAMILIA: VISIÓN DE LOS AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD	Thatianny Tanferri de Brito Paranaguái Ana Lúcia Queiroz Bezerrall Marcus Antônio de SouzaIII Karina Machado SiqueiralV	Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):75-0. • p.75. magnetico	<a href="http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/467_v17n1a14.pdf">http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/467_v17n1a14.pdf</a>	+	x	
3	PUBMED	Is complementary and alternative medicine (CAM) cost-effective? a	Patricia M Herman*1, Benjamin M Craig2 and Opher Caspi3	BMC Complementary and Alternative Medicine. magnetico	<a href="http://www.biomedcentral.com/1472-6882/5/11">http://www.biomedcentral.com/1472-6882/5/11</a>	+	X	
4	PUBMED	Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care	Tobias Sundberg1, Jeremy Halpin2, Anders Warenmark3 and Torkel Falkenberg*1	BMC Health Services Research	<a href="http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-107.pdf">http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-107.pdf</a>	+	x	
5	GOOGLE ESCOLAR	Difusión transnacional, integración, y adaptaciones locales de medicinas orientales:	Betina Freidin					x

114 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

		El caso de la práctica del Ayurveda por médicos alópatas en Argentina						
6	GOOGLE ESCOLAR	transitando los mundos terapeuticos de la acupuntura en buenos aires:perspectivas y experiencias de los usuarios	Betina Freidin y Rosana Abrutzky	Documento de trabajo No 54 Instituto de investigaciones Gino Germani Facultad de ciencias Sociales Universidad de Buenos Aires Argentina	<a href="http://lanic.utexas.edu/project/laoap/iigg/dt54.pdf">http://lanic.utexas.edu/project/laoap/iigg/dt54.pdf</a>	+	x	
7	scirus	Access To Conventional Medical Care And The Use Of Complementary And Alternative Medicine	José A. Pagán and Mark V. Pauly	Health Affairs, 24, no.1 (2005):255-262	<a href="http://content.healthaffairs.org/content/24/1/255.full.pdf+html">http://content.healthaffairs.org/content/24/1/255.full.pdf+html</a>	+	x	
8	biblioteca digital Universidad de Sao Pablo	acupuntura no exercicio da medicina: o medico acupunturista e seus espaços de pratica	Rita de Cassia lorio	Tese apresentada ao programa de pos - graduação em saúde pública para obtenção do titulo de Doutor em Saúde Pública	Biblioteca digital Universidad de Sao Pablo.	+	x	
9	Scirus	Estrategias regulativas para las medicinas complementarias y alternativas: hacia un modelo de entendimiento de prácticas de salud	Cristina Uriosa, Josefina Caminalb, Núria Rodríguez y Francesca Puigpelata en nombre del Grupo de investigación en MCA	SERIESMEDICINAS COMPLEMENTARIAS Y ALTERNATIVAS	<a href="http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6131/1/Feminismos_10_10.pdf">http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6131/1/Feminismos_10_10.pdf</a>	+	x	
10	PUBMED	Social medicalization and alternative and complementary medicine: the pluralization of health services in the Brazilian Unified Health System	Charles Dalcanale Tesserl Nelson Filice de BarrosII	Rev Saúde Pública 2008;42(5)	<a href="http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n5/en_7115.pdf">http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n5/en_7115.pdf</a>	+		x
11	GOOGLE	LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS Y	Perdiguero Gil, Enrique	REV - FEM - Nº 10 (dic. 2007) - Medicines i	<a href="http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6131/1/Feminismos_10_10.pdf">http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6131/1/Feminismos_10_10.pdf</a>	+	x	



	ESCOLAR	COMPLEMENTARIAS COMO RECURSO EN LOS ITINERARIOS TERAPÉUTICOS DE LAS MUJERES. IMPORTANCIA EN NUESTRO CONTEXTO	Tosal Herrero, Beatriz	Gènere.	smos_10_10.pdf			
12	GOOGLE	Modelos Clínico Terapéuticos y Fortalecimiento de la Salud	Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural. GOBIERNO FEDERAL DE MEXICO	GOBIERNO FEDERAL DE SALUD	<a href="http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpetas1/guia_imp.pdf">http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpetas1/guia_imp.pdf</a>	+	x	
13	SCIELO	IMPACTO E INTEGRACIÓN ENTRE LA MEDICINA ALTERNATIVA Y LA CONVENCIONAL	JOSÉ E. DIPIERRI	CUADERNOS FHYCS-UNJu, Nro. 22:241-263, Año 2004	<a href="http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/185/18502217.pdf">http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/185/18502217.pdf</a>	+	x	
14	UNIVERSIDAD NACIONAL	PODER CONOCIMIENTO Y CREENCIA: POR LOS CAMINOS DE LA RUDA EN LA LOCALIDAD SEPTIMA DE BOGOTA COLOMBIA	SANTIAGO MARTINEZ MEDINA	ANTIPODA REVISTA DE ANTROPOLOGIA Y ARQUEOLOGIA ENERO - JUNIO NUMERO 006. 2008.	<a href="http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1900-54072008000100009&amp;script=sci_arttext">http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?pid=S1900-54072008000100009&amp;script=sci_arttext</a>	No		x
15	LIBERTAS ACADEMICA	A MODEL FOR IMPLEMENTING INTEGRATIVE PRACTICE IN HEALTH CARE AGENCIE	CHRIS PATTERSON HEATHER M ARTHUR	LIBERTAS ACADEMICA	<a href="http://www.la-press.com/redirect_file.php?fileid=563&amp;filename=IMI">www.la-press.com/redirect_file.php?fileid=563&amp;filename=IMI</a>	NO		x
16	PUBMED	Religion, Clinicians, and the Integration of Complementary and Alternative Medicines	Farr A. Curlin, M.D., Kenneth A. Rasinski, Ph.D., Ted J. Kaptchuk, Ezekiel J. Emanuel, M.D., Ph.D., Franklin G. Miller, Ph.D., and Jon C. Tilburt, M.D.	J Altern Complement Med. Author manuscript; available in PMC 2010 September 1.	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861920/pdf/nihms191705.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861920/pdf/nihms191705.pdf</a>	+	x	
17	LILACS	Racionalidades médicas e integralidade	Charles Dalcanale Tesser Madel Therezinha Luz	TEMAS LIVRES BR526.1 - Biblioteca de Saúde Pública	<a href="http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n1/23.pdf">http://www.scielosp.org/pdf/csc/v13n1/23.pdf</a>	+	x	
18	BVS	CULTURA, CUIDADOS PROFESIONALES Y POPULARES EN EL PAIS VASCO	Martínez Sola, Encarnación María; Berjón Aparicio, Sonia.	Cultura, cuidados profesionales y populares en el País Vasco. Biblioteca Lascasas, 2009; 5(2).	<a href="http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0420.php">http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0420.php</a>			x

116 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

19	GOOGLE	Legislación de la medicina alternativa en Guatemala. Criterios de "validez" y "cientificidad" desde la perspectiva de los grupos étnicos en Guatemala	Verónica Haydee Paredes Marín	Biblioteca Virtual DIGI	<a href="http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/investigacio_files/INFORMES/CULTURA/INF-2008-052.pdf">http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/investigacio_files/INFORMES/CULTURA/INF-2008-052.pdf</a>	+	X	
20	BVS	CULTURA, CUIDADOS PROFESIONALES Y POPULARES EN EL PAIS VASCO	Martínez Sola, Encarnación María; Berjón Aparicio, Sonia	BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index	<a href="http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0420.pdf">http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0420.pdf</a>	+		X
21	PUBMED	An approach for integrating complementary–alternative medicine into primary care	Moshe A Frenkel and Jeffrey M Borkan	Family Practice Vol. 20, No. 3 © Oxford University Press 2003	<a href="http://fampra.oxfordjournals.org/content/20/3/324.full.pdf+html">http://fampra.oxfordjournals.org/content/20/3/324.full.pdf+html</a>	+	X	
22	LILACS	Inmigración y etnosalud: Posibilidad de un modelo diferencial de salud	Ofelia Restrepo	Redalyc Sistema de Información Científica Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal	<a href="http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12027103">http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12027103</a>	NO		X
23	BVS	Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC.	Fabício Fontanella	ACM: arquivos catarinenses de medicina 36(2), abr.-jun. 2007. tab.	<a href="http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/484.pdf">http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/484.pdf</a>	+	x	
24	PUBMED	Acupuncture, chiropractic and osteopathy use in Australia: a national population	Charlie CL Xue, Anthony L Zhang, Vivian Lin, Ray Myers, Barbara Polus and David F	BMC Public Health	<a href="http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-105.pdf">http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-105.pdf</a>	x	x	

		survey	Story					
25	SINAB	The Role of Spirituality Healing with Perceptions of the Medical Encounter among Latinos	Carlos A. Reyes-Ortiz, MD, PhD, Michael Rodriguez, MD, MPH, and Kyriakos S. Markides, PhD	JOURNAL OF GENERAL INTERNE MEDICINE	BIBLIOTECA VIRTUAL SINAB UNIVERSIDAD NACIONAL	NO		X
26	GOOGLE	PROYECTO DE BASES PARA LA ACREDITACIÓN Y CAPACITACIÓN DE LAS ENFERMERAS EN TERAPIAS NATURALES Y/O COMPLEMENTARIAS	López Ruiz, Julia Arqué Blanco, Mercè	REVISTA ELSEVIER.ES	<a href="http://www.coib.org/uploads/BO/Generica/Documents/03112008%20DOC%20DE%20REFERENCIA.PDF">http://www.coib.org/uploads/BO/Generica/Documents/03112008%20DOC%20DE%20REFERENCIA.PDF</a>	+	X	
27	BVS	Ventajas de la aplicación de la acupuntura en el servicio de urgencia	Dr. Horlirio Alexis Ferrer Sánchez, Dr. Horlirio Ferrer Robaina y Dra. Sarah Y. Gazquez Camejo	Rev Cubana Invest Biomed 2007;26(2)	<a href="http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_3_07/ibi08307.htm">http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_3_07/ibi08307.htm</a>	+	X	
28	scirus	ECONOMIC EVALUATION OF ACUPUNCTURE	ADAM WHITE	aim.bmj.com on April 7, 2011	<a href="http://aim.bmj.com/content/14/2/109.full.pdf">http://aim.bmj.com/content/14/2/109.full.pdf</a>	+	X	
29	UNIVERSIDAD NACIONAL	persepcion de la evolucion del estado de salud y la exploracion del uso de las medicinas alternativas u otras practicas en salud - estudios de casos	JUAN CARLOS COCOMA PARRA	TESIS DE GRADO PARA OPTAR TITULO DE MAGISTER EN SALUD PUBLICA	biblioteca central de la Universidad Nacional	+	X	
30	GOOGLE	SISTEMA EXPERTO PARA LA MEDICINA TRADICIONAL BOLIVIANA	Guillermo Isaac Choque Aspiazu	<a href="http://www.tauniversity.org/tesis/Tesis_Guillermo_Choque">www.tauniversity.org/tesis/Tesis_Guillermo_Choque</a>	<a href="http://www.tauniversity.org/tesis/Tesis_Guillermo_Choque.doc">www.tauniversity.org/tesis/Tesis_Guillermo_Choque.doc</a>	+		X
31	PUBMED	How parents choose to use CAM: a systematic	Ava Lorenc, Yael Ilan-Clarke, Nicola Robinson and Mitch Blair	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680396/pdf/1472-6882-9-9.pdf">www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680396/pdf/1472-6882-9-9.pdf</a>	BMC Complementary and Alternative Medicine	+	X	

118 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

		review of theoretical models						
32	LILACS	La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia	Gustavo Nigenda, Ph.D., Gerardo Mora-Flores, B.A., Salvador Aldama-López, M.D., Emanuel Orozco-Núñez, B.A.	scielo public health	<a href="http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n1/a06v43n1.pdf">http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n1/a06v43n1.pdf</a>	No		X
33	PUBMED	Use frequency of traditional Chinese medicine in Taiwan	Fang-Pey Chen, Tzeng-Ji Chen, Yen-Ying Kung, Yu-Chun Chen, Li-Fang Chou, Fan-Jou Chen and Shinn-Jang Hwang	BIOMED CENTRAL	<a href="http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-26.pdf">www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-26.pdf</a>	+	x	
34	GOOGLE ESCOLAR	Cambio político y salud. Estructura y funcionamiento de un sistema sanitario plural	CARLA AGUIRRE MARCO	REVISIONES DE Medicina y ciencias sociales	<a href="http://www.uv.es/medciensoc/num1/china.PDF">http://www.uv.es/medciensoc/num1/china.PDF</a>	+	X	
35	BVS	Las medicinas complementarias y alternativas y su contribución al sistema sociosanitario: el qué, el porqué y el cómo	Josefina Caminala, Núria Rodríguezb, José Luis Molinab y Grupo de investigación en MCA	ELSEVIER.ES	<a href="http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/titulo/medicinas-complementarias-alternativas-contribucion-sistema-sociosanitario-que-porque/id/35772314.html">http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/titulo/medicinas-complementarias-alternativas-contribucion-sistema-sociosanitario-que-porque/id/35772314.html</a>	+		X
36	PUBMED	A Self-Report Measure of Clinicians' Orientation toward Integrative Medicine	An-Fu Hsiao, Ron D. Hays, Gery W. Ryan, Ian D. Coulter, Ronald M. Andersen, Mary L. Hardy, David L. Diehl, Ka-Kit Hui, and Neil S. Wenger	Health Research and Educational Trust DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00425.x	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361208/pdf/hesr_00425.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361208/pdf/hesr_00425.pdf</a>	+	X	
37	PUBMED	Models of Health and Models of Interaction in the Practitioner-Client Relationship in Acupuncture	Evelyn Y. Ho y Carma L. Bylund	Health Commun. 2008 Nov;23(6):506-15.	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19089698">www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19089698</a>	+	x	
38	UNIVERSIDAD NACIONAL	actitudes sobre la medicina alternativa y complementaria	Mauricio Angel	trabajo de tesis para optar el título de magister en medicina alternativa con énfasis	biblioteca central Universidad Nacional	+	x	

		en los profesionales médicos docentes en la facultad de medicina de la universidad Nacional de Colombia Bogotá 2009		en medicina tradicional china y acupuntura				
39	PUBMED	Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey	Stefanie Joos, Berthold Musselmann, and Joachim Szeconsyi	eCAM Advance Access published March 17, 2009	<a href="http://www.anthromed.org/UploadedDocuments/Integration%20of%20Complementary%20and%20Alternative%20Medicine%20into.pdf">http://www.anthromed.org/UploadedDocuments/Integration%20of%20Complementary%20and%20Alternative%20Medicine%20into.pdf</a>	+	x	
40		NORMAS Y ORIENTACIONES EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA MEDICINA CHINA	COMISION DE CALIDAD DE LA FUNDACIÓN EUROPEA DE MTC	FUNDACION EUROPEA DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA	FUNDACION EUROPEA DE MEDICINA TRADICIONAL CHINA	+	X	
41	BIBLIOTECA VIRTUAL SENADO DE MEXICO	ANTEPROYECTO PARA LA LEY MARCO EN MATERIA DE MEDICINAS COMPLEMENTARIAS	José Alejandro Almaguer González	PUBLICACIONES INTERNAS PARLAMENTO LATINOAMERICANO	<a href="http://www.senado.gob.mx/comisiones/LX/parlatino/content/resoluciones/docs/resolucion8.pdf">www.senado.gob.mx/comisiones/LX/parlatino/content/resoluciones/docs/resolucion8.pdf</a>	+	x	
42	GOOGLE	MEDICINA TRADICIONAL Y POLITICAS PUBLICAS EN LATINOAMERICA	NO REFIERE	SENADO DE MEXICO	<a href="http://ethnopharma.free.fr/texts/ze-capitulo1.pdf">http://ethnopharma.free.fr/texts/ze-capitulo1.pdf</a>	No		X
43	PUBMED	Integrating complementary and alternative medicine into academic medical centers: Experience and perceptions of nine leading centers in North America	Sunita Vohra, Kymm Feldman, Brad Johnston, Kellie Waters and Heather Boon	BMC Health Serv Res. 2005; 5: 78. Published online 2005 December 20. doi: 10.1186/1472-6963-5-7	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343546/pdf/1472-6963-5-78.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343546/pdf/1472-6963-5-78.pdf</a>	+	x	
44	PUBMED	A Sociobehavioral Model of Acupuncture Use, Patterns, and Satisfaction Among Women in the US, 2002	Upchurch DM, Burke A, Dye C, Chyu L, Kusunoki Y, Greendale GA.	Womens Health Issues. 2008 Jan-Feb;18(1):62-71.	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276630/pdf/nihms-39209.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276630/pdf/nihms-39209.pdf</a>	+	x	

120 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

45	BIBLIOTECA VIRTUAL SENADO DE MEXICO	MARCO LEGAL DE LA ACUPUNTURA	Subsecretaría de Innovación y Calidad Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud	MARCO LEGAL DE LA MEDICINA TRADICIONAL Y LAS MEDICINAS COMPLEMENTARIAS	<a href="http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/.../Dossier_Marco_Legal.pdf">www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/.../Dossier_Marco_Legal.pdf</a>	+	x	
46	GOOGLE ESCOLAR	Perspectivas de los médicos acupuntores sobre su práctica y el potencial de la medicina integrativa	Betina Freidin	Facultad de Ciencias Sociales - Instituto de Investigaciones Gino Germani Universidad de Buenos Aires	<a href="http://www.ea-journal.com/art1.3/Perspectivas-de-los-medicos-acupuntores-sobre-su-practica.pdf">http://www.ea-journal.com/art1.3/Perspectivas-de-los-medicos-acupuntores-sobre-su-practica.pdf</a>	+	x	
47	PUBMED	Practitioners' validation of framework of teamoriented practice models in integrative health care: a mixed methods study	Isabelle Gaboury, Heather Boon, Marja Verhoef, Mathieu Bujold, Laurent M Lapierre, David Moher	eCAM 2010;7(4)487-491 doi:10.1093/ecam/nen033	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892352/pdf/nen033.pdf">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892352/pdf/nen033.pdf</a>	+	x	







## B. Formato de Trabajo para el Análisis de Vulnerabilidad DOFA

<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
ENUMERAR OPORTUNIDADES CLAVE	ENUMERAR OPORTUNIDADES CLAVE
<b>FORTALEZAS</b>	<b>DEBILIDADES</b>
ENUMERAR OPORTUNIDADES CLAVE	ENUMERAR OPORTUNIDADES CLAVE

### ANALISIS DOFA

	<b>OPORTUNIDADES</b>	<b>AMENAZAS</b>
	Enumerar las de mayor impacto FCE	Enumerar las de mayor impacto FCE
<b>FORTALEZAS</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
Enumerar las de mayor impacto FCE	<b>FO</b>	<b>FA</b>
<b>DEBILIDADES</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>	<b>ESTRATEGIAS</b>
Enumerar las de mayor impacto FCE	<b>DO</b>	<b>DA</b>

124 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

---

## Glosario.

**ACCESIBILIDAD:** Criterio de Calidad en salud el cual hace referencia a la eliminación de las barreras que afectan la prestación de los servicios de salud estas barreras pueden ser geográficas, económicas, organizacionales, culturales, lingüísticas, religiosas e incluso personales.

**ACUPUNTURA:** El término "Acupuntura" describe una serie de procedimientos que involucran la estimulación de puntos anatómicos del cuerpo, mediante una variedad de técnicas de penetración de la piel con agujas metálicas finas y solidas por manipulación manual o por estimulación eléctrica del terapeuta, las cuales han sido estudiadas de manera científica<sup>65</sup>.

**ASEGURAMIENTO EN SALUD:** conjunto de transacciones mediante las cuales el pago de un monto determinado permite recibir otro pago si ocurren ciertos eventos.

**ASISTENCIA SOCIAL:** Mecanismo mediante el cual las provisiones financieras corren a cargo del estado. Dirigidas a la población económicamente más débil de la sociedad, a personas que no pueden contribuir a una caja de previsión, o que, pudiéndolo hacer, todavía no han sido incorporadas a ellas.

**ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD:** concepto refiere al conjunto de cuidados de salud básicos construidos sobre métodos y tecnologías, prácticos, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, que son accesibles a individuos y familias, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden sufragar

en forma sostenible en cada etapa de su desarrollo, dentro del espíritu de confianza en sí mismo y de autodeterminación<sup>66</sup>.

**AUDITORÍAS DE CALIDAD EN LA ATENCIÓN EN SALUD:** corresponden a Las actividades de vigilancia seguimiento y control, de obligatorio cumplimiento, a los procesos prioritarios y concordantes con la intencionalidad de los estándares en el Sistema Único de Habilitación y de acreditación, tendientes a corregir las desviaciones detectadas con respecto a los parámetros previamente establecidos y a mantener las condiciones de mejora realizadas.

**AURICULOTERAPIA:** técnica accesoria a la Acupuntura que es utilizada para estimular diferentes puntos reflejos en el pabellón auricular para el tratamiento de diferentes enfermedades.

**CONTINUIDAD:** Criterio de calidad en salud, en el cual la persona recibe de manera ininterrumpida la atención en salud garantizada por el sistema general para la seguridad social en salud.

**COMPETENCIA PROFESIONAL:** como la capacidad de desempeño de las funciones de los profesionales o equipos de salud para cumplir las funciones, mediante criterios de idoneidad.

**COPAGOS:** aportes en dinero que le corresponde pagar al afiliado beneficiario por una parte del servicio hospitalario o quirúrgico que requiera, los cuales tienen un tope máximo de pago anual. No son sujetos de estos pagos los servicios por Promoción y Prevención, programas de control materno infantil, programas de atención de enfermedades transmisibles, enfermedades catastróficas o de alto costo, la atención inicial de urgencias.

**CRITERIOS DE CALIDAD EN SALUD:** Definiremos una serie de elementos que son importantes de tener en cuenta dentro de la atención en salud, que actualmente se lleva a cabo en salud, los cuales son considerados criterios

---

<sup>66</sup>

Tomado de proyecto de ley de Miguel Pedrana 2006

implícitos de calidad, base en los diseños de atención a los Usuarios de cualquier estado. Los criterios de calidad corresponden a continuidad, accesibilidad, oportunidad, seguridad, pertinencia, continuidad<sup>67</sup>.

**CUOTA MODERADORA:** son sumas de dinero que se cobran a los afiliados cotizantes y a beneficiarios tendientes a la racionalización del uso de los servicios específicamente en atención medica general o especializada, uso de medicamentos, exámenes de ayuda diagnostica, e Imagenología, y propender en los afiliados al ingreso a programas especiales

**DESCENTRALIZACIÓN:** proceso de delegación de decisiones, funciones y responsabilidades que realiza el poder central de una entidad para simplificar su operatividad con el objeto de lograra mayor cobertura y mejores resultados

**ANÁLISIS DE VULNERABILIDAD:** Herramienta que permite examinar sus Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas (DOFA), a partir de información que posea sobre la empresa, permitiendo a la organización formular estrategias para aprovechar sus fortalezas, prevenir el efecto de sus debilidades, utilizar a tiempo sus oportunidades y anticiparse al efecto de las amenazas<sup>68</sup>

**EFICACIA:** es la capacidad de alcanzar el efecto que espera o se desea tras la realización de una acción.

**EFICIENCIA:** que se refiere al uso racional de los medios para alcanzar un objetivo predeterminado

**ENTIDAD PROMOTORA DE SALUD:** es el modulo administrativo del sistema general de seguridad social en salud delegados por el FOSYGA, correspondientes al régimen contributivo y subsidiado, garantizando la prestación de servicios en salud a la población contemplados en por los diferentes planes obligatorios en salud y esta prestación se realiza a través de las Instituciones prestadoras de salud.

---

<sup>67</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 de 2006. Pág.

<sup>68</sup> Tomado del libro gerencia estratégica teoría- Metodología-Alineamiento- Implementación y Mapas estratégicos. Pág. 144



**FOSYGA.** Fondo de solidaridad y garantía, establecido por la ley 100 de 1993 como ente operacional dentro de los mecanismos para cumplir con los principios de solidaridad y mecanismo de compensación para garantizar el equilibrio financiero del sistema. Está compuesta por cuatro subcuentas: Promoción y Prevención; solidaridad del régimen subsidiado; compensación del régimen contributivo; Accidentes de tránsito y eventos catastróficos.

**GRUPOS DE ENFOQUE:** herramienta utilizada para obtener información de pequeños grupos de usuarios, clientes internos o externos a través de sus opiniones y de la discusión de un tema en particular que un coordinador o conductor promueve con base en una previa información<sup>69</sup>.

**HERBOLARIA Y FITOTERAPIA:** corresponde a la intervención para mejorar la salud mediante el empleo de plantas o sus derivados, que tienen propiedades medicinales

**INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SALUD:** su naturaleza puede ser pública o privada, siendo regidas por el código del comercio. Es el modulo ejecutor del sistema general de seguridad social en salud, por el cual se suministrarán los servicios de salud a los beneficiarios del régimen contributivo y subsidiado.

**MEDICINA COMPLEMENTARIA / ALTERNATIVA:** se refiere a los sistemas médicos practicados en un país, que no forman parte de sus tradiciones, con sistemas terapéuticos diferentes a los ofrecidos por el modelo medico convencional pero que en algunas regiones pueden considerarse suplementarias al ejercicio de la medicina alopática.

**MEDICINA INTEGRATIVA:** es la combinación de terapias médicas formales y terapias de la medicina complementaria y alternativa para las cuales existen datos científicos de alta calidad sobre su seguridad y eficacia<sup>70</sup>.

---

<sup>69</sup> ALVAREZ, HEREDIA, Francisco. Calidad y Auditoria en Salud. Bogotá D.C. Pág. 290.

<sup>70</sup> Definición tomada de la NCCAM

**MEDICINA TRADICIONAL CHINA:** Un sistema médico completo que se originó en China basado en el concepto que la enfermedad es el producto de la ruptura en el flujo de energía conocida como Qi y desequilibrio en las fuerzas de yin y yang. La Medicina Tradicional China utiliza como arsenal terapéutico: la Acupuntura, hierbas, meditación, masaje, la gimnasia y la nutrición entre otros, buscando la restauración del yin-yang, además del equilibrio y el flujo de Qi (Definición tomada de NNCAM)

**MEDICINA TRADICIONAL:** término amplio que hace referencia a los sistemas médicos complementarios y a las diversas formas de medicina indígena cuyos enfoques terapéuticos apuntan a la espiritualidad, uso de plantas animales y minerales, así como técnicas manuales para mantener el bienestar del individuo. Hacen parte de la medicina tradicional la Medicina Tradicional china, la medicina Ayurveda, la Medicina Unani y la medicina indígena (OMS).

**MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD:** corresponde a la organización de la prestación del servicio, la integralidad de las acciones, y la consiguiente orientación de las actividades, intervenciones y procedimientos, a partir de unos recursos y de una infraestructura sanitaria, para la atención de la población usuaria que demandan servicios de salud.

**MOXAS:** son preparados obtenidos a partir de una planta conocida como Artemisa Vulgaris en forma de conos o habanos los cuales son utilizados en procedimientos de Moxibustión.

**MOXIBUSTIÓN:** técnica terapéutica china de aplicación de calor direccionado a través de Moxas en puntos específicos de Acupuntura ubicados en el cuerpo humano.

**NICHO DE MERCADO:** se refiere a una porción de un segmento de mercado en la que los individuos poseen características y necesidades homogéneas, y estas últimas no están del todo cubiertas por la oferta general del mercado.

**PLAN OBLIGATORIO DE SALUD:** Corresponde al plan de beneficios de protección integral de la salud a que se tiene derecho la población afiliada, referentes a atención preventiva, médico quirúrgica, de rehabilitación y dispensación de medicamentos esenciales.



**PLANES ADICIONALES DE SALUD:** Conjunto de beneficios de tipo asistencial que ofrecen las EPS, Empresas de Medicina Prepagada, y aseguradoras a los afiliados al sistema de Salud que voluntariamente los contraten.

**PREVENCIÓN EN SALUD:** Acciones encaminadas a la reducción de riesgos de enfermar o morir, minimizando al máximo la probabilidad de daño orgánico, y de esta manera evitar la aparición de la enfermedad o detener su avance enmarcado por la evolución de la historia natural de la misma.

**PROCESOS DE APOYO.** Proveen los recursos que necesitan los demás procesos. Ejemplos, archivo de historias clínicas, Facturación, recursos humanos, compras y suministros.

**PROCESOS ESTRATÉGICOS.** Están vinculados a procesos de la dirección y de la alta gerencia, se refieren principalmente a los procesos de la planeación

**PROCESOS OPERATIVOS.** Están ligados directamente con la realización del producto o la prestación del servicio. Son los de mayor impacto sobre la satisfacción del usuario. En este grupo se encuentran los servicios de atención en salud.

**PROMOCIÓN DE LA SALUD:** Es el conjunto de actividades, procedimientos e intervenciones tendientes a garantizar la protección de los afiliados frente a un riesgo específico, con el fin de evitar la presencia de la enfermedad<sup>71</sup>

**SEGURIDAD SOCIAL:** Se entiende como el conjunto de medidas previsivas dirigidas a garantizar a los habitantes de un país los medios para lograr condiciones mínimas de comodidad, salud, educación y recreación, así como las providencias contra riesgos inherentes a la vida humana, como desempleo, enfermedad, invalidez parcial o total, vejez, oportunidad de educación y problemas de salud mental

**SISTEMA ÚNICO DE HABILITACIÓN:** CONJUNTO de normas, requisitos y procedimientos mediante los cuales se establece, registra, verifica y controla el

---

<sup>71</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000. Bogotá D.C. p. 2.

cumplimiento de las condiciones básicas de capacidad tecnológica y científica, de suficiencia patrimonial y financiera y de capacidad técnico administrativa.

**SISTEMA ÚNICO DE ACREDITACIÓN.** Es el conjunto de entidades, estándares, actividades de apoyo y procedimientos de autoevaluación, mejoramiento y evaluación externa, destinados a demostrar, evaluar y comprobar el cumplimiento de niveles superiores de calidad por parte de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, las EAPB y las Direcciones Departamentales, Distritales y Municipales que voluntariamente decidan acogerse a este proceso.

**SISTEMA DE INFORMACIÓN PARA LA CALIDAD:** Conjunto de acciones tendientes a estimular la competencia por calidad entre los agentes del sector que al mismo tiempo, permita orientar a los usuarios en el conocimiento de las características del sistema, en el ejercicio de sus derechos y deberes y en los niveles de calidad de los Prestadores de Servicios de Salud y de las EAPB, de manera que puedan tomar decisiones informadas en el momento de ejercer los derechos que para ellos contempla el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

**SEGURIDAD EN SALUD:** Atributo de la calidad en salud que corresponde a la reducción de riesgos secundarios a eventos adversos que puedan relacionarse con la prestación de un servicio en salud.

**SISTEMA DE SALUD:** este concepto abarca todas las organizaciones, las instituciones y los recursos de los que emanan iniciativas encaminadas a mejorar la salud personal, los servicios de salud pública, a partir de unos recursos destinados por el estado para tal fin.

**UNIDAD DE PAGO POR CAPITACIÓN (UPC):** corresponde al valor que anualmente reconoce el FOSYGA a las EPS, como un valor suficiente para cubrir la prestación de los servicios del Plan Obligatorio de Salud POS, por cada uno de los afiliados al Sistema de Seguridad Social y resulta de la suma de los aportes y dividirlos por el número de usuarios<sup>72</sup>. La UPC son de dos clases: UPC contributivo y UPC subsidiado.

---

<sup>72</sup> Restrepo, Carlos Andrés, et al. Manual para la gerencia de las IPSs de baja y media complejidad en Colombia. Tesis de grado. Medellín. p. 88

**PATOLOGÍAS DE TIPO CATASTRÓFICO:** Son aquellas que representan una alta complejidad técnica en su manejo, alto costo, baja ocurrencia y baja costo efectividad en su tratamiento considerándose en este nivel el trasplante renal, las diálisis, neurocirugía del sistema nervioso; cirugía cardíaca, reemplazos articulares, manejo del gran quemado, manejo del trauma mayor, manejo de pacientes infectados por VIH, quimioterapia y radioterapia del cáncer, manejo de pacientes en unidad de cuidados intensivos, tratamiento quirúrgico de enfermedades congénitas<sup>73</sup>. (Resolución de 5261 de 1994).

**PRODUCTO INTERNO BRUTO PIB:** es la suma de valor de todos los bienes y servicios producidos en el país valuados a los precios que prevalecen en los Estados Unidos. Esta es la medida que la mayoría de los economistas prefieren emplear cuando estudian el bienestar per cápita y cuando comparan las condiciones de vida o el uso de los recursos en varios países.

**PLURALISMO MÉDICO:** corresponde a la coexistencia de múltiples sistemas médicos profesionalizados con la inclusión de diversos discursos referentes a la salud y enfermedad que compiten por identificar y legitimar su poder terapéutico, ofreciendo múltiples opciones, para la sanación de los individuos, incluyendo la medicina “folk”, practicada por chamanes y curanderos, la medicina popular.(Nigenda).

**VENTOSAS:** dispositivos utilizados para el tratamiento de enfermedades originadas para movilizar la energía estancada, como origen de algunas enfermedades, a través de un sistema de vacío.

**VALORES CORPORATIVOS:** Ideas filosóficas que comparten las personas pertenecientes a la organización y que fortalecen la cultura organizacional.

---

<sup>73</sup> COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5261 de 1994. Bogotá. D.C. p. 138.

138 Integración de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, al modelo de atención en salud colombiano. Identificación de elementos para su implementación

---

## Bibliografía

[1] Dirección General de Planeación y desarrollo en Salud de México. Interculturalidad en salud. Síntesis ejecutiva. Disponible en [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta2/Politica\\_Intercultural\\_Salud.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta2/Politica_Intercultural_Salud.pdf)

[2] Eslava Juan Carlos. Promoción y Prevención en el Sistema de Salud en Colombia Rev. Salud pública. 4 (1): 1-12, 2002. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v4n1/v4n1a01.pdf>

[3] Mejía L, Franco A. Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. Latin-American social protection and development models: Rev. Salud pública [revista en internet].2007 [fecha de consulta 31 de Marzo de 2010] ,9 (3) 2007: [págs. 471-483]. Disponible [http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642007000300016&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642007000300016&script=sci_arttext)

[4] CURSO DE ESPECIALIZACION EN GESTION DE POLITICAS DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD. Panamerican Heath Organization. Disponible en: [http://www.observarh.org/andino/cirhus/ecuador/fulltext/mod0\\_tema3\\_Ruales.pdf](http://www.observarh.org/andino/cirhus/ecuador/fulltext/mod0_tema3_Ruales.pdf)

[5] RUALES José. “Panel: Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la Salud” {marzo/año vol.22, 099}. Disponible en (<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/120/12021904.pdf>>)

[6] ÁLVAREZ HEREDIA Francisco. El proceso individual de atención En: Calidad y Auditoria en Salud. Bogotá: ECOE EDICIONES. 2004. 138 p

[7] HO Evelyn y BYLUND Carma. Models of Health and Models of Interaction in the Practitioner–Client Relationship in Acupuncture en Health Communication, 23: 2008 pàg. 506–515.

[8] QUINTERO Flórez Giovanna. Aproximación al diseño de una metodología para construir un modelo complementario de atención en homeopatía para Bogotá. Tesis de

grado Bogotá D.C. Universidad nacional de Colombia. Facultad de medicina Departamento de Medicinas Alternativas. 2009

[9] HERNÁNDEZ ÁLVAREZ Mario, La Fragmentación de la Salud en Colombia y Argentina, una comparación Socio Política 1880-1950. Un modelo de comparación para la historia de las políticas de salud. Bogotá: UNIVERSIDAD NACIONAL. 2004. 330 p.

[10] MARTÍNEZ HINCAPIÉ Wilmar. Lepra e invisibilidad social en Cartagena, 1888 - 1909 el problema de la medicalización. En: Historia Social y Cultural de la Salud y la Medicina en Colombia, siglos XVI – XX. 1º ed. Medellín: Guerrero Barón Javier, Wiesner Gracia Luis, Martínez Martin Abel. 2010. p. 199-220

[11] GONZÁLEZ EDGAR. Reformas del sector salud leyes 10 de 1990 y 60 y 100 de 1993. En: El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993: política social, mercado y descentralización. 1 ed. Jaramillo Iván; 1995. P. 65-112.

[12] RESTREPO Carlos Andrés et al. Manual para la Gerencia de las IPS de baja y media complejidad en Colombia. Tesis de grado. Medellín. CES. Facultad de medicina. Postgrado en Gerencia de IPS grupo 13. 2008.

[13] CASTAÑO Carmen Helena. Régimen contributivo en la salud. En: El Sistema Integral de Seguridad Social en Colombia. 1ª ed. Bogotá: Carmen Helena Castaño, 2007 p 35 – 50.

[14] RIVERA Bernardo. Sus verdaderos derechos... señor paciente. Bogotá: UNA PUBLICACION DE SERVICIOS INTEGRALES EN SEGURIDAD SOCIAL. 2007. 161 p

[15] CORTES Juan. Antecedentes de la Reforma. En Reforma a la seguridad social comentarios a la ley 1122 de 2007. 1ª ed. Juan Cortés; Bogotá 2007. Págs. 1- 24.

[16] MUÑOZ LOPEZ Olga Lucia. Ley 1438: otro gran remiendo de la Ley 100. En el periódico El Pulso. Medellín, Marzo, 2011 ISSN 0124-4388 disponible:<http://www.periodicoelpulso.com/html/1103mar/debate/debate-01.htm>.

## Bibliografía

[17] COLOMBIA. Constitución política de Colombia 1991. Bogotá. Disponible en <http://www.banrep.gov.co/regimen/resoluciones/cp91.pdf>

[18] COLOMBIA, CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 100 de 1993. (Diciembre 23 de 1993). Por el cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá, D.C., 1993.no. 41.148p. 1-168.

[19] COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA DE COLOMBIA. Decreto 1485 1994. (Julio 13 de 1994). Por el cual se regula la organización y funcionamiento de las Entidades Promotoras de Salud y la protección al usuario en el Sistema Nacional de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial. Bogotá, D.C., 1994. no. 41.443. p. 1- 17.

[20] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 412 de 2000. (25 de febrero de 2000). Por la cual se establecen las actividades, procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública. Diario Oficial Bogotá, D.C., 2000. No 43.956

[21] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 715 de 2001. (21 de Diciembre, 2001). Por la cual se dictan normas orgánicas en materia de recursos y competencias de conformidad con los artículos 151, 288, 356 y 357 (Acto Legislativo 01 de 2001) de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones para organizar la prestación de los servicios de educación y salud, entre otros. Diario oficial Bogotá, D.C., 2001. No. 44.654. p 1 – 158.

[22] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 790 del año 2002. (27 de Diciembre, 2002). Por la cual se expiden disposiciones para adelantar el programa de renovación de la administración pública y se otorgan unas facultades extraordinarias al Presidente de la República. Diario Oficial Bogotá, D.C., No. 45.046.p 1 – 8.

[23] COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto 1011 del 03 de abril de 2006. (03 de Abril, 2006). Por el cual se establece el Sistema Obligatorio de

Garantía de Calidad de la Atención de Salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. Diario Oficial Bogotá D.C., No. 46.230. p. 1 – 17.

[24] COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 de 3 de Abril de 2006. (3 de Abril, 2006). Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Diario oficial Bogotá 46.271.p. 1 – 248.

[25] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1176 de 2007. (27 de Diciembre, 2007). Por la cual se desarrollan los artículos 356 y 357 de la Constitución Política y se dictan otras disposiciones. Diario oficial Bogotá D.C., no 46.854. p 1 – 32.

[26] COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL. Decreto Numero 3039 de 2007. (10 de Agosto, 2007). Implementación del plan Nacional de Salud Publica 2007 - 2010. Diario Oficial Bogotá. D.C., No. 46.716. p 1 – 54.[27] COLOMBIA. CONGRESO DE LA REPUBLICA. Ley 1438 de 2011(19 de enero de 2011). Por el cual se reforma el sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D.C., 47.957. p 1 – 51.

[28] ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Las políticas públicas y los sistemas y servicios de salud. En: Salud en las Américas 2007, capítulo 4. págs. 314 - 357 volumen 1[Libro en línea]. Disponible en <http://www.paho.org/HIA/vol1regional.htm>. | [con acceso el 15-8-2010].

[39] ROA BUITRAGO Rosa. Gestión del Aseguramiento en Salud Revista EAN {En línea} 2009. Septiembre-Diciembre {citado 2010 Sept. 08}; Disponible en <http://journal.ean.edu.co/index.php/Revista/article/viewFile/282/252>. [Con acceso el 8-9-2010]

[30] TERCER DIPLOMADO FORMACION DE VERIFICADORES EN EL CUMPLIMIENTO DE LAS CONDICIONES DE HABILITACION DE PRESTADORES DE



## Bibliografía

SERVICIOS DE SALUD [CD ROOM] [BOGOTA D.C.] (3 de Abril – 11 de Julio de 2008). AUTOEVALUACION. Memorias. Bogotá. Universidad del Bosque.

[31] SERNA GOMEZ Humberto. Análisis DOFA. Análisis de vulnerabilidad. En: Gerencia Estratégica. Teoría- Metodología- alineamiento- implementación y Mapas estratégicos. 8ª edición. Humberto Serna.2003. P.143-157

[32] MACIOCIA Giovanni. Yin Yang. En Los Fundamentos de la Medicina China. Edición española. 2001. P 1 – 14.

[33] BENFIELD Harriet, KORNGOLD Efrem. La filosofía de oriente: el médico como jardinero. En Entre el cielo y la tierra. Los cinco elementos en la medicina china. 5ª edición. 2011. P 43 – 60.

[34] Marie Eric. Órganos y entrañas ZANG FU. En compendio de Medicina China. 3ª edición. 2001. p 87-106

[35] Li Ping. Etología. En el gran libro de la Medicina china. 1ª Edición. p 105 -120.

[36] BUDRIS, Fabio. Que es la Medicina China Tradicional. Buenos Aires: Àgama publicaciones, 2004.160p. (ISBN 987-1088-175.)

[37] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Directrices sobre capacitación básica y seguridad en Acupuntura. Ginebra. {En línea} {Consultado jul. 18, 2009}.Disponible en [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/directrices\\_Acupuntura.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/mednat/directrices_Acupuntura.pdf)

[38] WHITE Peter, et al. ESTANDARIZACIÓN DE LA NOMENCLATURA EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE ACUPUNTURA. [Revista Digitalis publicación ISMET sobre investigación en terapias naturales, series on line] 2004 {Sept. 23 de 2010}.Disponible en [http://www.e-digitalis.com/pdf/Digitalis\\_n19\\_Nomenclatura.pdf](http://www.e-digitalis.com/pdf/Digitalis_n19_Nomenclatura.pdf)

[39] SUSSMANN, David. Información histórica. En: Susman, Acupuntura teoría y práctica. Editorial KIER. 13ª edición Buenos Aires. David Sussmann. 2000. P. 33- 44.

[40] LÓPEZ, Edgardo. Modelo cuerpo mente En: Neurofisiología de la Acupuntura. Editorial Serendipidad. 1ª edición. Buenos Aires. 2005: p. 20 -33

[41] HOANG TI. Emperador Amarillo. Gran tratado sobre la regulación del espíritu en armonía con los climas de las cuatro estaciones. En Nei King Canon de Medicina; Su Wen primera parte. 1ª edición. Buenos Aires. Editorial dilema 2009. P. 53 - 57

[42] DIPIERRI, José E. Impacto e integración entre la medicina alternativa y la convencional. Cuadernos de la facultad de humanidades y ciencias sociales, No 022. Universidad de Jujuy, Argentina. 2004{En línea} {26 de Marzo 2010} Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/185/18502217.pdf>

[43] ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Estrategia de la OMS sobre la medicina tradicional 2002-2005 {en línea} {23 de febrero de 2011} disponible en internet: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2002.1\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf)

[44] WORLD HEALTH ORGANIZATION. Legal status of traditional medicine and Complementary/ alternative medicine A worldwide review2001. Disponible en:[http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_EDM\\_TRM\\_2001.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_EDM_TRM_2001.2.pdf)

[45] EMBASSY OF THE PEOPLE'S REPUBLIC OF CHINA IN IRELAND. International Traditional Chinese Medicine Program for Cooperation in Science and Technology, 2008-04-21. Disponible en <http://ie.china-embassy.org/eng/ScienceTech/iccst/t427577.htm>

[46] AGUIRRE, Carla P. Cambio Político y Salud. Estructura y funcionamiento de un sistema Sanitario Plural. Medicina y Ciencias Sociales, No 12 ISSN: 1576- 5377 {en línea} {15 de Abril de 2011} DISPONIBLE EN <http://www.uv.es/medciensoc/num1/china.html>

[47] PADRÓN CÁCERES, Leoncio, y PÉREZ VIÑAS, Martha. Integración de las Prácticas de la Medicina Tradicional y Natural al Sistema de Salud (IDEASS) CUBA. Innovación para el desarrollo y la cooperación sur-sur. {En línea} Disponible en Webside: <http://www.undp.org/cu/pdhl/ideass/BrochureMTNesp.pdf>

## Bibliografía

[48] BRASIL. MINISTERIO DE LA SALUD. Política Nacional de Práctica Integrativa y complementarias en el Sistema Único de Salud. Serie B textos básicos de salud. Brasilia-DF 2008. Pág. 1-92.

[49] NIGENDA, Gustavo, et al. Modelos Alternativos de Atención a la Salud: utilización y disponibilidad en la Ciudad de México. Junio de 2002. {En línea}. Disponible en Webside <http://www.funsalud.org.mx/CASEsalud/sintesis,%20etc/Medicina%20alternativa.pdf>

[50] PEDRANA, Miguel Ángel. Creación del Comité Asesor, de Investigación y Consultivo de Medicinas Tradicionales y Naturales en Salud Concejo Municipal de Rosario. Antsalas Septiembre de 2006. Disponible en: <http://www.concejorosario.gov.ar/proyectos/propedrana28.htm>.

[51] ARGENTINA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 859 de 2008. (27 de Agosto de 2008) Reconocimiento de la acupuntura como práctica o procedimiento que puede ser realizado por un profesional de la salud de grado universitario debidamente capacitado y comprendido en las leyes 17.132 y 24.317. Boletín Oficial 03/09/2008. Disponible en <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=11718>

[52] Organización Panamericana de la Salud. Ecuador. Guamaní, un modelo de éxito para las Américas. Disponible en [http://www.opsecu.org/imagenes/uploads/File/D%C3%ADa\\_Internacional\\_de\\_los%20Pueblos\\_Ind%C3%ADgenas.pdf](http://www.opsecu.org/imagenes/uploads/File/D%C3%ADa_Internacional_de_los%20Pueblos_Ind%C3%ADgenas.pdf)

[53] CHILE. MINISTERIO DE SALUD Decreto N° 42 de 2004. Reglamento para el ejercicio de las prácticas medicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan. (12 de Febrero de 2004) Diario oficial 17.06.05. Disponible en [http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/medicina\\_alternativa.pdf](http://www.colegiodeenfermeras.cl/datos/ftp/medicina_alternativa.pdf)

[54] CHILE. MINISTERIO DE SALUD Decreto 123 de 2006 (08 de septiembre de 2006). Otorga el reconocimiento y regula la Acupuntura como profesión auxiliar de la salud. Diario oficial 26.05.08. p. 1-8.

[55] MEDINA B J. consenso de Acupuntura del N.I.H [clínica Bersant.] 1997 realizado en noviembre {en línea} {citado el 18 de Abril de 2010}. Disponible de URL: <http://www.bersant.cl/bibliotecas/Acupuntura/consenso-de-Acupuntura-del-n.i.h.-de-estados-unidos.html>

[56] ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA. CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS MÉDICOS. Ética en la práctica de Acupuntura. Madrid 04 de Octubre de 2004. Disponible en [http://www.comcuenca.org/documentos/etica\\_Acupuntura.pdf](http://www.comcuenca.org/documentos/etica_Acupuntura.pdf)

[57] VAS RUIZ, Jorge y ARANDA REGULEN, José M. Medicinas alternativas: ¿recomendarías tratamiento de Acupuntura a tu paciente? [Revista en línea Encuentro con los expertos 2]. XXIX congreso nacional. Sociedad española de médicos de atención primaria. {Consultado el 30 junio de 2010}. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen/microsites/comunicaciones/sevilla/PDF/Encuen2.pdf>

[58] GUILLOUX Ronald. la réception de l'acupuncture extrême- orientale dans le système de santé français (XVII –XX siècles) [Thèse présentée pour l'obtention du doctorat de science politique] Lyon, Université Lumière 2006 disponible en URL: <http://www.afsp.msh-paris.fr/activite/salontez6/rt/quilloux.pdf>

[59] STEPHAN Marc Jean. Législation de l'acupuncture en France. Acupuncture & Moxibustion. 2003. {en Línea} {Consultado el 15 de Septiembre de 2010} Disponible en <http://www.meridiens.org/acuMoxi/legislation/legisFrance.htm>

[60] BODEKER, Gerard; KRONENBERG, Fredy y BUFORD, Gemma. Policy and public health perspectives on traditional, complementary and alternative medicine: An overview En: Bodeker G, Buford G traditional complementary and Alternative Medicine. London imperial college press; 2007: 9 – 32. Disponible en <http://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=r-cD9ZufO2kC&oi=fnd&pg=PR9&dq=TRADITIONAL+COMPLEMENTARY+AND+ALTERNATIVE+MEDICINE.+POLICY+AND+PUBLIC+HEALTH+PERSPECTIVES&ots=OsvVko5yvb&sig=WgMLPVOLwwnAfnrxm2nyF0ZdCK8#v=twopage&q&f=false>

## Bibliografía

[61] CHOQUE, Guillermo. Sistema experto para la Medicina Tradicional Boliviana. Tesis de grado para acceder al título de Ph.D. in Computer Science. La Paz – Bolivia. Tecana American University Education 2006. P.151

[62] KOTLER, Philip y ARMSTRONG, Gary. Mercados del consumidor y conducta del consumidor. En: Fundamentos de Mercadotecnia. Philip Kotler – Hall. 4ª ed. México; 1997: 137 – 145.

[63] SECRETARÍA DISTRITAL DE SALUD DE BOGOTÁ. GRUPO FUNCIONAL DE MEDICINA ALTERNATIVA Y TERAPIAS COMPLEMENTARIAS. Sistematización de experiencias en medicina alternativa y terapias complementarias en Bogotá D.C., - Hospital Pablo VI Bosa E.S.E Julio de 2009. Págs. 1- 50.

[64] COLOMBIA. PROYECTO DE LEY No 240. Por medio del cual se reglamenta y se dictan normas para el ejercicio de la profesión de homeópatas en Colombia. [Ponencia para el primer debate]. Disponible en [http://www.google.com/search?rlz=1C1SKPM\\_enCO420&aq=f&sourceid=chrome&ie=UTF8&q=www.goo#hl=es&pq=acta%20056%20de%20noviembre%20de%201979%20&xhr=t&q=Acta%20056%20d](http://www.google.com/search?rlz=1C1SKPM_enCO420&aq=f&sourceid=chrome&ie=UTF8&q=www.goo#hl=es&pq=acta%20056%20de%20noviembre%20de%201979%20&xhr=t&q=Acta%20056%20d)

[65] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. La Resolución 5261. (05 de Agosto, 1994). Por la cual se establece el Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos del Plan Obligatorio de Salud en el Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia. P 1-131.

[66] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD Resolución Numero 2927 (27 de Julio de 1998). Por la cual se reglamenta la práctica de terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial Bogotá D.C. No. 43.358. p. 1- 3.

[67] COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Resolución 5078 (30 de Junio, 1992). Por la cual se adoptan normas técnico - administrativas en materia de Medicinas Tradicionales y Terapéuticas Alternativas y se crea el Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de las mismas. p. 1-3.

[68] COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Anexo Técnico No.1 de la Resolución N°. 1043 (03 de Abril de 2006). Por la cual se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de Servicios de Salud para habilitar sus servicios e implementar el componente de auditoría para el mejoramiento de la calidad de la atención y se dictan otras disposiciones. Diario oficial. Bogotá D.C. No 46.271. p. 1-238.

[69] COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Decreto Numero 3039 (10 de Agosto, 2007). Por el cual se adopta el plan Nacional de Salud Publica. Bogotá. D.C. No. 46716 p. 1-63

[70] COLOMBIA. MINISTERIO DE LA PROTECCION SOCIAL. Ley 1164 de 2007(03 de Octubre de 2007).Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud. Diario Oficial Bogotá. D.C. 46.771. p. 1 – 30.

[71] COLOMBIA. COMISIÓN DE REGULACIÓN EN SALUD Acuerdo 08 de 2009. Por el cual se aclaran y actualizan integralmente los planes obligatorios de salud de los regímenes contributivo y subsidiado. (29 de diciembre de 2009). Bogotá D.C. p. 1 – 37.

[72] COLOMBIA. SENADO DE LA REPÚBLICA. Proyecto de ley 106 de 2004. Por medio de la cual se define lo que es la Medicina Tradicional; Alternativa y Complementaria y su marco de acción, a la vez que se crea el Consejo Colombiano de Medicina Alternativa y la Dirección de Medicina Alternativa en el Ministerio de la Protección Social y se dictan otras disposiciones. Disponible en <http://medicinabiologicacolombia.blogspot.com/2009/08/proyecto-de-ley-106-de-2004-senado.html>:

[73] COLOMBIA. CONSEJO DE CALI. Proyecto de ley 010 de 2008. Establecimiento de los lineamientos para la formulación e implementación de la política pública de medicina alternativa, terapias alternativas y complementarias del municipio de Santiago de Cali, cuerpo, mente y espíritu al sistema de salud de Cali. Disponible en <http://www.concejodecali.gov.co/descargar.php?idFile=1511>

[74] LAGUNA Stephany, et al. Consideraciones Éticas en las Publicaciones de Investigaciones Científicas. {En línea} 2007. {Consultado en internet 17 de Abril de 2010}.

## Bibliografía

Disponible en:  
[http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud\\_uninorte/231/8\\_Consideraciones%20eticas.pdf](http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/salud_uninorte/231/8_Consideraciones%20eticas.pdf)

[75] SUBSECRETARÍA DE INTEGRACIÓN Y DESARROLLO DEL SECTOR SALUD Modelos Clínico Terapéuticos y de Fortalecimiento de la Salud. Disponible en [http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta1/guia\\_imp.pdf](http://www.dgplades.salud.gob.mx/descargas/dmtdi/carpeta1/guia_imp.pdf)

[76] MOSHE, Frekel; BORKAN, Jeffrey. An approach for integrating complementary–alternative medicine into primary care. Family Practice Vol. 20, No. 3 © Oxford University Press 2003. Disponible en <http://fampra.oxfordjournals.org/content/20/3/324.full.pdf+html>

[77] ALMAGUER GONZALEZ, José. Anteproyecto para la ley marco en materia de medicinas Complementarias. Parlamento latinoamericano Agosto de 2009. {En línea} Disponible en

[www.senado.gob.mx/comisiones/LX/parlatino/content/resoluciones/docs/resolucion8.pdf](http://www.senado.gob.mx/comisiones/LX/parlatino/content/resoluciones/docs/resolucion8.pdf)

[78] GABOURY Isabelle, et al. Practitioners' validation of framework of team oriented practice models in integrative health care: a mixed methods study. eCAM 2010 {En línea}. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2892352/pdf/nen033.pdf>

[79] FERRER SÁNCHEZ, Horlirio; FERRER ROBAINA, Horlirio y GAZQUEZ CAMEJO, Sarah Y. Ventajas de la aplicación de la acupuntura en el servicio de urgencia. Revista Cubana Invest Biomed 2007. Disponible en: [http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26\\_3\\_07/ibi08307.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/ibi/vol26_3_07/ibi08307.htm)

[80] URIOSA Cristina, et al. Estrategias regulativas para las medicinas complementarias y alternativas: hacia un modelo de entendimiento de prácticas de salud. [Series Medicinas Complementarias y Alternativas. [Feminismos], {10, diciembre 2007}. Disponible en: [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6131/1/Feminismos\\_10\\_10.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6131/1/Feminismos_10_10.pdf)

[81] JOOS, Stefanie; MUSSELMAN, Berthold y SZECSENYI, Joachim. Integration of Complementary and Alternative Medicine into Family Practices in Germany: Results of a National Survey. eCAM 2009; doi:10.1093/ecam/nep01. Disponible en: <http://www.anthromed.org/UploadedDocuments/Integration%20of%20Complementary%20and%20Alternative%20Medicine%20into.pdf>

[82] CASSIA IORIO, Rita. Acupuntura no exercício da medicina: o medico acupunturista e seus espaços de practica. Tese apresentada ao programa de pos - graduação em saúde pública para obtenção do título de Doutor em Saúde Pública. Universidade de Sao Pablo. Faculdade de Saúde Pública, 2007. 171p

[83] FREIDIN, Betina. Perspectivas de los médicos acupuntores sobre su práctica y el potencial de la medicina integrativa. Facultad de Ciencias Sociales - Instituto de Investigaciones Gino Germani Universidad de Buenos Aires. {En línea} disponible en:

<http://www.ea-journal.com/art1.3/Perspectivas-de-los-medicos-acupuntores-sobre-su-practica.pdf>

[84] LORENC, Ava et al. How parents choose to use CAM: a systematic review of theoretical models. BMC Complementary and Alternative Medicine.2009. Disponible en: [www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680396/pdf/1472-6882-9-9.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2680396/pdf/1472-6882-9-9.pdf)

[85] FANG-PEY, Chen. Use frequency of traditional Chinese medicine in Taiwan. BMC Health Services Research.2007. Disponible en [www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-26.pdf](http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-26.pdf)

[86] COMISION DE CALIDAD DE LA FUNDACIÓN EUROPEA DE MTC. Normas y orientaciones en la práctica clínica de la medicina china. Certificado de acreditación. 16p.

[87] LÓPEZ RUIZ, Julia y ARQUÉ BLANCO, Mercè. Proyecto de Bases para la Acreditación y Capacitación de las Enfermeras en Terapias Naturales y/o Complementarias. Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Barcelona, octubre de 2008. Disponible en: <http://www.coib.org/uploadsBO/Generic/Documents/03112008%20DOC%20DE%20REFERENCIA.PDF>

[88] TANFERRI DE BRITO, Thatianny, et al. Las prácticas Integrativas en la estrategia salud de la familia: visión de los agentes comunitarios de salud. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2009 jan/mar; 17(1):75-0. • p.75. [magnético]. Disponible en: [http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/467\\_v17n1a14.pdf](http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/467_v17n1a14.pdf).



## Bibliografía

[89] SUNDBERG, Tobias, et al. Towards a model for integrative medicine in Swedish primary care. BMC Health Services Research. 2007, 7:107 doi: 10.1186/1472-6963-7-107. Disponible en <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-107.pdf>

[90] PAGÁN, José A. y PAULY, Mark V. Access to Conventional Medical Care and The Use Of Complementary And Alternative Medicine. Health Affairs, 24, no. 1 (2005) {en línea}: 255-262 doi: 10.1377/hlthaff.24.1.255. Disponible en: <http://content.healthaffairs.org/content/24/1/255.full.pdf+html>

[91] UPCHURCH, Dawn, et al. A Sociobehavioral Model of Acupuncture Use, Patterns, and Satisfaction among Women in the US, 2002. Women's Health Issues. 2008; 18(1): 62–71. {En línea}. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2276630/pdf/nihms-39209.pdf>

[92] XUE, Charlie CL. Acupuncture, chiropractic and osteopathy use in Australia: National Population Survey. BMC Public Health 2008, 8:105 doi: 10.1186/1471-2458-8-105. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-8-105.pdf>

[93] FREIDIN, Betina y ABRUTZKY, Rosana. Transitando los mundos terapéuticos de la acupuntura en Buenos Aires: perspectivas y experiencias de los usuarios. Instituto de Investigaciones GINO GERMANI 2010.. Universidad de Buenos Aires Argentina. Facultad de Ciencias Sociales. Disponible en: <http://lanic.utexas.edu/project/laoap/iigg/dt54.pdf>

[94] PERDIGUERO GIL, Enrique y TOSAL HERRERO, Beatriz. Las medicinas alternativas y complementarias como recurso en los itinerarios terapéuticos de las mujeres. Importancia en nuestro contexto. REV - FEM - Nº 10 (dic. 2007) - Medicines i Gènere. {En línea}. Disponible en [http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6131/1/Feminismos\\_10\\_10.pdf](http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/6131/1/Feminismos_10_10.pdf)

[95] VOHRA, Sunita, et al. Integrating complementary and alternative medicine into Academic medical centers: Experience and perceptions of nine leading centers in North America. BMC Health Serv Res. 2005; 5: 78. {online} 2005. December 20. doi: 10.1186/1472-6963-5-7. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1343546/pdf/1472-6963-5-78.pdf>

[96] WHITE, Adam. Economic Evaluation of Acupuncture. *Aim.bmj.com*. {Online}. April 7, 2011. Disponible en: <http://aim.bmj.com/content/14/2/109.full.pdf>

[97] DALCANALE TESSERI, Charles y FILICE DE BARROS, Nelson. Social medicalization and alternative and complementary medicine: the pluralization of health services in the Brazilian Unified Health System. *Rev Saúde Pública* 2008; 42(5).{en línea}. Disponible en [http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n5/en\\_7115.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v42n5/en_7115.pdf)

[98] FONTANELLA, Fabricio. Conhecimento, acesso e aceitação das práticas integrativas e complementares em saúde por uma comunidade usuária do Sistema Único de Saúde na cidade de Tubarão/SC. *ACM: arquivos catarinenses de medicina* 36(2), abr.-jun. 2007. tab. Disponible en: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/484.pdf>

[99] RIZZI CINTRA, maría y FIGUEIREDO, Regina. Acupuntura e promoção de saúde: possibilidades no serviço público de saúde. *Acupuncture and health promotion: possibilities in public health services*. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.14, n.32, p.139-54, jan./mar. 2010. {en línea}. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v14n32/12.pdf>

[100] FU HSIAO, An, et al. A Self-Report Measure of Clinicians' Orientation toward Integrative Medicine. *Health Research and Educational Trust* DOI: 10.1111/j.1475-6773.2005.00425.x {en línea}. Disponible en [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361208/pdf/hesr\\_00425.pdf](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1361208/pdf/hesr_00425.pdf)

[101] CURLIN, Farr, et al. Religion, Clinicians, and the Integration of Complementary and Alternative Medicines. *J Altern Complement Med*. Author manuscript; available in PMC 2010 September 1. {En línea}. Disponible: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2861920/pdf/nihms191705.pdf>

[102] ANGEL Mauricio. Actitudes sobre la medicina alternativa y complementaria en los profesionales médicos docentes en la facultad de medicina de la universidad Nacional de Colombia Bogotá 2009. [CD ROOM]. Trabajo de tesis para optar el título de magister en medicina alternativa con énfasis en medicina tradicional china y acupuntura.

## Bibliografía

Universidad Nacional de Colombia. Facultad de medicina. Departamento de medicinas alternativas. 101. P

[103] PAREDES MARÍN, Verónica. Legislación de la medicina alternativa en Guatemala. Criterios de “validez” y “cientificidad” desde la perspectiva de los grupos étnicos en Guatemala. Universidad de san Carlos de Guatemala, dirección general de investigación Instituto de estudios interétnicos programa de investigación: cultura, pensamiento y sociedad guatemalteca. {En línea}. Disponible en [http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/investigacio\\_files/INFORMES/CULTURA/INF-2008-052.pdf](http://digi.usac.edu.gt/bvirtual/investigacio_files/INFORMES/CULTURA/INF-2008-052.pdf)

[104] COCOMA PARRA, Juan Carlos. Percepción de la evolución del estado de salud y la exploración del uso de las medicinas alternativas u otras prácticas en salud - estudios de casos. Bogotá D.C. [CD ROOM]. Trabajo de grado para optar el título de magister en Salud Pública. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de medicina. Departamento de Salud Pública y Tropical. 144. P

[105] PINHEIRO, Roseni y THEREZINHA LUZ, Madel. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade. {En línea}. Disponible en [http://www.lappis.org.br/media/artigo\\_madel\\_roseni.pdf](http://www.lappis.org.br/media/artigo_madel_roseni.pdf)