

**FORMACIÓN, EJERCICIO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN MEDICINA  
ALTERNATIVA y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS:  
¿EXISTEN POLÍTICAS PÚBLICAS FORMULADAS O IMPLEMENTADAS EN  
COLOMBIA?**

**JULIETH AMPARO VEGA OVIEDO**

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRIA MEDICINA ALTERNATIVA  
BOGOTÁ, D.C.  
2010**

**FORMACIÓN, EJERCICIO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN MEDICINA  
ALTERNATIVA y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS:  
¿EXISTEN POLÍTICAS PÚBLICAS FORMULADAS O IMPLEMENTADAS EN  
COLOMBIA?**

**JULIETH AMPARO VEGA OVIEDO**

Informe de Investigación para optar al título de  
Magister en Medicina Alternativa con énfasis en Homeopatía

Directora

**DRA. DIANA ZULIMA URREGO MENDOZA**

Profesora Asociada, Facultad de Medicina  
Universidad Nacional de Colombia

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE MEDICINA  
MAESTRÍA EN MEDICINA ALTERNATIVA  
BOGOTÁ, D.C.  
2010**

*A mi madre, por su infinito amor y comprensión*  
*A mi padre, por infundirme ejercer con libertad una profesión*  
*A mis hermanas, por su apoyo incondicional*  
*A mi abuela materna, por sus oraciones*  
*A mi sobrino, por su ternura y alegría*  
*Pero en especial a Dios, por ser la luz y el amor que día a día me conduce a*  
*observar y maravillarme de todo lo creado en el universo.*

## AGRADECIMIENTOS

A Dios por ser la fuerza que me permite alcanzar los anhelos de mi corazón.

A mi directora la **Dra. Diana Urrego**, por orientarme por el sendero del saber y enseñarme que es posible desarrollar una pregunta de investigación.

Al **Dr. Eduardo Beltrán**, por su obstinación y tesón por hacer realidad sus sueños y así mismo permitir que mi sueño fuera realidad.

A Natalia Montaña, por su asesoría en el producto final del trabajo.

A mi hermana Melissa, por su asesoría como Politóloga.

A cada uno de los maestros que participaron en el desarrollo profesional de ésta Maestría por sus conocimientos que me guiaron en la consolidación del saber.

A los médicos, que participaron en las entrevistas, por su colaboración, calidez y sus conocimientos enriquecedores.

Al personal de las diferentes instituciones, por guiarme en la consecución de información valiosa para mi estudio.

A los pacientes, quienes realmente son los grandes maestros a través de los cuales cada día me enseñan a comprender y amar la vida.

A mis amigos y compañeros presentes y ausentes que me han acompañado y me han brindado sus palabras de motivación.

## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN.....	11
PRIMERA PARTE.....	19
APROXIMACIONES TEÓRICAS E HISTÓRICAS.....	19
1. Políticas Públicas.....	19
1.1. Concepto.....	19
1.2. Fases de las Políticas Públicas.....	21
1.3. Actores Sociopolíticos.....	23
2. Políticas Públicas de Salud en Colombia.....	25
2.1. Panorama general de la Seguridad Social en Salud en Colombia...25	
2.2. Normas Legales Reglamentarias de la Constitución Política de 1991.....	26
2.3. Sistema de Seguridad Social Integral, Ley 100 de 1993.....	27
2.3.1. Generalidades.....	28
2.3.2. Regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud.....	29
2.3.3. Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA).....	30
2.3.4. Entidades Promotoras de Salud E.P.S.....	30
2.3.5. Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud I.P.S.....	30
2.3.6. Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado A.R.S....	30
2.3.7. Plan Obligatorio de Salud (POS).....	31
2.3.8. Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales A.R.P....	31
2.4. La Medicina Prepagada.....	31
2.5. Financiación de la Salud en Colombia.....	31
2.6. La Garantía de Calidad en Salud. Decreto 2309 de 2002.....	32
2.7. La Salud pública en Colombia.....	32

3. Concepto de Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementarias.....	33
4. Referentes de Caso de Política Pública en Medicina Alternativa en otros países: México, Brasil, Argentina y Chile.....	34
4.1. México.....	34
4.2. Brasil.....	35
4.3. Argentina.....	36
4.4. Chile.....	37
OBJETIVOS.....	39
Objetivo General.....	39
Objetivos Específicos.....	39
METODOLOGÍA.....	40
Tipo de Estudio.....	40
Periodo de Estudio.....	40
Ubicación geográfica.....	41
Acervos documentales.....	41
Selección, recolección y análisis documental.....	42
Recolección y análisis de las fuentes orales.....	43
SEGUNDA PARTE.....	44
POLÍTICAS PÚBLICAS PARA LA FORMACIÓN, EL EJERCICIO Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN MEDICINA ALTERNATIVA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS DURANTE EL PERIODO DE 1999 AL 2009 EN COLOMBIA.....	44
I. ANTECEDENTES.....	45
La Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias (MA y TAC) en Colombia antes de 1999.....	45
II. EJES DE ANÁLISIS.....	52
1. Políticas Públicas en la Formación en Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias.....	52
1.1. Maestría en Medicina Alternativa de la Universidad Nacional de Colombia. Sede Bogotá .....	54

1.2. Especialización en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal en la Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Bogotá.....	55
1.3. Especialización en Terapias Alternativas en la Universidad Manuela Beltrán –UMB- Bogotá.....	56
2. Políticas Públicas en el Ejercicio de la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias.....	57
3. Políticas Públicas en la Prestación de Servicios de la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias.....	62
3.1. Regulación de medicamentos, plantas y otros productos.....	68
III. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	71
IV. BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	79
Bibliografía de Referencia.....	79
Fuentes primarias.....	81
Fuentes secundarias.....	84
V. ANEXOS.....	85
Anexo 1. Localización de Acervos Documentales.....	85
Anexo 2. Eje de Análisis.....	90
Anexo 3. Entrevistas Personales (Tabla 1).....	91
Anexo 4. Lineamientos de la Entrevista.....	92
Anexo 5. Indicaciones Generales para la Habilitación de Prestadores de Servicios. Secretaría de Salud de Bogotá D.C.....	93
Anexo 6. Carta del Ministerio de Educación de Colombia.....	95
Anexo 7. Posición Oficial de la Academia Nacional de Medicina.....	96
Anexo 8. Proyecto Acuerdo Municipal de Cali.....	100
Anexo 9. Servicios en Medicina Alternativa por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. Proyecto Piloto en cinco ESE de Bogotá.....	102

## LISTA DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Localización de Acervos Documentales (Anexo 1).....	85
<b>Tabla 2:</b> Entrevistas personales (Anexo3).....	91
<b>Tabla 3:</b> Actos Legislativos en Medicina Alopática y Medicina Homeopática en su enseñanza y su ejercicio de 1850 a 1998 en Colombia.....	46
<b>Tabla 4:</b> Programas Académicos en Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias en Instituciones de Educación Superior en Colombia, reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional de Colombia.....	54

## RESUMEN

En el presente trabajo se recopilan las políticas públicas formuladas e implementadas desde la caracterización de la formación, el ejercicio y la prestación de servicios en la medicina alternativa y terapias alternativas y complementarias, como enfoques médicos y terapéuticos existentes, durante el periodo de 1999 a 2009 en Colombia.

Con base, en las recomendaciones de las Organizaciones Internacionales: Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) sobre las Medicinas Tradicionales y las Medicinas Alternativas y Terapias Alternativas y el reconocimiento e implementación en diversos países del mundo, surge en Colombia la necesidad imperiosa de iniciar la reglamentación sobre la formación, el ejercicio y la prestación de servicios de la Medicina alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias.

En Occidente, la corriente médica dominante es la científica o moderna (convencional); basada en teorías y paradigmas creados a partir del planteamiento, comprobación y validación de hipótesis a través del método científico; así, las medicinas que no se incluyen en ella son consideradas Medicinas Alternativas (no convencionales). Estas medicinas, con respecto a los diversos sistemas médicos, racionalidades y prácticas, consideran al hombre como unidad que integra mente, cuerpo y espíritu en permanente interrelación con su entorno y con capacidad de autocuración, a diferencia de la concepción mecanicista del hombre en la medicina moderna.

Este proceso de reconocimiento oficial está en constante construcción, lo cual permitirá reformular e implementar la política pública nacional en salud que

contemple a la Medicina Alternativa, como resultado de un proceso de acercamiento entre culturas y las disciplinas que tienen lugar en ellas. De tal forma que trascienda las diferencias entre saberes y permita reconocer al ser humano como protagonista y propenda por su bienestar en todo proceso de salud – enfermedad.

## INTRODUCCIÓN

### **MEDICINA CONVENCIONAL / MEDICINA ALTERNATIVA Y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS**

La búsqueda de estrategias para el mantenimiento de la salud, es tan antigua como lo es el mismo hombre; desde su inicio el ser humano ha tratado de explicar los fenómenos de la vida, la enfermedad y la muerte. Es así, como a través de la historia se puede observar la concepción de la enfermedad en las múltiples culturas, con la subsecuente creación de diversas formas o modelos médicos (Quevedo & Duque, 2002). Cada sistema médico existe al interior de una sociedad que comparte e interactúa entre sí, dentro de un contexto social, político, económico y cultural; que finalmente forma una comunidad que admite y acepta su racionalidad. En esa común unidad, el ser humano es el pilar fundamental, que con sus características únicas, irrepetibles e insustituibles le permiten dar particularidad a esa universalidad que representan.

Se encuentran diversos modelos de interpretación o construcción de salud a nivel mundial, que no necesariamente se ciñen en lo establecido en la medicina moderna. La práctica de la medicina por lo tanto, se ejerce dentro del marco legal, económico y oficial del sistema de salud establecido para cada país, según sus políticas públicas y dentro de éstos marcos de interpretación. Así, de acuerdo a las características del respectivo sistema de salud, será la calidad el servicio y la atención médica que finalmente se brinda a la población. Sin embargo, las comunidades pueden aprovechar otros sistemas de curación que no son propiamente los reconocidos oficialmente dentro de la cobertura. Existe evidencia

actual del uso de modelos alternativos de atención en salud en diversos países del mundo, incluso en países industrializados (2).

Para el abordaje de éste trabajo, es necesario conocer los dos grandes grupos de sistemas médicos validados, aceptados y aplicados en el mundo. En Occidente, la corriente médica dominante es la Medicina Científica o Moderna (convencional); la cual hace referencia a aquella basada en teorías, paradigmas y principios que surgen del planteamiento, comprobación y validación de hipótesis por el método científico y las que no se incluyen dentro de ella, son consideradas Medicinas Alternativas (no convencionales). Los diversos sistemas médicos, racionalidades y prácticas catalogadas dentro de la Medicina Alternativa, plantean al hombre como unidad que integra espíritu, mente y cuerpo, en permanente interrelación con su entorno y con la capacidad de autocuración. Ésta concepción de unidad, determina un abordaje al proceso de salud-enfermedad que se ajusta a las necesidades actuales de los pacientes, es decir, sus exigencias en términos de empatía, relación humana y ética que participan en el “pacto de curación”; en lugar de comprensión en la interpretación y la propuesta terapéutica del médico. Finalmente, el paciente quiere ser curado (3).

Es así como, la Medicina Alternativa nos conduce a dos momentos: el primero, a mirar en el mundo la existencia de otras racionalidades médicas multiculturales, con estilos de pensamiento estructurado y desarrollado y el segundo, su inmersión en la medicina biológica. Según Madel Therezinha (1997), los estudios del Grupo de Racionalidades Médicas han observado cómo la Homeopatía, la Medicina Tradicional China y Ayurveda, se caracterizan por un enfoque de salud integrador, centrado en el paciente individual y sus relaciones con su entorno. Sus cosmologías, integran al hombre y la naturaleza (universo macro y micro), así como, consideran el ser humano compuesto por dimensiones psicobiológicas, sociales y espirituales. Lo anterior, tendrá profundas repercusiones, tanto en sus doctrinas, sistemas de diagnóstico médico y terapéutico (3).

## **EL LUGAR DE LA MEDICINA ALTERNATIVA**

Con respecto a esas otras racionalidades llamadas medicinas alternativas, tema central del presente trabajo, cabe resaltar la Declaración de Alma-Ata como el primer reconocimiento que se le ha dado a la Medicina Tradicional en la atención primaria en salud a pesar de su uso durante miles de años. Se realizó en la década de los años setenta en Kazajistán, Antigua Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas, la conferencia fue organizada por la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS/OPS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), autoridades en acciones sanitarias en el sistema de las Naciones Unidas. Allí observaron que aproximadamente el 60% de la población mundial, acudía en primera instancia a medios no oficiales o heterodoxos, al sentirse enferma (Payán, 2000).

La importancia de las Medicinas Alternativas y Tradicionales se ha reconocido entre las recomendaciones Internacionales impartidas, es así como, El Grupo de Trabajo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud(OMS), “recomendaron promover el conocimiento de las medicinas y terapias tradicionales, complementarias y alternativas e identificar estrategias que contribuyan a la organización y prestación de sistemas y servicios de salud integrales y culturalmente apropiados en las Américas” en ciudad de Guatemala en 1999 (OPS, 1999). La Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005 refiere que “a fin de maximizar el potencial de la Medicina Tradicional (MT)/Medicinas Complementarias Alternativas (MCA) como fuente de cuidado de la salud, primero debe afrontar una serie de temas: Estos están asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional” (OMS, 2002).

Posteriormente, en el primer Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional, que tuvo lugar en Beijing (China) en el 2008, la Doctora Margaret Chan; directora

general de la (OMS) dijo: “Los dos sistemas de medicina, el tradicional y el occidental, no tienen por qué estar enfrentados” y “En el contexto de la atención primaria de salud, los sistemas pueden combinarse en armonía provechosa, utilizando las mejores características de cada sistema y compensando algunas de las debilidades de cada uno. Esto no es algo que va a ocurrir por sí solo. Se tendrán que tomar decisiones políticas deliberadas. Pero se puede hacer con éxito”, dijo Chan. Una de las observaciones alcanzadas en el Congreso de Beijing, fue el uso de la medicina tradicional para atender algunas de las necesidades de atención primaria de salud en países de África, Asia y América, resaltando como en África hasta el 80% de la población utiliza éstos modelos. Así mismo, éstas prácticas van en aumento en los países industrializados, donde las aplicaciones de la medicina tradicional se denominan medicina complementaria y alternativa.

## **ACOGIDA DE LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS**

Se ha generado un acercamiento y reconocimiento de las Medicinas Tradicionales y/o las Medicinas Alternativas y Terapias Complementarias en los diferentes países, que ha permitido la creación de Instituciones mundiales como referentes en el área: En Maryland (Estados Unidos de Norteamérica), El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM), que pertenece a los Institutos Nacionales de Salud, es uno de los Centros colaboradores de la OMS para medicina tradicional. Su misión es emplear métodos científicos rigurosos para explorar prácticas curativas complementarias y alternativas, para capacitar a investigadores de la medicina complementaria y alternativa, y para difundir información a profesionales médicos y al público. El Dr. Jack Killen, director adjunto de NCCAM, dijo: “ las prácticas que sean seguras y eficaces deben ser parte de los sistemas de atención de la salud y estar disponibles, de donde quiera que provengan”(NCCAM, 2000).

La OMS presenta una estrategia sobre Medicina Tradicional 2002-2005 que afirma que en África, un 80% de la población acude a estos servicios; en China, alrededor del 40% de la población los utiliza; en Asia y América Latina se siguen utilizando como componentes de las creencias culturales. En los países desarrollados, como Canadá (70%), Australia (48%), E.E.U.U. (42%), Bélgica (38%) y Francia (75%) se presenta una tendencia al crecimiento. Lo anterior, a motivado en la actualidad a que un número cada vez mayor de Médicos formados en Medicina Convencional, deriven pacientes o decidan ellos mismos realizar procedimientos de Medicina Alternativa a sus pacientes.

## **LA MEDICINA ALTERNATIVA EN COLOMBIA**

En Colombia, el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) realizó “*La Encuesta de Calidad de Vida de 1997*”, se encontró que el 64.7% de la población que no utilizó los servicios de atención médica fue por problemas en la calidad técnica o eficiencia y con la oportunidad de los servicios de atención médica; el 40% de las personas que acuden a las terapias alternativas refieren razones de mala calidad técnica, eficiencia y oportunidad; 1.719 de personas acudieron a un recurso informal de salud (boticario, tegua, yerbatero, ...) o no hicieron nada para resolver su caso, el 72.8% asisten al tegua o empírico por razones de accesibilidad (9).

Teniendo en cuenta, las recomendaciones de la OMS y la OPS sobre las Medicinas Tradicionales y las Medicinas Alternativas y el reconocimiento e implementación en diversos países del mundo, surge en Colombia la necesidad imperiosa de iniciar la reglamentación sobre el ejercicio y la prestación de servicios de la Medicina alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias. Es así como se proponen Decretos y Leyes en los últimos años, como la Resolución 02927 de julio 27 de 1998 define y regula las terapias alternativas, el decreto 2309 de 2002 se refiere al Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad en Salud, Ley 1164 del 03 de Octubre de 2007 dicta disposiciones en materia del

Talento Humano en Salud, dentro de las más relevantes (10); todas ellas con la finalidad de dar legitimidad en el sector salud en beneficio de la población y de ésta forma evolucionar positivamente al nivel de otros países que también la han incorporado dentro de su sistema de salud.

## **COLOMBIA Y SUS POLÍTICAS EN EL CAMPO DE LA SALUD**

Retomando una de las declaraciones realizadas en el primer Congreso de Medicina Tradicional, se expuso la necesidad inaplazable de tomar decisiones políticas deliberadas, como forma de alcanzar el reconocimiento oficial de los modelos médicos no convencionales en los diversos países. Junto a otras recomendaciones mencionadas por la OMS, se reafirma la importancia de formular e implementar políticas públicas como uno de los recursos que tiene la sociedad para resolver conflictos de intereses. Según Roth, el concepto de política pública debe comprenderse desde dos ámbitos (diferenciados en el idioma inglés), el primero, *"Politics: la política como la actividad de organización y lucha por el control del poder y el segundo, Policy: como designación de los propósitos y programas de las autoridades públicas"* (2002: 26).

Las políticas públicas son un medio para dar respuesta a una problemática social específica (12), entre las cuales, se establecen políticas públicas en salud; dentro de un margen de lineamientos internacionales que incentivan y promueven propuestas nacionales. Según la Constitución de 1991, Colombia es un Estado Social de Derecho, y tal designación implica la protección integral de los derechos humanos, sociales y económicos. Ésta enuncia claramente en su artículo 49: *"La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud"* (13). Lo que ha permitido la construcción permanente de políticas públicas en salud dentro del marco de referencia de la Ley 100 de 1993, mediante el modelo del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) (14).

El modelo de seguridad social se ve limitado con la existencia e introducción de nuevos enfoques sobre el proceso salud- enfermedad en Colombia, ésta misma problemática es la que impulsó la integración de la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias a los Sistemas de Salud a nivel mundial. Ante la propuesta internacional de organizaciones como la OMS, el país se propuso crear una reglamentación que permite el reconocimiento oficial de la práctica de la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias. Labor que ha tenido un curso irregular pero que desde la década anterior, ha tomado mayor impulso y afirmación.

## **REGLAMENTACIÓN DE LA MEDICINA ALTERNATIVA EN EL CONTEXTO COLOMBIANO**

En Colombia, el proceso de reglamentación del ejercicio de la Medicina Alternativa y Terapias Complementarias está vigente y en construcción, razón por la cual existe la necesidad de conocer cómo se están formulando e implementando éstas políticas, al mismo tiempo que realizar una recolección y caracterización de las políticas públicas existentes con el fin de establecer su campo de aplicación. A través de éste proceso surge la pregunta sobre la existencia de políticas públicas en Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias formuladas e implementadas en Colombia durante 1999 – 2009.

Ésta investigación, tiene como interés principal caracterizar las políticas públicas que se han formulado e implementado en la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia durante los últimos diez años. Así mismo, se logrará fortalecer su reconocimiento ante el Estado, conocer cuáles programas de formación se ofrecen, identificar los requisitos para el ejercicio y la habilitación de los servicios médicos prestados, mejorar las relaciones entre Instituciones de diferente orden social, brindar a la comunidad información del uso de otros modelos médicos que pueden ser practicados con seguridad, eficacia y

calidad, pero sobre todo reflexionar sobre la posibilidad de mejorar la comunicación entre los diferentes integrantes del equipo de salud, ya sea por aquellos formados en una medicina científica o por aquellos formados en los diferentes modelos médicos considerados como medicina alternativa. Para tal fin, éste proyecto estará encaminado a elaborar un estudio descriptivo, orientado a la recopilación y el análisis de la información concerniente a las Políticas Públicas, en cuanto a la reglamentación de la formación educativa del personal sanitario que ofrece éstos servicios, requisitos para el ejercicio profesional y la prestación de los servicios a nivel de habilitación y escenarios institucionales o consulta privada.

Los resultados de ésta investigación permitirán conocer las diferentes necesidades en cuanto a la reglamentación en la formación, ejercicio y prestación de servicios de Medicina Alternativa en Colombia. Con ello, se reforzará el proceso de reconocimiento ya iniciado por el Estado y a su vez podrán favorecer la reformulación e implementación de una Política Nacional en Salud que contemple la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias. Orientado a lograr un mayor beneficio para la población en general, el derecho a una salud integral y digna, pero sobre todo el reconocimiento y posicionamiento de las diferentes racionalidades de la Medicina Alternativa. Se busca una política pública de conciliación, en la cual pueda establecerse un diálogo y éste a su vez logre la complementariedad entre los diversos modelos médicos.

## PRIMERA PARTE

### APROXIMACIONES TEÓRICAS E HISTÓRICAS

#### 1. Políticas Públicas

##### 1.1. Concepto

Según Roth, el concepto de política pública debe comprenderse desde dos ámbitos (diferenciados en el idioma inglés), el primero, *"Politics: la política como la actividad de organización y lucha por el control del poder y el segundo, Policy: como designación de los propósitos y programas de las autoridades públicas"* (2002: 26). Es importante resaltar que Politics alude a las relaciones de poder, las confrontaciones entre organizaciones sociales y el estado, mientras que Policy involucra las acciones, decisiones y omisiones por parte de los distintos actores en los asuntos públicos para la toma de decisiones (aspecto que el autor tiene en cuenta para la comprensión de la formulación e implementación de las políticas públicas).

A continuación, se expondrán algunas definiciones de políticas públicas halladas en la literatura de Ciencia Política: la política como institucionalidad, como programa de acción, como proceso de mediación y por último como un conjunto de objetivos deseables y necesarios.

En un inicio, se puede encontrar definiciones como, la política pública es *"Una institucionalidad del poder en acción, a través de las actuaciones del Estado y su relación con la sociedad"* (15). Así como, *"Una política pública se presenta como un programa de acción gubernamental en un sector de la sociedad o en un espacio geográfico"* (16).

Luego Pierre Muller (2000) indica: *“Una política pública como un proceso de mediación social, en la medida en que el objeto de cada política pública es tomar a su cargo los desajustes que pueden ocurrir entre un sector y otros sectores, o aun entre un sector y la sociedad global”* (17).

Por otro lado, una política pública designa la existencia de *“un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos considerados necesarios o deseables y por medios y acciones que son tratados, por lo menos parcialmente, por una institución u organización gubernamental con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática”* (11). Es desde ésta perspectiva desde la cual se abordará el objeto de estudio de esta investigación.

A pesar de no haber un acuerdo sobre la definición del objeto de estudio de las políticas públicas, es ineludible señalar que éstas son competencia del Estado y lo que puede variar es el énfasis teórico donde se concentra el proceso de elaboración y decisión sobre las políticas públicas (Estado-céntrico, socio-céntrico o mixto), sin embargo en el fondo no se modifica la participación del Estado (15).

## **Enfoques**

Para comprender la dinámica de las políticas públicas se puede abordar desde tres enfoques teóricos: las teorías centradas en la sociedad, las teorías centradas en el Estado y las teorías mixtas que retoman las dos anteriores (11).

El enfoque de la sociedad (society-centered) considera al Estado como una variable dependiente de la sociedad, es decir, se reduce el papel del Estado en la elección y la toma de decisiones; en éste grupo se hallan de un lado los enfoques marxistas, neomarxistas y la corriente de la “teoría de la dependencia” y del otro

lado (posición ideológica opuesta) se encuentran los enfoques racionalistas, pluralistas, elitistas y de escogencia o elección pública.

El enfoque del Estado (state-centered) considera al Estado como una variable que tiende a ser independiente de la sociedad, esto significa, que el Estado seleccionará las demandas y proveerá los servicios; en éste grupo se sitúan los enfoques decisionistas (modelo racional), burocrático o neoweberiano.

El enfoque mixto toma una posición mediana frente a los dos grupos anteriores, considera las interacciones entre sociedad y Estado en donde el uno y el otro son socios (dimensión horizontal) y no donde el uno domina al otro o viceversa (dimensión vertical) y de señalar la interdependencia creciente entre las esferas pública y privada; en éste grupo se ubican los enfoques neocorporativismo, el neoinstitucionalismo, el análisis de redes (networks theory) y la teoría de la acción.

## **1.2. Fases de las Políticas Públicas**

A través del tiempo la existencia de diferentes enfoques ha construido un conjunto de instrumentos que permiten recolectar, organizar y clasificar datos específicos sobre las políticas públicas. Dentro de éstos instrumentos se encuentra una de las más conocidas y utilizadas, el ciclo de política o *policy cycle*. El ciclo de política pública clásico propone una desintegración de la política pública en una serie de fases en secuencia lógica: 1. Identificación de un problema, 2. Formulación de soluciones, 3. Toma de decisión, 4. Implementación y 5. Evaluación. Las anteriores etapas propuestas por Jones (1970), son consideradas por Roth como una opción adecuada en el comienzo del análisis de las políticas públicas; razón por la cual dicho autor decide usarla para la conformación de su planteamiento (11).

Roth (2002), considera el análisis de las políticas públicas desde la siguiente estructura de su planteamiento: 1. La Formulación, 2. La Implementación y 3. La

Evaluación. Previo a lo anterior, se reconoce la existencia de un problema a resolver políticamente, a continuación se abordará brevemente cada una de ellas.

### **Formulación de Soluciones y Decisión:**

Durante ésta etapa de formulación se constituye un proceso de *análisis* del problema, de búsqueda de argumentos y de contra argumentos, de propuestas y de indagación acerca de las consecuencias posibles de tal o cual solución. A su vez, los diferentes actores (administrativos, políticos y especialistas del cabildo) ejercen su actividad política mediante un proceso de *selección*, de ésta forma el número de alternativas se va reduciendo a una sola que termina por atribuirse como la mejor o la más factible. Posteriormente, cuando ha finalizado un cierto procedimiento legal, un actor específico (parlamento, gobernador, ministro o presidente) toma la decisión. Lo hace a través de un acto ritual (voto o firma), constituyéndose en ese momento en un acto de *legitimación* que atribuye una *fuerza* particular a la nueva decisión (11).

### **La Implementación de las Decisiones:**

Ésta etapa de implementación es fundamental porque es ahí donde la política, hasta ese momento casi hecha de discursos y de palabras, se transforma en hechos concretos, en realidad <palpable>. Se le puede definir como "la fase de una política pública durante la cual se generan actos y efectos (16). Sin embargo se debe recordar que las políticas públicas están diseñadas, decididas e implementadas por hombres y mujeres que a su vez son afectados positiva o negativamente por ellas (11).

### **La Evaluación de las Políticas Públicas:**

En ésta etapa la evaluación es concebida como una práctica seria de argumentación basada en información pertinente, que permite opinar de manera

más acertada, con menos subjetividad, acerca de los efectos de las acciones públicas. Disciplina “que se ocupa de recolectar, verificar e interpretar la información sobre la ejecución y eficacia de las políticas y programas públicos” (18). La actividad evaluadora permite entonces al Estado y a los gobernantes, y también a los ciudadanos, disponer de una mayor información acerca de las consecuencias de sus decisiones y acciones (11).

### **1.3. Actores Sociopolíticos**

La construcción implica la interacción de múltiples actores gubernamentales, políticos, económicos y sociales que participan en una etapa predecisional donde la argumentación y persuasión es fundamental para lograr juicios y elección de alternativas (18), está presente además, un componente cultural y social que para Martín Barbero es el espacio estratégico de la contradicción de una sociedad (19). Estos actores no son unos pocos, los actores son muchos sujetos que interactúan desde su campo cotidiano hacia la macro historia, a través de sus proyectos y utopías, de sus memorias y sus prácticas incidiendo en la construcción de la historia (20).

Es importante retomar en éste punto la definición dada por Roth, en la cual se considera la participación de los diferentes actores que intervienen en la toma de decisiones de las políticas públicas. Para autores como Muller, (2000) “uno de los procesos fundamentales de cualquier política es determinar cuál es el actor (o grupos de actores) que se encarga (n) de ésta operación de construcción o de transformación del referencial de una política pública. Éste actor, que llamaremos mediador, ocupará una posición estratégica en todo el sistema de decisión examinado”. Es precisamente ese carácter público de las políticas, el que debe rescatar la participación e intervención de actores diferentes al estatal, es decir, las empresas, los sindicatos, las iglesias, las organizaciones de la sociedad civil, asambleas vecinales y los ciudadanos.

Entonces, la dificultad radica en detectar los actores, quienes realizan las luchas de poder en juego y las acciones que desencadenan desacuerdos; es a partir de ese momento, que es posible construir las políticas públicas como objeto de investigación. Siendo de gran importancia las funciones ejercidas por los mediadores en el proceso de elaboración y de puesta en marcha o implementación de una política pública, ya que son ellos, quienes articulan el campo del poder y el campo del conocimiento (17).

Entre los diversos actores, tenemos la participación de los profesionales, quienes son los representantes de los grupos sociales estructurados alrededor de una función o de un oficio: médicos, ingenieros, agricultores, pilotos, educadores, (...); cuya acción fundamental es su capacidad para definir las condiciones de ejercicio de una profesión. Otro actor es la sociedad, que en nuestra época se ha convertido en un ente regulador del ejercicio, la investigación y la interpretación de las actividades o profesiones humanas.

En el caso particular de la profesión médica, la intervención de la sociedad en el campo de la salud ha modificado su actitud ante la enfermedad, ocasionando la aceptación de otras racionalidades médicas, acción que favorece que la comprensión social que se tiene acerca de la medicina, la muerte y la enfermedad sea radicalmente distinta a la de épocas pasadas, pero a la vez propicia exigencias que modifican el desarrollo de la misma.

Vivimos una época de polimorfismo cultural, que en conjunto con su desarrollo favorece la consolidación de una nueva medicina intercultural (17). Una de las resultantes se expresa en la automedicación, la actitud frente a los exámenes y el cuestionamiento de las decisiones médicas en cuanto al manejo de alternativas terapéuticas, entre otras; ninguna profesión contiene hoy un campo tan discutido, tan examinado por opiniones ajenas al campo mismo del ejercicio, como la medicina. El paciente del siglo XXI, junto a los cambios en la sociedad, condiciona de modo directo la interpretación de la enfermedad y su manejo.

En síntesis, las políticas públicas pueden entenderse como una institucionalidad del poder, ejercida por el Estado ante las necesidades creadas por la sociedad en continua transformación. El Estado, se expresa a través de las políticas públicas, es así como intenta dar respuesta a los intereses de la sociedad, pero van más allá: son construcciones histórico – sociales en búsqueda del desarrollo y del progreso humano. En adición, se debe resaltar la valiosa acción de todos los actores socio-políticos presentes en el diseño de las políticas públicas, que en últimas son la voz del ciudadano. Una vez más el ser humano como centro y transformador de la sociedad.

## **2. Políticas Públicas de Salud en Colombia**

### **2.1. Panorama general de la Seguridad Social en Salud en Colombia**

*“Cuando el presupuesto militar de un país es diez veces superior al presupuesto de la salud, el país está enfermo”*

Raúl Alfonsín

Colombia ha vivido un cambio trascendental en la estructura de los servicios de Salud y Seguridad Social durante sus últimos años, el cual inició a partir de la expedición de la nueva Constitución Política de 1991. En ella, se define la Salud y la Seguridad Social como servicios públicos a cargo del Estado.

Su texto refiere en el Artículo 48: *“La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguridad Social, que comprenderá la prestación de los servicios en la forma que determine la ley. No*

*se podrán destinar los recursos de las instituciones de Seguridad Social para fines diferentes a ella. La ley definirá los medios para que los recursos destinados a pensiones mantengan su poder adquisitivo constante” (13).*

*Y en su Artículo 49: “La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantizan a todas las personas el acceso a los servicios de prevención, promoción y recuperación de la salud. Corresponde al estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes, y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas por la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control. A sí mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y las particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señaladas por la ley. Los servicios de salud se organizarán en forma descentralizada, por niveles de atención y con la participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad”.*

## **2.2. Normas Legales Reglamentarias de la Constitución Política de 1991**

La divulgación de la Constitución Política de Colombia en 1991, marcó el punto de partida de una nueva estructura de la Seguridad Social en el país. Las normas legales reglamentarias más importantes, son: (21)

**La Ley 10 de 1990:** Por la cual se reforma el Sistema Nacional de Salud. **La Ley 60 de 1993:** La principal función de ésta Ley consiste en la asignación de los recursos fiscales necesarios para darle viabilidad al proceso de descentralización política. **Ley 100 de 1993:** Por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral y se dictan otras disposiciones. **Acto Legislativo 01 de 2001:** Reforma

los artículos 356 y 357 de la Constitución Política de Colombia. **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.

**Decreto 2309:** Por el cual se define el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la atención de salud del Sistema General de Seguridad Social en Salud. **Resolución 1439 de 2002:** Contiene los estándares y manuales para el Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud. **Ley 789 de 2002:** Por la cual se crea el Sistema de Protección Social. **Ley 790 de 2002:** Fusiona los Ministerios de Trabajo y Seguridad Social y el de Salud, creando el Ministerio de la Protección Social. **Decreto 205 de Febrero de 2003:** Por el cual se determinan los objetivos, la estructura orgánica y las funciones del Ministerio de Protección Social (21).

La Constitución Política de Colombia de 1991, ha presentado varias reformas a lo largo de su trayectoria: 1993, 1995, 1996, 1997, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004 y 2005 (Decreto 2576 del 27 de Julio de 2005).

### **2.3. Sistema de Seguridad Social Integral, Ley 100 de 1993**

*“El sistema de seguridad social integral tiene por objeto garantizar los derechos irrenunciables de la persona y la comunidad para obtener la calidad de vida acorde con la dignidad humana, mediante la protección de las contingencias que la afecten. El sistema comprende las obligaciones del Estado y la sociedad, las instituciones y los recursos destinados a garantizar la cobertura de las prestaciones de carácter económico, de salud y servicios complementarios, materia de esta ley, u otras que se incorporen normativamente en el futuro”.*  
Artículo 1 (14).

### **2.3.1.1. Generalidades**

La Ley 100 de 1993, se fundamenta en Principios generales y en Fundamentos del servicio público de Seguridad Social en Salud, en cuanto a los principios, son aquellos relacionados con la Eficiencia, la Universalidad, la Solidaridad, la Integralidad, la Unidad y la Participación. A su vez, considera como Fundamentos los relacionados con la Equidad, la Obligatoriedad, la Protección integral, la Libre escogencia, la Autonomía de las instituciones, la Descentralización administrativa, la Participación social, la Concertación y la Calidad (21).

Al analizar la estructura del Sistema General de Seguridad Social en Salud S.G.S.S.S se observan cuatro grupos directrices en su organización: El Ministerio de Salud Pública a cargo de las normas, El Consejo Nacional de Seguridad Social bajo la dirección de las políticas, La Superintendencia Nacional de Salud comprometida con la vigilancia y el control y por último El Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA).

Con respecto al Subsidio a la Oferta y Subsidio a la Demanda se encuentra la transformación progresiva y parcial del subsidio a la oferta en subsidio a la demanda, es decir que los aportes se entregarán en proporción a la población atendida y a los servicios prestados a ésta. Y en cuanto a la cotización en Salud, trabajadores dependientes: Monto total es del 12% del salario base, distribuido en 2/3 partes el empleador y 1/3 parte el empleado. Los trabajadores independientes y pensionados pagan la totalidad del monto de la cotización (21).

Respecto a los Derechos de los afiliados al Régimen Contributivo se establecen la Libre escogencia y traslado entre Entidades Prestadoras de Salud, el Servicio del Plan Obligatorio de Salud (POS) a través de las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Libre escogencia de IPS y de los profesionales adscritos, Atención de urgencias en todo el territorio nacional y la Participación de los afiliados en la veeduría de las entidades rectoras, promotoras y prestadoras del S.G.S.S.S.

El Papel del Estado en la Seguridad Social en Salud implica garantizar la observancia de los principios constitucionales en relación con la salud, asegurar el carácter de obligatoriedad del S.G.S.S.S, dirigir, coordinar, vigilar y controlar el S.G.S.S.S, establecer la atención básica gratuita y obligatoria, organizar servicios de salud en forma descentralizada y por niveles de atención, evitar que los recursos del S.G.S.S.S se destinen a otros fines y garantizar la asignación prioritaria del gasto público para la salud (21).

### **2.3.1.2. Regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud**

Se distinguen el Régimen contributivo, el subsidiado y los vinculados.

Al Régimen Contributivo, pertenecen las personas nacionales o extranjeras vinculadas mediante contrato de trabajo, servidores públicos con vinculación contractual o legal, pensionados por vejez o invalidez, sus sobrevivientes o sustitutos, trabajadores independientes, rentistas y en general personas con ingresos superiores a dos salarios mínimos mensuales, sin vínculo contractual (21).

Al Régimen Subsidiado, pertenecen personas sin vínculo contractual, con ingresos inferiores a dos salarios mínimos en su grupo familiar, personas sin capacidad de pago en su grupo familiar, personas vulnerables por su situación, que el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud defina como prioritarias.

Los Vinculados son las personas sin capacidad de pago mientras se afilian al Régimen Subsidiado.

### **2.3.1.3. Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA)**

El FOSYGA está conformado por varias subcuentas: compensación interna del régimen contributivo, solidaridad del régimen subsidiado, promoción de la salud, y por último el seguro de riesgos catastróficos y accidentes de tránsito.

### **2.3.1.4. Entidades Promotoras de Salud E.P.S.**

Son entidades responsables de la afiliación y el registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones, por delegación del Fondo de Solidaridad y Garantías. Su función básica, será organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del plan de salud obligatorio a los afiliados y girar, dentro de los términos previstos en la ley, la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados, y el valor de las correspondientes unidades de pago por capitación, a la subcuenta de compensación del FOSYGA(22).

### **2.3.1.5. Instituciones Prestadoras de Servicios de salud I.P.S.**

Entidades oficiales, privadas o mixtas, comunitarias y solidarias, organizadas para la prestación de servicios de salud a los afiliados del sistema general de seguridad social en salud, dentro de las Entidades Promotoras de Salud o fuera de ellas.

### **2.3.1.6. Entidades Administradoras del Régimen Subsidiado A.R.S**

Las Direcciones locales, departamentales y distritales de salud suscribirán contratos de administración del subsidio con las entidades autorizadas por la ley que afilien a los beneficiarios del subsidio.

### **2.3.1.7. Plan Obligatorio de Salud (POS)**

El POS del régimen contributivo: denominado Manual de Actividades, Intervenciones y Procedimientos MAPIPOS, que fijan los contenidos del POS.

El POS del régimen subsidiado: para su financiación se tienen la llamada Unida de Pago por Capitación de régimen subsidiado, que es un poco superior a la mitad de la UPC del régimen contributivo, el POS subsidiado es incompleto.

Las cuotas moderadoras son el valor a pagar por parte de afiliados y beneficiarios por la utilización de los servicios del POS (21).

### **2.3.1.8. Entidades Administradoras de Riesgos Profesionales ARP**

Contribuyen a la red de protección laboral que ampara a las empresas contra los riesgos a que están expuestos sus trabajadores en el territorio nacional, a saber: accidentes de trabajo y enfermedades profesionales. Además, prestan asesoría permanente en salud ocupacional para reducir el índice de lesiones y enfermedades incapacitantes.

### **2.3.2. La Medicina Prepagada**

Es un sistema establecido y organizado por entidades autorizadas por la gestión de la atención médica y de la prestación de los servicios de salud, y para atender, directa o indirectamente estos servicios, incluidos en un plan de salud preestablecido, mediante el cobro de un precio regular previamente acordado (22).

### **2.3.3. Financiación de la Salud en Colombia**

La Nación cedió a los Departamentos los recursos provenientes de varios impuestos, esto recibe el nombre de rentas cedidas.

Las rentas cedidas: impuestos a las loterías (Ley 64 de 1923), impuestos al chance (Ley 1° de 1982), impuestos a la cerveza, impuestos a los licores (Ley 788 de 2002), impuesto de registro notarial.

El situado fiscal: Creado por la Ley 46 de 1971, que la reglamenta así: 15% de los ingresos corrientes de la Nación que serán distribuidos para la Educación un 74% y para la Salud un 26%. La Ley 60 de 1993, la reglamenta modificando sus cuantías y la distribución (21).

#### **2.3.4. La Garantía de Calidad en Salud. Decreto 2309 de 2002**

Es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos, deliberados y sistémicos, que desarrolla el Sector Salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país (Art. 5°).

Los componentes del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad en Salud son: un sistema Único de Habilitación, auditoría para el mejoramiento de la calidad, sistema Único de Acreditación, sistema de Información para la calidad (Art. 7°).

#### **2.3.5. La Salud Pública en Colombia**

Está regulada por la Ley 9 de 1979 (Código Sanitario Nacional). El Decreto 1562 de 1984 reglamentó la ley en lo relacionado con la vigilancia y control epidemiológico. Se discute en el Congreso desde hace tres años, la Ley que actualiza las normas para la Salud Pública, pero aun no se ha logrado su aprobación.

La Ley 100 de 1993, creó el sistema de seguridad social integral en salud, desde su implementación se ha presentado algunas reformas, tales como: el Proyecto de ley N° 236, reforma pensional de 2002, Ley 1122 de 2007.

### **3. CONCEPTO DE MEDICINA ALTERNATIVA, TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS**

El término de “Medicinas Tradicionales” (MT) fue acuñado en un principio por La Organización Mundial de la Salud (OMS), propuso que el año 2000 sería la Meta para alcanzar la Salud para todos los pueblos del mundo (Declaración de Alma Ata) en 1977. Planteó que para lograr dicha meta, se debía incorporar a los sistemas de salud en atención primaria, “la medicina tradicional y los elementos terapéuticos de reconocida utilidad como farmacología, fitoquímica, antropología y clínica, como se viene haciendo en varios países del mundo” (23).

Posteriormente, la OMS considero importante acordar las definiciones sobre la Medicina Complementaria / Alternativa (MAC) y de la Medicina Tradicional (MT), de la siguiente forma:

La primera, la MAC, aclara que las expresiones “medicina complementaria” o “medicina alternativa” se emplean de manera intercambiable con medicina tradicional en muchos países. *“Se refieren a un amplio conjunto de prácticas sanitarias que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal”*. La segunda, MT, consiste en la suma total del conocimiento, habilidades y prácticas basadas en las teorías, creencias y experiencias inherentes a las diferentes culturas, ya sean explicables o no, y que son usadas tanto en el mantenimiento de la salud como en la prevención, diagnosis, mejora o tratamiento de enfermedades físicas y mentales (24).

Otra de las definiciones encontradas en la literatura mundial es la de El Centro Nacional para la Medicina Alternativa y Complementaria (National Center for Complementary and Alternative – NCCAM / NIH). Según la define NCCAM, La Medicina Complementaria y Alternativa, según la define NCCAM *“es el conjunto diverso de sistemas, prácticas y productos, médicos y de atención de la salud,*

*que no se considera actualmente parte de la medicina convencional”, como la acupuntura, la quiropráctica, el masaje y la homeopatía. La gente emplea terapias de medicina complementaria y alternativa de diversas formas. Cuando se usan solas se las suele llamar "alternativas". Cuando se usan junto con la medicina convencional, se las suele llamar "complementarias" (8).*

A nivel de Colombia, La ley 1164 de Talento Humano (2007) en su artículo 19 define: *“se entiende por medicina y terapias alternativas aquellas prácticas, procedimientos, enfoques o conocimientos que utilizan la estimulación del funcionamiento de las leyes naturales para la autorregulación del ser humano con el objeto de promover, prevenir, tratar y rehabilitar la salud de la población desde un pensamiento holísticos. Se consideran medicinas alternativas, entre otras, la medicina tradicional China. Medicina Ayurveda, medicina Naturopática y la medicina Homeopática. Dentro de las terapias alternativas y complementarias se consideran entre otras la herbología, acupuntura, moxibustión, terapias manuales y ejercicios terapéuticos” (25).*

#### **4. REFERENTES DE CASO DE POLÍTICA PÚBLICA EN MEDICINA ALTERNATIVA EN OTROS PAÍSES: MÉXICO, BRASIL, ARGENTINA Y CHILE**

##### **4.1.1. México**

La medicina tradicional constituye una conexión culturalmente aceptada entre el pasado y el presente en México. A lo largo de la historia, la medicina tradicional fue declarada ilícita y se prohibieron sus prácticas. Sin embargo, y a pesar de éstas medidas, la medicina tradicional mexicana ha sobrevivido la tendencia política de dar a la medicina científica moderna una prioridad absoluta y la tendencia de los científicos de reducir al mínimo el conocimiento tradicional (26).

La evidencia obtenida de la experiencia en México para el desarrollo de políticas públicas en control de enfermedades que puede ser tratadas con medicina alternativa, indican que el conocimiento preciso de los legisladores en relación con los efectos biológicos, económicos, culturales, sociales e indígenas de la proliferación de mecanismos no convencionales fue el principal fundamento para el desarrollo de una legislación que empezara a reconocer los aportes y beneficios de la medicina natural y sobre todo la indígena en el caso mexicano (27).

#### **4.1.2. Brasil**

El Ministerio del Trabajo en Brasil, a creado una reglamentación a través del Código Brasileño de Ocupaciones (CBO), identificado con el N° 2321-05, el cual define al Acupunturista, Acupuntor, Fitoterapeuta, Técnico corporal en Medicina Tradicional China, Técnico en Acupuntura, Terapeuta Naturista, Terapeuta Oriental. Además realizan diagnósticos energéticos por medio de métodos de la Medicina Tradicional China para armonizar fisiológica, energética y psico-orgánicamente las personas; aplican estímulos físico-químicos y técnicas corporales para tratamiento de molestias psico-neuro-funcionales y energéticas (28).

El CBO es la ley que define las profesiones, cada profesión tiene su código y su definición. Por ejemplo, un Acupunturista es un profesional autónomo con sus derechos y deberes, es decir, es un profesional independiente, sin necesidad de acreditar otra profesión previa. Cada Estado tiene su ley a nivel de Educación, la cual consiste, en una enseñanza de nivel medio (técnico). En Rio de Janeiro mediante la norma CEE N° 218/96, 254/00 y 27/01 se reconoce la enseñanza de Acupuntura por instituciones educativas desde 1996, formando al alumno como Acupunturista (28).

El potencial de la investigación en Medicina Autóctona en Brasil no tiene problemas desde el punto de vista netamente científico y desde una perspectiva legal, ya presenta grandes avances en ésta área.

#### **4.1.3. Argentina**

Los herbolarios están autorizados a vender medicamentos vegetales pero no mezclas. Tienen que emplear a un director técnico farmacéutico. Las mezclas de medicamentos vegetales están controladas, así como las preparaciones hechas por la industria, en virtud de la Ley de Medicamentos No. 16,463. Es pertinente mencionar un proyecto de la Provincia de Buenos Aires para obligar a los herbolarios a que actúen solamente como mayoristas. Además, las personas que cultivan plantas medicinales deben tener una autorización del Ministerio de Salud (26).

A fin de obtener autorización para comercializar un nuevo producto medicinal, en general se requiere tener un laboratorio y cumplir con los requisitos legales del artículo 27 de la Ley No. 16,463. No hay ninguna diferencia entre los medicamentos herbarios y los medicamentos químicos. Cuando el principio activo se describe en la Farmacopea Nacional Argentina, puede hacerse referencia a tal monografía. Se otorgará un número de certificación que permite la venta a nivel nacional. Pero, a nivel provincial, cada provincia tiene su propio sistema de aprobación de medicamentos y el número de certificación es solo válido cuando es aceptado por una provincia (26).

Si bien estaba aumentando el conocimiento científico de las plantas medicinales y tóxicas, fue necesario obtener más información acerca de la utilización de 700 a 800 especies. No había ninguna especialización académica para el control y la elaboración de plantas medicinales. Por estos motivos, se hizo evidente la necesidad de legislación futura para remediar la situación insatisfactoria en relación con las plantas medicinales (26).

En noviembre de 1993, el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires publicó una reglamentación para el registro y la comercialización de plantas medicinales. Con esta reglamentación se estableció una obligación de registro de las hierbas medicinales. Los herbolarios tenían que registrar sus productos en 180 días, junto con documentación que contuviera, por ejemplo, el nombre de la planta, parte de la planta, los principios activos, la identificación y las indicaciones. En el caso de una mezcla de hierbas, tenía que demostrarse el beneficio de la combinación. El certificado expedido por el Laboratorio Central de Salud es válido durante cinco años, y es preciso solicitar una prolongación 30 días antes de que venza (26).

#### **4.1.4. Chile**

En Agosto de 1992, se creó la Unidad de Medicina Tradicional con el objetivo de incorporar la Medicina Tradicional a los programas de Salud, con eficacia comprobada y contribuir al establecimiento de su práctica. Se preparó una reglamentación para el control de la práctica de las Medicinas Alternativas y se creó una base jurídica (la Ley No. 19.253 de octubre de 1993) que tiene en cuenta la función de la medicina tradicional en la salud pública (26).

En Junio de 2005, el Ministerio de Salud de Chile inició el proceso de regularización de las terapias complementarias; la expedición del decreto N° 42 de 2004, reglamentó el ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la Salud, así como los sitios en que éstas se realizan. Se creó un Grupo de Trabajo, para proponer la normativa indicada para el reconocimiento y regulación, en el marco el decreto anterior (29).

Entre Enero y Febrero de 2006, se realizó una consulta ciudadana en el sitio en Internet del Ministerio de Salud acerca de propuestas de los decretos que normarían específicamente los cinco modelos de terapia en que se ha estado

trabajando: Acupuntura, Homeopatía, Naturopatía, Quiromasaje y Terapia Floral; el objetivos de éstas propuestas son orientadas al reconocimiento y regulación del ejercicio de éstas terapias (29).

En cuanto a la condición jurídica de los medicamentos, existe una normatividad para que los productos naturales se diferencian legalmente del siguiente modo (Código Sanitario):

- Los medicamentos cuyo propósito es curar, aliviar o prevenir enfermedades (artículo 97).
- Los productos alimentarios para uso medicinal y con propiedades terapéuticas (artículo98).
- Los productos alimentarios para finalidades nutricionales (artículo 108).

Según una reglamentación para el control de los medicamentos, los productos alimentarios para uso medicinal y los cosméticos (decreto No. 435/81). Se consideran medicamentos los productos herbarios con indicación terapéutica y recomendaciones de dosificaciones. Su distribución se limita a las farmacias y droguerías que necesitan una autorización especial del Ministerio de Salud. Se necesita un registro para la autorización de la comercialización de los productos herbarios, los productos homeopáticos y otros productos naturales según se definen en el artículo 24 del reglamento. Una solicitud de registro consta de fórmula completa, rotulación, muestras del producto y una monografía que permite la identificación de la fórmula y las características del productos (26).

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo General**

Recopilar y caracterizar las políticas públicas en la formación, el ejercicio y la prestación de servicios formuladas e implementadas para la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia durante 1999 – 2009.

### **Objetivos Específicos**

- Describir las políticas públicas relacionadas con la formación educativa en Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia.
- Identificar las políticas públicas relacionadas con el ejercicio profesional en Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia.
- Caracterizar las políticas públicas en la prestación de los servicios de salud en Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia.

## **METODOLOGÍA**

### **Tipo de Estudio**

Ésta fue una investigación histórica descriptiva, con un enfoque desde las ciencias sociales, que utiliza como estrategia metodológica principal el análisis de documentos escritos y como estrategia complementaria la entrevista a profundidad para dar respuesta a la pregunta de investigación.

### **Periodo de estudio**

El periodo histórico elegido para efectuar el estudio fue entre los años 1999 y 2009. Se eligió este periodo de estudio teniendo en cuenta que durante estos años han ocurrido los mayores cambios en el reconocimiento de la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia, tales como: A nivel de la formación, la creación de programas de formación en las diferentes áreas de la Medicina Alternativa, en instituciones como La Universidad Nacional de Colombia (Maestría en Medicina Alternativa con énfasis en áreas como la Homeopatía, Acupuntura, Terapia Neural y Osteopatía), La Escuela de Medicina Juan N Corpas (Especialización en Medicina Alternativa y Farmacología Vegetal), La Universidad Manuela Beltrán (Especialización en Medicina Alternativa); A nivel de la prestación del servicio, un estudio realizado en Bogotá por Benítez (2005), entre enero de 2004 y enero de 2005 en una institución de prestación de servicios de Homeopatía, cuya encuesta informó que el (80%) de las personas asistentes a ésta institución utilizaron servicios de Homeopatía (30); A nivel legislativo, se resaltan El Decreto 4664 del Ministerio de Salud (27 Diciembre 2006) y La Ley 1164 de Talento Humano en Salud (3/10/2007).

## **Ubicación geográfica**

Este estudio se ubicó en la ciudad de Bogotá teniendo en cuenta que es lugar donde se encuentran las fuentes primarias para la recolección de la información.

## **Acervos documentales**

Se identificaron dos tipos de fuentes: las primarias, documentos escritos durante el periodo de estudio que se relacionan directamente con la investigación, es decir que proporcionan información fundamental para sustentar la tesis; y las secundarias que se originan de una manera indirecta en relación con ésta, que proporcionan información complementaria para sustentar la tesis (Cardoso, 2000) (31).

Como fuentes primarias inicialmente se realizó una revisión de la documentación existente en:

- Archivos de la Dirección de Medicina Alternativa en el Ministerio de la Protección Social de Colombia.
- Archivos de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.
- Imprenta Nacional de Colombia – Diario Oficial
- Carta del Ministerio de Educación de Colombia.
- Carta de la Academia Nacional de Medicina en Bogotá.
- Archivos del grupo académico de Medicinas Alternativas
- Fuentes de entrevistas orales.

Las fuentes secundarias se relacionan con artículos publicados en revistas o libros que traten sobre las políticas de regulación en medicina alternativas:

- Bibliotecas de la Universidad Nacional de Colombia.
- Hemeroteca de la Universidad Nacional de Colombia.

- Biblioteca de la Pontificia Universidad Javeriana.
- Archivos del Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA).
- Biblioteca Luis Angel Arango.
- Bases de datos virtuales de las otras instituciones educativas que ofrecen formación en Medicina Alternativa.

Finalizada la revisión de las fuentes primarias y secundarias se seleccionaron los documentos que cumplieran los criterios al relacionarse con la formación, regulación y ejercicio de la Medicina Alternativa en Colombia para ser incluidos en el estudio (ver anexo 1).

### **Selección, recolección y análisis documental**

Los documentos escritos fueron seleccionados según el criterio de la pregunta de estudio, teniendo en cuenta el rigor y la crítica documental. A partir de los documentos revisados se realizaron fichas con base en las categorías emergentes y preestablecidas dentro de los ejes de análisis (Ver anexo 2) para responder a la pregunta de estudio.

El plan de recolección documental se realizó en tres fases:

**Fase I** revisión de los periodos elegidos, a partir de las fuentes primarias y secundarias escritas en los archivos del Ministerio de Protección Social de Colombia, Bibliotecas de la Universidad Nacional de Colombia, Hemeroteca de la Universidad Nacional de Colombia y Bases de datos virtuales.

**Fase II** revisión de periodos elegidos a partir de las fuentes primarias y secundarias escritas en los archivos de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá, Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA) y Biblioteca Luis Angel Arango.

**Fase III** revisión de periodos elegidos a partir de las fuentes primarias y secundarias documentadas en los archivos del Grupo académico de Medicinas Alternativas, Fuentes de entrevistas orales, Biblioteca Pontificia Universidad Javeriana y Departamento de Terapias Alternativas, Universidad Nacional de Colombia.

El análisis de los documentos escritos se hizo según los ejes preestablecidos y los que puedan surgir de la interpretación de los datos.

### **Plan de recolección y análisis de las fuentes orales**

Las fuentes orales se levantaron mediante entrevistas realizadas por la investigadora basada en una guía de entrevista (anexo 3), fueron grabadas, previo consentimiento informado; transcribiéndose línea a línea. El análisis de entrevistas también se realizó con base en los ejes de análisis preestablecidos.

Los informantes entrevistados fueron:

1. Dr. Juan de Dios Polania. Departamento de vigilancia y control de la oferta. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. D.C.
2. Dr. Germán Darío Benítez. Presidente de la Asociación Médico Homeopática de Colombia (ASMHOC). Bogotá. D.C.
3. Dr. Armando Casas. Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud. Vigilancia y Control de la Oferta. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá. D.C

## SEGUNDA PARTE

### **FORMACIÓN, EJERCICIO Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN MEDICINA ALTERNATIVA y TERAPIAS ALTERNATIVAS Y COMPLEMENTARIAS: ¿EXISTEN POLÍTICAS PÚBLICAS FORMULADAS O IMPLEMENTADAS EN COLOMBIA?**

En Colombia existe una extensa, contradictoria y confusa trayectoria histórica en torno al reconocimiento oficial e incluso institucionalización de las llamadas medicinas alternativas y terapias alternativas y complementarias (MA y TAC), razón por la cual se surge la importancia de recopilar y caracterizar las políticas públicas, para así comprender cuál es su legitimidad e institucionalidad, sus fortalezas, limitaciones y proyecciones futuras.

A través de los datos recolectados en éste trabajo, se busca aportar una perspectiva de conjunto del contexto actual de las políticas públicas en las tres categorías de estudio: la formación, el ejercicio y la prestación de servicios en MA y TAC, durante el período de 1999 a 2009 en Colombia.

Ésta investigación busca un primer acercamiento en el contexto legal de las MA y TAC que permitirá comprender sobre cuáles bases se están forjando las políticas públicas formuladas e implementadas por el Estado Colombiano; teniendo en cuenta que una de las recomendaciones adoptadas inicialmente en la Declaración Alma Ata (1978) y luego ratificada posteriormente en la Declaración de Beijing (2008) es: *“Los gobiernos deben formular políticas nacionales, normas y reglamentos como parte de sus sistemas nacionales de salud, en coordinación con todos los actores políticos relacionados y de ésta forma garantizar el reconocimiento oficial, el acceso y la seguridad del uso de la medicina tradicional/ alternativa /complementaria; con el fin de devolverle a la población el derecho de una salud integral”*.

## **I. ANTECEDENTES**

### **La Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias (MA y TAC) en Colombia antes de 1999**

La historia del reconocimiento oficial de la MA y TAC en Colombia se remonta desde el siglo XIX, proceso que ha coexistido paralelamente con el vivido por la medicina oficial en el caso de éste país, la Medicina científica o moderna. Dicho proceso transcurre en medio de una diversidad de actos legislativos que permiten evidenciar la disyuntiva que ha existido en el país, sobre la aprobación y validez que se le debe otorgar a la MA y TAC; así mismo, sobre la dificultad que se ha presentado tanto en la ejecución de la reglamentación como en su desconocimiento ante la comunidad médica y la sociedad. Este proceso ha sido similar al desarrollo por otros países, incluso aquellos que integran la OMS.

Los datos más antiguos son los encontrados sobre la Homeopatía, su introducción en Colombia data de 1835 (32). Un primer acontecimiento a resaltar en aquella época es la organización del primer Instituto Homeopático de los Estados Unidos de Colombia en el año de 1865 otro, es la creación de la Universidad Nacional de los Estados Unidos de Colombia en el año de 1867, que propuso un cambio de Plan académico en 1881 en el cual incluyó estudios en Homeopatía; pero fue en la segunda mitad del siglo XIX el período en el cual alcanzó el apogeo (31). La Medicina Homeopática en Colombia, tuvo reconocimiento como modalidad académica de pregrado: desde 1835 hasta 1962, cuando el Ministerio de Salud consideró que la Homeopatía para ser enseñada y ejercida se necesitaba el título de médico.

Posteriormente, el Instituto Colombiano para la Formación y Educación (ICFES), en el acuerdo 050 de 1980, recomendó que los programas de homeopatía deben desarrollarse a nivel de Postgrado. Según los documentos encontrados, la Homeopatía fue el primer sistema médico diferente al alopático (científico) que

logro impresionar con sus doctrinas a los médicos convencionales, hasta el punto de querer aprenderla y ejercerla. Por esto conservó un lugar de carácter explícito en la reglamentación hasta 1992, cuando en la Resolución 5078 de 1992 se incluyó otras medicinas tradicionales y terapéuticas alternativas.

A continuación se presenta un recuento histórico de los actos legislativos en Colombia relacionados con el reconocimiento oficial de la Medicina científica, la Medicina Homeopática y otras Terapéuticas Alternativas durante el periodo antes del proyecto, los cuales se explican más adelante.

**Tabla 3:** Actos Legislativos en Medicina Alopática y en Medicina Homeopática en su enseñanza y su ejercicio de 1850 a 1998 en Colombia

<b>REGLAMENTACIÓN</b>	<b>FECHA DE EXPEDICIÓN</b>
Ley "Sobre Instrucción Pública"	15 Mayo de 1850
Ley 12	8 de Abril de 1905
Decreto Legislativo 592	8 de Junio de 1905
Resolución del Poder Ejecutivo	24 de Julio de 1914
Ley 83	19 de Noviembre de 1914
Ley 67	11 de Noviembre de 1920
Ley 85	29 de Noviembre de 1922
Ley 35	22 de Noviembre de 1929
Decreto 1099	8 de Julio de 1930
Decreto 2069	9 de Diciembre de 1930
Decreto 986	26 de Abril de 1932
Ley 67	4 de Diciembre de 1935
Decreto 2736	3 de Noviembre de 1936
Decreto 0279	17 de Febrero de 1953
Ley 14	20 de Abril de 1962
Decreto 605	21 de Marzo de 1963
Decreto 050	24 de Marzo de 1980

Resolución 5078	30 de Junio de 1992
Ley 100	23 de Diciembre de 1993
Resolución 2927	27 de Julio de 1998

Además de las legislaciones anteriormente presentadas se encontraron numerosos conceptos jurídicos procedentes del Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación.

La tendencia de ésta reglamentación formulada e implementada durante más de un siglo, evidencia un proceso contradictorio y de poca claridad en el reconocimiento de sistemas médicos diferentes al oficial, dejando entrever intereses o resistencia de una minoría a aceptar otras racionalidades médicas, así como, un ambiente de confusión en diferentes grupos en la sociedad. Es a finales del segundo semestre del siglo XIX que se inicia el camino de inclusión de otras creencias y costumbres derivadas de las diversas culturas étnicas y médicas de la Nación Colombiana.

Con la Ley “Sobre Instrucción Pública” del 15 de Mayo de 1850 se dio cabida a la libertad profesional total, *“Las corrientes de pensamiento imperantes en la época llevaron a establecer medidas que demeritaban el rigor académico y la preparación especial para el ejercicio profesional, tal como se consigné en el artículo 2º de ésta Ley”*. Transcurrido medio siglo se formuló la Ley 12 de 1905, en la cual se consideró necesario reglamentar el ejercicio de la medicina, es así como, en el Decreto 592 de junio de 1905 del Ministerio de Educación se concreta dicho requerimiento.

Los artículo 5º y 6º de dicho decreto mencionan concretamente sobre el ejercicio y la enseñanza de la Homeopatía, allí constituyen que ésta puede ser ejercida por todos los individuos que tengan un diploma expedido por el Instituto Homeopático de Colombia o una licencia de médico titulado. A su vez, dejan claro que el Instituto sólo podrá expedir diploma de médico homeopático a los individuos que

hayan completado los cursos de Anatomía, Fisiología y Patología General, indispensables para aprobar el primer año en las Facultades de Medicina. Se observa cómo la Homeopatía al igual que la medicina oficial tuvo paralelamente el mismo proceso de reglamentación.

Años más tarde el decreto 592 fue reformado por la Ley 83 de 1914, la cual reafirma que solo podrán ejercer medicina por cualquier sistema los individuos que obtengan su título de médico expedido por una Institución reconocida, incluyendo al Instituto Homeopático de Colombia como dice el artículo 2°, allí mismo, aceptan reconocer aquellos individuos que careciendo de diploma ejercían la medicina por el sistema homeopático durante los últimos 5 años. Es así como en el artículo 7°, se establece que toda persona que pretenda ejercer la medicina en Colombia, incluyendo el sistema homeopático o los que cumplen un ejercicio mínimo de 5 años, deberán presentar su título o licencia a la gobernación del respectivo Departamento, lugar en el cual se deberá expedir un documento que certifique el permiso para ejercer la medicina.

Posteriormente, la Ley 67 de 1920, instauró una Junta ante la cual los individuos que sin diploma habían ejercido la medicina por el sistema homeopático debían demostrar que cumplían el artículo 2° para que se les expidiera el permiso respectivo. Durante los años siguientes el ejercicio de la medicina y de la homeopatía se reglamentó a través de diversos actos legislativos (Ley 85 de 1922, Ley 35 de 1929, Decreto 1099 de 1930, Decreto 986 de 1932, Ley 67 de 1935, Decreto 2597 de 1950, Decreto 0279 de 1953, Ley 14 de 1962, Decreto 605 de 1963) que derogaban leyes o decretos anteriores, y algunos de ellos intentaban restringir las posibilidades de ejercer la homeopatía, cambiando los requerimientos previamente señalados.

Esta inestabilidad persistente en la reglamentación, refleja por una parte la falta de claridad en la aprobación y validez que existía sobre el reconocimiento que se le debía conceder a éste sistema médico y por otra parte la intención de no

otorgarle legalidad al interior del sistema jurídico colombiano. Es así como, se generó un ambiente de desconcierto en el grupo de individuos que deseaban ejercer o ya ejercían el sistema médico homeopático con respecto a la validez de los diplomas otorgados por el Instituto Homeopático de Colombia y la necesidad de registrarse ante las autoridades exigidas.

Este desconcierto comenzó a resolverse con el surgimiento del Acuerdo 050 de 1980, en el cual el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) autorizó el funcionamiento de programas de educación avanzada o de posgrado en Homeopatía (artículos 34, 35, 36 y 37 del Decreto Extraordinario 80 de 1980), siempre y cuando los aspirantes a ingresar tuvieran como requisito indispensable el título profesional en Medicina y Cirugía. En una de sus consideraciones, éste acuerdo reconocía que la Medicina es una sola y que la Homeopatía, la Alopátia, el Naturismo, la Acupuntura, etc., son tan solo métodos terapéuticos y están a disposición del juicio médico.

El proceso extenso de legislación que hasta ese momento se logró alcanzar por parte de la Homeopatía y el respaldo educativo propuesto por el ICFES condujeron a un gran avance en el año de 1992, momento en el cual aparecen en el contexto legal otros sistemas médicos tradicionales y terapéuticas alternativas. El Ministerio de Salud a través de la Resolución 5078 de 1992, *“adoptó normas técnico-administrativas en materia de Medicinas Tradicionales (MT) y Terapéuticas Alternativas (TA) y creó el Consejo Asesor para la conservación y el desarrollo de las mismas”*.

Dicha resolución acogió de un modo general las definiciones de Culturas Médicas Tradicionales y de las Terapéuticas Alternativas, consideró la importancia de investigar, recuperar y respetar otros usos terapéuticos, resaltó la necesidad de propiciar diálogos e interacción entre los servicios institucionales de salud y los diversos enfoques terapéuticos, especialmente en el Primer Nivel de Atención en

Salud y concedió un rol importante al Ministerio de Salud como ente articulador de éste proceso.

En el intermedio de las dos resoluciones de 1992 y 1998 se formuló y se implementó la Ley 100 de 1993, que contempla normatividad regulatoria de servicios de Medicina y Terapias Alternativas y Complementarias; acepta su prestación por profesionales de la salud, graduados en universidades reconocidas por el ICFES en ámbito específico de su profesión (SENA, 2008:42).

Tiempo después, la Resolución 2927 de 1998 definió y reglamentó las Terapias Alternativas reconocidas como formas de prestación de servicios en salud (Sistema General de Seguridad Social) y estableció que éstas *“sólo podrán ser ejercidas por médicos titulados en universidades reconocidas por el Estado de acuerdo con la Ley 14 de 1962, con formación específica en la o las terapias alternativas que practique, y que acrediten el registro profesional vigente. Los demás profesionales de la salud que sean responsables de la atención directa de las personas podrán utilizar procedimientos de las terapias alternativas en el ámbito exclusivo de su profesión, para lo cual deben contar con el registro profesional vigente y la formación específica”*.

Ésta resolución avanzó un paso frente a la resolución 5078 de 1992, en lo que se refiere a una definición más específica de las Terapias Alternativas, así como, incorporó la definición de un nuevo concepto: Bioenergética, de la cual derivan las otras definiciones que aún siguen vigentes: Homeopatía y sus modalidades, Acupuntura y procedimientos asociados, Terapia neural, Terapia con filtros y Terapias manuales.

En Colombia, el proceso de reglamentación del ejercicio de la Medicina Alternativa y Terapias Complementarias está vigente y en construcción, razón por la cual existe la necesidad de conocer cómo se están formulando e implementando éstas políticas, al mismo tiempo que se realiza una recolección y caracterización de las

políticas públicas existentes con el fin de establecer su campo de aplicación. A través de éste proceso surge la pregunta sobre la existencia de las políticas públicas en la formación, el ejercicio y la prestación de servicios en Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementarias formuladas e implementadas en Colombia durante 1999 – 2009. Este en particular es el propósito de la actual investigación dada la naturaleza de los antecedentes y de este periodo de tiempo: tiempo en que se ha generado la mayor cantidad de cambios en el reconocimiento y reglamentación de la medicina alternativa.

## II. EJES DE ANÁLISIS

### 1. Políticas Públicas en la Formación en Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementaria

Como ya se mencionó, desde comienzos del Siglo XIX se inició en el país la enseñanza del sistema médico homeopático a través del Instituto Homeopático de los Estados Unidos de Colombia en 1865, el cual llegó a ser considerado el primer sistema médico no alopático aceptado socialmente (Martilletti, 2009). Ésta enseñanza fue respaldada por la Ley de 1850 que dio libertad profesional total. Sin embargo, a pesar de los diferentes actos legislativos que generaron confusión a lo largo del proceso de reconocimiento legal, la enseñanza de la Homeopatía y posteriormente de otros enfoques médicos o terapéuticas alternativas se continuó y se ha continuado ofertando por parte de diversas instituciones de carácter formal y no formal.

La Constitución Política de 1991 en sus artículos 26 y 27 determinan que toda persona es libre de escoger su profesión u oficio, enseñar y aprender. *Por mucho tiempo la medicina alternativa se enseñó libremente, lo cual generó diversidad de escenarios de aprendizaje, amparados en que la Constitución no prohíbe la enseñanza de nada (Benítez, 2010).* Para evitar ello, se instauró la Ley de Talento Humano en Salud.

En 1980 en el Acuerdo 050 se reconoce la enseñanza de la Homeopatía como un estudio de Posgrado para ser ejercido solamente por médicos con título reconocido por el Estado en una Universidad de Educación Superior. *Gracias a antecedentes como la cátedra de Homeopatía ofrecida por la Universidad Nacional de Colombia (UNAL) en el Siglo XIX, fue posible hacer la primera defensa para la creación del Posgrado de Medicina Alternativa en la UNAL. Con esto, surgieron concertaciones, que finalmente permitieron la aprobación de la Maestría de Medicina Alternativa con área específica por parte del Consejo*

*Directivo. Con el tiempo se ha generado la profesionalización y con esto, un número cada vez mayor de médicos que quieren realizar éstos estudios. (Benítez, 2010).*

En Colombia existe tradición con respecto a la oferta de programas de formación en MA y TAC, dejando entre ver una enseñanza más de tipo informal (cursos básicos, cursos de extensión, diplomados) y en menor porcentaje una enseñanza formal (especialización, maestría). Ésta enseñanza se ofrece tanto a médicos alópatas y a otros profesionales del área de la salud, como a población con diversos niveles de educación y no relacionados con la salud; así mismo, se observa que se realiza por entidades privadas, bien sea instituciones de educación no formal, universidades, asociaciones, sociedades o por laboratorios de productos alternativos. No todos estos programas de educación en MA y TAC son reconocidos oficialmente por el Ministerio de Educación Nacional (SENA, 2008).

Si bien, no se tiene conocimiento de la formulación e implementación de una Política Pública en Formación en Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias, sí, se tiene conocimiento sobre la creación y oferta de programas de educación en MA y TAC a nivel de posgrado en universidades reconocidas por el Ministerio de Educación en el país, aunque no existan lineamientos que regulen dichos programas (Polania, Benítez y Casas, 2010).

Antes de mencionar los programas de educación actualmente ofrecidos por Universidades establecidas en la ciudad de Bogotá, es importante señalar y conocer que la Ley 1164 de 2007 del Talento Humano en Salud construyó un capítulo sobre Las Características de la Formación del Talento Humano en Salud. Allí, en uno de los artículos sobre la calidad en los programas de formación en el área de la salud, define que *“El Ministerio de Educación Nacional teniendo en cuenta las recomendaciones del Consejo Nacional del Talento Humano en Salud,*

*definirá y mantendrá actualizados los criterios de calidad, para el registro calificado y acreditación de los programas de formación en el área de la salud” (Artículo 13°).*

Ahora bien, el Ministerio de Educación reporta la existencia de tres (3) programas de posgrado en el área de Ciencias de la Salud ofertados por Instituciones de Educación Superior reconocidos por el Ministerio de Educación de Colombia. (Anexo 4)

**Tabla 4:** Programas Académicos en MA y TAC en Instituciones de Educación Superior en Colombia, reconocidos por el Ministerio de Educación Nacional República de Colombia.

INSTITUCIÓN	NOMBRE DEL PROGRAMA	DEPARTAMENTO
Universidad Nacional de Colombia	Maestría en Medicina Alternativa	Bogotá D.C.
Fundación Universitaria Juan N. Corpas	Especialización en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal	Bogotá D.C.
Universidad Manuela Beltrán-UMB	Especialización en Terapias Alternativas	Bogotá D.C.

A continuación se abordarán cada una de ellas:

1. Maestría en Medicina Alternativa de la Universidad Nacional de Colombia sede Bogotá.

El programa está dirigido a médicos titulados por una Universidad de Educación Superior y con tarjeta profesional que autoriza el ejercicio médico, con una duración de 2 años de carácter Presencial semi escolarizada. Tiene cuatro áreas énfasis independientes que el estudiante empieza a cursar de acuerdo al área que fue admitido. El plan de estudios de profundización de la Maestría de Medicina

Alternativa tiene una duración de cuatro (4) semestres y está integrado por los siguientes conjuntos de asignaturas: Tipo de área específica elegida, Seminarios temáticos, Seminarios electivos, Metodología de la investigación y el Trabajo Final; para un total de 75 créditos.

Los objetivos específicos de formación del plan de estudios de profundización de la Maestría en Medicina Alternativa son los siguientes: Profundizar y fundamentar en los aspectos epistemológicos de la Homeopatía, de la Medicina Tradicional China y la Acupuntura, de la Terapia Neural y la Osteopatía y de la Quiropraxis, dependiendo de cada área de la Maestría; Profundizar y fundamentar al médico para diagnosticar, abordar y resolver problemas de salud desde las terapéuticas alternativas; Integrar los conceptos de las modalidades terapéuticas de la medicina alternativa con los de la medicina clásica bajo la concepción de una sola medicina; Desarrollar competencias investigativas en cada área en particular; Generar nuevos conocimientos en el área específica de la medicina alternativa; Definir criterios y principios que orienten la utilización de las diferentes modalidades terapéuticas en los programas de salud en el país.

Título que se otorga: Magister en Medicina Alternativa con énfasis en una de las cuatro áreas.

## 2. Especialización en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas en Bogotá.

El programa está dirigido a médico titulados por una Universidad de Educación Superior con tarjeta profesional que autoriza el ejercicio médico, con una duración de 2 años de carácter Presencial semi escolarizada. El plan de estudios de la Especialización tiene una duración de cuatro (4) semestres y está integrado por los siguientes conjuntos de asignaturas: Bioenergética termodinámica, Homeopatía y procedimientos asociados, Medicina Natural, Psicoterapias no

convencionales, Acupuntura y procedimientos asociados, Farmacología vegetal, Otros procedimientos (terapia celular, enzimoterapia sistémica, terapia por rayo láser) y Metodología de la investigación.

Las competencias específicas de la formación del plan de estudios de la Especialización en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal son los siguientes: Conocer los fundamentos generales y realizar un abordaje práctico inicial de las terapéuticas alternativas; Desarrollar la capacidad de emplear las diferentes herramientas terapéuticas, aplicando adecuadamente los conceptos fisiopatológicos aprendidos; Profundizar en los conocimientos específicos de las diferentes herramientas terapéuticas ampliando su campo de aplicación; Integrar los conocimientos adquiridos jerarquizando y ejecutando de manera dinámica y eficiente las diferentes terapias, solucionando adecuadamente las complicaciones que se presenten en su práctica profesional, alcanzando un buen nivel de formación en investigación.

Título que se otorga: Especialista en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal.

### 3. Especialización en Terapias Alternativas de la Universidad Manuela Beltrán en Bogotá.

El programa está dirigido a Profesionales del área de la salud, con título otorgado por una Universidad de Educación Superior, una duración de 1 año de carácter Presencial semi escolarizada. El plan de estudios de la Especialización tiene una duración de dos (2) semestres y está integrado por los siguientes conjuntos de asignaturas: Disciplinar (Fundamentos Científicos y Filosóficos de la Medicina Tradicional China, Patologías, Métodos diagnósticos, Métodos terapéuticos), Asistencial (tratamientos) e Investigativo (Seminario de investigación y Proyecto de investigación); para un total de 39 créditos.

El objetivo específico de formación del plan de estudios de la Especialización en Terapias Alternativas es el siguiente: Abordar al ser humano en su condición bio-psico-social-espiritual, desde la filosofía que sustenta este conocimiento ancestral, permitiéndoles ejercer su campo de acción en el ámbito disciplinar desde una perspectiva holística. A través de la adquisición de las competencias cognitivas, socio – afectivas, comunicativas e investigativas que hacen parte del plan de curso propuesto, la formación profesional y el campo de acción se complementan con las diferentes terapéuticas de la Medicina Tradicional China.

Título que se otorga: Especialista en Terapias Alternativas.

En ausencia de Políticas Públicas orientadas en la Formación en MA y TAC, queda planteada la inquietud de si las propuestas curriculares actualmente existentes y reconocidas por el Ministerio de Salud de Colombia, corresponden a las necesidades del sector salud en MA y TAC, así mismo, si los Perfiles ocupacionales ofrecidos pueden cumplir con los requerimientos exigidos por los lineamientos legales al momento de ejercer profesionalmente la MA y TAC. Razón por la cual se hace imperioso la existencia de una reglamentación que permita regular y vigilar los programas ya ofertados o todos los nuevos que serán creados en MA y TAC, con el fin de formar profesionales que reúnan los requisitos para el ejercicio y con la claridad en la aplicación de las mismas desde su campo de acción.

## **2. Políticas Públicas en el Ejercicio de la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas**

Históricamente en Colombia desde comienzos del siglo XIX se evidencia el interés por parte del Estado en reconocer legalmente el ejercicio de las profesiones, las ocupaciones, los oficios y las artes ejercidas por la población. Así, lo señaló la

Ley de 1850 que declaró libertad profesional total, luego surgieron más leyes tratando de implementar normas para ejercer profesiones como Medicina o Sistemas Médicos como la Homeopatía, algunas de ellas: la Ley 12 de 1905 y la Ley 14 de 1962. Todo el proceso legislativo que se realizó hasta ese momento, encontró mayor sustento con la normatividad declarada en la Constitución Política de Colombia de 1991, en la cual en su artículo 26, señala que toda persona es libre de escoger su profesión u oficio, salvo aquellas que impliquen un riesgo social, también que la ley podrá exigir títulos de idoneidad, así como, la inspección y vigilancia del ejercicio de las profesiones por parte de las autoridades competentes.

Sujetos a la Carta Magna de 1991, el ejercicio de las profesiones u ocupaciones relacionadas con el sector salud en el país, se realizó por una parte con libertad y por otra parte con la idoneidad del título obtenido; sin embargo, a pesar de enfatizarse que no es de libre escogencia cualquier labor que implique un riesgo social como es el caso de la vida de un ser humano, es conocido que algunas de estas ocupaciones o profesiones fueron y son ejercidas de forma ilegal en la actualidad. Si bien la norma estableció, inspeccionar y vigilar el ejercicio de las profesiones por las autoridades competentes, probablemente existieron vacíos en su cumplimiento lo que permitió la ilegalidad en el ejercicio profesional.

Según el Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA), en Colombia las ocupaciones del Sector Salud se clasifican en: profesionales (5 o más años de estudios en Instituciones de Educación Superior), técnicas (entre 2 y 4 años de estudio) y auxiliares (menos de 2 años). Además, se observa tres grandes grupos de individuos que conforman el sector salud: Profesionales de la salud que ejercen de manera privada su disciplina y estudios en MA y TAC; Profesionales de otros campos del saber, entrenados en la materia; Personas no profesionales formadas en este campo que tienen sus consultorios privados, atienden a usuarios, consultas domiciliarias y asesorías a tiendas naturistas.

En cuanto a lineamientos enunciados en el pasado, es importante resaltar el Artículo 4° de la Resolución 02927 de 1998 sobre el Recurso Humano en las Terapias Alternativas, en el cual se insiste en *“sólo podrán ser ejercidas por médicos titulados en universidades reconocidas por el Estado de acuerdo con la Ley 14 de 1962, con formación específica en la o las Terapias Alternativas que practique y acrediten el registro profesional vigente. Los demás profesionales de la Salud que sean responsables de la atención directa de las personas podrán utilizar procedimientos de las Terapias Alternativas en el ámbito exclusivo de su profesión, para lo cual deben contar con el registro profesional vigente y la formación específica”*.

Con respecto a la información recolectada sobre el ejercicio en MA y TAC y en relación al periodo del estudio, se menciona una propuesta de ley y la primera ley sancionada en materia de salud: el Proyecto de Ley 106 de 2004 y la Ley 1164 de 2007 del Talento Humano en Salud, junto con sus decretos reglamentarios hasta el año 2009. A continuación se hará una breve descripción de las mismas.

En cuanto al Proyecto de Ley 106 de 2004 del Senado de la República de Colombia, allí se define las Medicinas tradicionales, Alternativas y/o Complementarias, reconociendo los siguientes campos de práctica: medicina tradicional indígena, medicina biológica, medicinas manuales, medicinas vibracionales y sanación. Adicionalmente, *“establece las responsabilidades, reglamenta su ejercicio, determina el ámbito de aplicación, desarrolla los principios que la rigen, precisa sus entes rectores de dirección, organización, acreditación y control”*. Se radicó en la Plenaria del Senado con todos y cada uno de los requisitos constitucionales y legales.

Con el diseño y la aprobación de la Ley 1164 del 3 de Octubre de 2007 sobre El Talento Humano en Salud por parte del Congreso de la República de Colombia, se

logró reglamentar por primera vez el ejercicio del recurso humano en el sector salud en varios aspectos a resaltar:

La creación de Organismos de apoyo para el desarrollo del Talento Humano en Salud. En su Artículo 4: creó el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, como un organismo asesor del Gobierno Nacional encargado de definir las políticas del recurso humano en salud (sobre formación y programas en salud, sobre el manual tarifario), promover la actualización de normas éticas de las diferentes disciplinas y comités (ética, bioética, clínicos, asistenciales e investigativos); en el Artículo 7: incluye un comité de las culturas Médicas Tradicionales y un comité para la Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementarias, que a su vez, estará conformado por subcomités en Medicina Tradicional China, Medicina Ayurveda, Medicina Naturopática y Medicina Homeopática.

En cuanto al entorno del Ejercicio, construye las características del ejercicio de las profesiones y de las ocupaciones de todo el Talento Humano en Salud, incluyendo el ejercicio de la MA y TAC, en su Artículo 19° , considera: *“los profesionales autorizados para ejercer una profesión del área de la salud podrán utilizar la medicina alternativa y los procedimientos de las terapias alternativas y complementarias en el ámbito de su disciplina, para lo cual deberán acreditar la respectiva certificación académica de esa norma de competencia, expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado”*. Así mismo, en su Artículo 20°: del ejercicio de las Culturas Médicas Tradicionales, de conformidad con los artículos 7° y 8° de la Constitución Política se garantiza el respeto a las culturas médicas tradicionales propias de los diversos grupos étnicos, las cuales podrán ser practicadas por quienes sean reconocidos en cada una de sus culturas de acuerdo a sus propios mecanismos de regulación social.

Además, establece para el ejercicio de las profesiones y ocupaciones del área de la salud, entre otros, estar certificado mediante la inscripción en el Registro Único

Nacional del Talento Humano en Salud (artículo 23) y una vez certificado debe adquirir una Tarjeta de Identificación Única Nacional del Talento Humano en Salud (artículo 24).

Posteriormente, surgen diversos Decretos Reglamentarios de la Ley 1164 de 2007, los cuales tuvieron por objeto modificar o reglamentar la ley y posponer fechas señaladas:

Decreto Número 860 de 2008: Por medio del cual se dictan medidas transitorias para la autorización del ejercicio del Talento Humano en Salud. Decreto Número 1730 de 2008: Por medio del cual se reglamentan los mecanismos de escogencia de los representantes al Consejo Nacional del Talento Humano en Salud. Decreto Número 2006 de 2008: Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud. Decreto Número 4671 de 2008: Por medio del cual se amplían los plazos señalados en el decreto 860 de 2008. Decreto Número 4810 de 2009: Por medio del cual se amplían el plazo señalado en el decreto 860 de 2008, modificado por el Decreto 4671 de 2008.

En referencia a lo anterior, con respecto al ejercicio de la MA y TAC *está la Ley 1164 de 2007, la cual regula el Talento Humano en Salud, en particular el Artículo 19° (Polania, 2010). De la misma forma, la Ley 1164 de 2007 es una Ley marco con el mismo valor jurídico que la Ley 100 de 1993, ya que logra abarcar todo el talento humano en salud, así se crea el Consejo Nacional del Talento Humano en Salud, quien en su Artículo 7° establece la conformación de diferentes comités, entre ellos el comité de culturas médicas tradicionales, un comité de MA y TAC, así como, subcomités sobre Medicina Tradicional China, Homeopatía, Naturopatía, Ayurveda, entre otras. Por otro lado en el Artículo 5° se indica que sólo pueden ejercer la MA y TAC solamente aquellos que tengan títulos de posgrado en MA y TAC otorgados por instituciones de educación superior, de ésta manera la MA y TAC entran en la Ley General de Educación y en toda la Política Nacional de Educación buena, regular o mala, pero la hay (Benítez, 2010).*

Adicionalmente, *“la Academia manifiesta que la medicina es una sola, basada en la evidencia y sustentada por una previa formación científica integral y con proyección social. Acepta, que existen diferentes terapias alternativas y complementarias, las cuales el profesional médico para ponerlas en práctica deberá estar autorizado por el Estado para ejercer legalmente el ejercicio de su profesión en aquellas terapéuticas internacionalmente aceptadas. Por lo tanto, quienes apliquen las terapias alternativas y complementarias, deben ser médicos graduados en una universidad acreditada por el Estado”* (Anexo 7).

### **3. Políticas Públicas para la prestación de servicios en Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias**

En los marcos de las observaciones anteriores sobre el proceso legislativo que ha transcurrido referente a la MA y TAC en Colombia, la reglamentación en la prestación de servicios de salud sigue siendo insuficiente y ambigua, de manera semejante a los otros entornos ya mencionados. El recurso humano a nivel del sector salud se enfrenta a un mercado de oferta y demanda por una parte, dentro de un Sistema Nacional de Salud establecido por la Ley 100 de 1993 y por otra parte en menor proporción un ejercicio independiente y privado. A pesar de la presencia de reglamentación sobre las exigencias en la prestación de servicios en salud, existe un ejercicio ilegal en todo el sector salud que no cumple con estas leyes.

Es necesario recordar el contexto en el cual se ha generado la reglamentación que ha logrado abordar de una manera u otra el entorno de la prestación de servicios en salud en MA y TAC. En cuanto al Anexo Técnico de la Resolución 04252 de 1997 sobre los Requisitos Esenciales para la prestación de servicios en salud, se define: las condiciones mínimas de personal, infraestructura física, dotación, procedimientos técnico-administrativos, sistemas de información, transporte y comunicaciones y auditoría de servicios, que deben cumplir todos los prestadores

de servicios de salud para garantizar que la atención de los usuarios sea prestada en condiciones de accesibilidad, oportunidad, seguridad y racionalidad técnica y científica.

*Según Benítez, “se pública el Anexo Técnico de la Resolución 04252 de 1997, en la cual independiente de la modalidad de vinculación todo prestador de servicios de salud debe cumplir con los requisitos establecidos por la ley para el desarrollo de su actividad, en ese momento ponen a todos los profesionales a hacer habilitación, todo lo de garantía obligatoria y de control de la calidad”.*

Luego, en la Resolución 02927 de 1998 *“Por la cual se reglamenta la práctica de Terapias Alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnica, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones”*. A lo largo de todos los artículos de ésta resolución se dictan los requerimientos que todo prestador de servicios de salud en Terapias Alternativas deben cumplir: los requisitos en la calidad del servicio, la vinculación de los profesionales en las instituciones o empresas, el uso del consentimiento informado en cualquier tratamiento por parte del médico, el uso de los medicamentos o preparaciones farmacéuticas de acuerdo a las normas exigidas, los requisitos esenciales, la vigilancia y el control por parte de todas entidades autorizadas por el Estado.

*En la Resolución 02927 se trata de dar por primera vez a Colombia la definición de Terapias Alternativas, la prestación de servicios, establecimientos de normas técnicas y administrativas con respecto a las mismas. Ésta resolución es la semilla para la generación y aplicación de una política pública en Colombia. Allí se define qué son las terapias alternativas y cuáles la constituyen; también se acepta que sean formas de prestación de servicios en salud en el sistema general de seguridad social; a partir de allí se establece que todas las personas que ejercen terapias alternativas en el país, deben hacer que el paciente tenga un consentimiento informado (Benítez, 2010).*

En cuanto a Políticas Públicas a nivel nacional, se considera que: *actualmente está vigente la Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud (Diciembre de 2005) del Ministerio de la Protección Social, dentro de la cual ésta lo de la Medicina Alternativa de manera general (Polania, 2010). Dicha política se desarrolla a partir de tres ejes, accesibilidad, calidad y eficiencia, en cada uno de los cuales se definen estrategias, líneas de acción y proyectos o programas a ejecutar en los próximos años. Ésta va dirigida tanto a los prestadores de servicios de salud públicos como a los privados y cubre a la población asegurada y no asegurada del país.*

Hechas las consideraciones anteriores, es necesario tener presente al abordar el tema de legislación y prestación de servicios de salud en MA y TAC, el Decreto Número 1011 de 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 (S.O.G.C.S.). En relación con éste último, es el conjunto de instituciones, normas, requisitos, mecanismos y procesos deliberados y sistemáticos que desarrolla el sector salud para generar, mantener y mejorar la calidad de los servicios de salud en el país. Al mismo tiempo, tendrá los siguientes componentes: El Sistema Único de Habilitación. La Auditoria para el Mejoramiento de la Calidad de la Atención de Salud. El Sistema Único de Acreditación. El Sistema de Información para la Calidad.

Posteriormente, se dicta la Ley 1122 de 2007: Por la cual se hacen algunas modificaciones en el Sistema General de Seguridad Social en Salud, contenido en la Ley 100 y se dictan otras disposiciones. Según se ha señalado, reafirma la calidad en la prestación de los servicios de salud, la habilitación de prestadores de servicios de salud y ordena fomentar la prestación de los servicios de salud en la modalidad de Telemedicina.

En la búsqueda de reglamentación para la prestación de servicios se halló la resolución Número 1043 de 2006 a través 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. Para esta resolución se realizaron posteriormente dos (2) anexos, los cuales nombro a continuación:

Anexo Técnico N°1. Manual Único de Estándares y de Verificación de la Resolución N°1043 de 3 de abril de 2006. Este anexo tiene por objeto establecer 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.

En cuanto al Recurso Humano, el personal asistencial que presta directamente los servicios de salud a los usuarios debe cumplir con los requisitos exigidos por el Estado para ejercer la profesión u oficio. En nuestro caso, medicina alternativa y Terapias Alternativas (modificado por la Resolución 2680 de 2007) debe ofrecer servicios con profesionales de la salud en el ámbito de su disciplina, para lo cual deberán acreditar la respectiva certificación académica de esa norma de competencia, expedida por una institución de educación superior legalmente reconocida por el Estado, según lo establecido en la Resolución 2927 de 1998 y las demás normas que la adicionen, modifiquen o sustituyan. Fisioterapeuta con especialización en terapia manual, solamente para la realización de terapia manual. Si se realiza terapia neural deberá tener curso de soporte vital básico. Modo de verificación: En caso de que el entrenamiento no sea formal, la certificación del entrenamiento deberá ser para cada disciplina individualmente.

En cuanto a la dotación y mantenimiento, los profesionales de la salud con enfoque en medicina alternativa y terapias alternativas en terapia neural deben contar con jeringas y agujas desechables para terapia neural, anestésico local sin vasoconstrictor, contenedor especial para desechar las agujas, equipo básico de urgencias para control de reacciones anafilácticas: con los medicamentos, soluciones, elementos médicos, que garantice el manejo de una reacción

anafiláctica. Para acupuntura es necesario que cuenten con agujas para acupuntura<sup>1</sup>, contenedor especial para desechar las agujas y electroacupuntor opcional o Moxas si ofrece este procedimiento. Para Terapias vibratoriales o energéticas debe contar con algunos de los siguientes elementos: Imanes, filtros de sustancias biológicas, bioquímicas o farmacológicas y láser blando multifrecuencial. Para cromoterapia, debe contar con acrílicos de color, formas y figuras de color, equipos de cromoterapia, poliedros, cristales de cuarzo, gemas, fibra óptica y elementos para terapia con sonido, aparatos de electromedicación y su set de medicamentos. Por último, para Homeopatía, Naturopatía, Ayurveda, Herbología, debe contar con esencias florales.

Además se indica que los profesionales de la salud que ofrezcan o presten servicios de homeopatía, podrán suministrar a sus pacientes, los medicamentos homeopáticos (producto terminado) específicos que requieran para tratamiento inicial o inmediato durante la consulta.

Luego, con el Anexo Técnico N°2. Manual Único de Procedimiento de Habilitación de la Resolución N° 1043 de 3 de Abril de 2006 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, fue modificado posteriormente por

Por otro lado se encontró la Resolución Número 2680 de 2007: Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones, con sus dos (2) anexos técnicos. Esta se vio modificada posteriormente por el Anexo Técnico N°1. Manual Único de Estándares y de Verificación de la Resolución N° 2680 de 3 de Agosto de 2007. Este anexo indica que si se ofrecen

---

<sup>1</sup> Estas deben cumplir los parámetros de calidad establecidos para este tipo de productos, ser desechables o de uso exclusivo para cada paciente.

servicios de terapias alternativas se deberá contar con: Médicos titulados en universidades reconocidas por el Estado de acuerdo con la Ley 14 de 1962, con formación específica en la o las terapias alternativas que practique, y que acrediten el registro profesional vigente. Los demás profesionales de la salud que sean responsables de la atención directa de las personas podrán utilizar procedimientos de las terapias alternativas en el ámbito exclusivo de su profesión, para lo cual deben contar con el registro profesional vigente y la formación específica.

Por su parte la Resolución Número 3763 de 2007: la cual modifica parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones. Algunas de esas modificaciones son ajustes a estándares de habilitación de servicios de salud y condiciones de habilitación para instituciones que prestan servicios de salud bajo la modalidad de Telemedicina, entre otros más. En relación con aspectos concernientes con MA y TAC no se encontraron.

En el Artículo 26°, la Ley 1164 de 2007 declara que los profesionales de la salud tienen la responsabilidad permanente de la autorregulación, entendida como el conjunto concertado de acciones necesarias para tomar a su cargo la tarea de regular la conducta y actividades profesionales derivadas de su ejercicio, la cual deben tener en cuenta los criterios enunciados en dicho artículo.

Por su parte, el Acuerdo 08 de 2009 publicado por la Comisión de Regulación en Salud (CRES), en el cual se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivo y Subsidiado del S.G.S.S.S., en su Artículo 16°, define *“que las EPS podrán incluir la utilización de Medicinas Alternativas en su red de servicios por parte de los prestadores que la conforman, siempre y cuando estas se encuentren autorizadas y reglamentadas debidamente para su ejercicio, de acuerdo con lo establecido en la normatividad vigente sobre la materia”*.

Para éste artículo se realizaron posteriormente dos (2) anexos, en el Anexo 1: listado de medicamentos POS y en el Anexo 2: listado de procedimientos con codificación CUPS (Clasificación Única de Procedimientos en Salud). Con respecto al anexo 2, se encuentran códigos CUPS para los siguientes procedimientos en Terapias Alternativas: Consulta de primera vez por Terapias Alternativas (890214), Acupuntura y Terapia Neural SOD (999100) y Terapia de Filtros SOD (999200); éstos dos últimos considerados nivel de complejidad 2.

El acuerdo 003 de 2009 del listado general de procedimientos ajustado al código (CUPS), le da a la Terapia Neural y a la Terapia con filtros éste código, el cual incluye un precio para los diferentes procedimientos reconocidos (como ya lo tenía la Acupuntura). Sin embargo este código no contempló el medicamento homeopático (Benítez, 2010).

### **Regulación de medicamentos, plantas y otros productos:**

En cuanto a la regulación de medicamentos, plantas y otros productos se encontraron los siguientes lineamientos, los cuales abordan parámetros necesarios para asegurar un manejo correcto y seguro en los diferentes productos o recursos utilizados en los diversos tratamientos en MA y TAC. A continuación:

Decreto Número 3554 de 2004 por el cual se regula el régimen de registro sanitario, vigilancia y control sanitario de los medicamentos homeopáticos para uso humano y se dictan otras disposiciones. Las disposiciones contenidas en éste decreto tienen por objeto y ámbito de aplicación: *“regular el régimen de registro sanitario, fabricación, producción, envase, empaque, control de calidad, importación, exportación, comercialización, publicidad, uso, distribución, buenas prácticas de manufactura, vigilancia y control sanitario de los medicamentos homeopáticos para uso humano. Son de orden público y de obligatorio cumplimiento para los titulares de registro sanitario, fabricantes, importadores,*

*exportadores, comercializadores y en general para todas las personas naturales o jurídicas que realicen actividades relacionadas con el objeto de esta norma”.*

El Decreto 3554 de 2004 es el primer decreto de medicamentos homeopáticos que permitió su distribución legal en el país (trabajo que se inició desde la resolución 02927 de 1998). En éste decreto se evidencian algunas irregularidades en la medida en que aquí se incluyen medicamentos que no son de naturaleza homeopática (Benítez, 2010).

El Decreto N° 1737 de 2005, reglamenta: la preparación, distribución, dispensación, comercialización, etiquetado, rotulado y empaque de los medicamentos homeopáticos magistrales y oficinalis y se dictan otras disposiciones. Posteriormente el Decreto N° 1861 de 2006, modifica y adiciona el Decreto 3554 de 2004 a lo largo de su contenido, con respecto a los medicamentos homeopáticos.

Decreto N° 4664 de 2006: Por el cual se modifica el Decreto 1737 de 2005 y se dictan otras disposiciones. Con respecto a los medicamentos homeopáticos estableció las condiciones para su preparación y provisión regulada por el INVIMA.

En el Artículo 1° de éste decreto los médicos responsables de la prestación de servicios habilitados en medicina alternativa y terapias complementarias de conformidad con el Sistema Obligatorio de Garantía de la Calidad de la Atención en Salud, podrán elaborar y dispensar en sus consultorios y exclusivamente a sus pacientes, los medicamentos homeopáticos magistrales o medicamentos homeopáticos oficina les, que requiera el tratamiento prescrito.

Artículo 2°: Para elaborar y dispensar medicamentos homeopáticos magistrales o medicamentos homeopáticos oficinales no esteriles en el consultorio, se debe cumplir con otros requerimientos exigidos además de los ya señalados por el

Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención en Salud para la habilitación del servicio.

En el Artículo 3°, se refieren a la apertura o traslado de farmacias homeopáticas (nivel I y II) en todo el territorio nacional, deberá existir entre la farmacia, homeopática solicitante y el establecimiento farmacéutico minorista o la farmacia homeopática más cercana una distancia mínima comprendida por la circunferencia definida en un radio de diez (10) metros lineales por todos sus lados. En el artículo 4°, sobre vigilancia y control sobre los servicios de medicina alternativa y terapias complementarias, autorizados para la elaboración de preparaciones de medicamentos homeopáticos magistrales o medicamentos homeopáticos oficiales corresponde a las entidades territoriales de salud.

Con respecto a los medicamentos en los consultorios, el Decreto 4664 de 2006 permite que los pacientes o usuarios puedan comprar los medicamentos en el consultorio de los profesionales. Para esto es necesario contar con un espacio específico, ponerle etiquetas acorde a lo exigido para una farmacia tipo 2, indicar que el medicamento solo tiene 28 días de vida útil. Por otro lado, se le permite al profesional tener una vitrina con medicamentos que cumplan con las normas del fabricante, con registro INVIMA (Benítez, 2010).

Por su parte, la Academia Nacional de Medicina señala que el Sistema General de Seguridad Social solamente ofrecerá a la población servicios de medicina basada en la evidencia tanto en el campo diagnóstico como terapéutico, fundamentados en el Método Científico, (observación, planteamiento de hipótesis y comprobación o negación de ellas).

Por último se encontraron, por un lado en 2004 El Proyecto de Acuerdo Municipal de una Política Pública Municipal de Medicina Alternativa y Complementaria de Cali y por otro, en 2008 el diseño de un programa para la incorporación de la Medicina Alternativa en la red adscrita de la SDS. (ver anexos 8 y 9

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

A lo largo del trabajo se observó que no existe formulación e implementación de políticas públicas en el sector salud que integren a las Medicinas Alternativas y Terapias Alternativas y Complementarias al interior de las Políticas Nacionales ya existentes a nivel de formación, ejercicio y prestación de servicios de salud entre 1999 y 2009 en Colombia.

De acuerdo a los hallazgos examinados, no se encontraron Políticas Públicas en el área de formación, ejercicio y prestación de servicios en Medicina Alternativa y Complementaria en ninguna de sus etapas. Las reglamentaciones identificadas no cumplen criterios de una Política Pública, teniendo en cuenta que los intentos se han orientado más hacia los arreglos de forma que de fondo (regulación del ejercicio indebido de la MA y TAC). Se considera que la normatividad vigente son actos legislativos con implementaciones aisladas y puntuales, es decir, ejecuciones que surgen de acuerdo a las necesidades emergentes, que se van presentando sin la concertación de los diferentes actores sociopolíticos (primer paso para la formulación de una política pública según Roth).

Para lograr el reconocimiento e incorporación oficial de las MA y TAC, es preciso por parte de los actores sociopolíticos respectivos visualizar la necesidad ante el Estado, pues de lo contrario, el Estado no puede hacer reestructuraciones de fondo en las Políticas Nacionales ya existentes en Colombia. Si hasta el momento no se ha dado ésta concertación, posiblemente se deba a que a los actores profesionales y no profesionales MA y TAC no les interesa adherirse al sistema de salud oficial, es decir, priman los intereses particulares sobre los generales.

Desde comienzos del siglo XIX se evidencia, la regulación del primer sistema médico no convencional aceptado, la Homeopatía, inició al mismo tiempo que el

sistema médico oficial alopático. Sin embargo durante la implementación se observó que el ejercicio de la medicina científica o moderna se desarrollo en una forma constante y coherente con las necesidades del sistema, mientras que la homeopatía avanza con inestabilidad reglamentaria demostrando la limitación de claridad y de aceptación que existía sobre el reconocimiento y legitimidad que se le debía conceder a éste sistema médico.

En el análisis del eje de las políticas relacionadas con la formación en MA y TAC en el país, se encuentra ausencia de Políticas Públicas específicas orientadas en la Formación en MA y TAC, en el marco de la Política Nacional en Educación. Se plantea la inquietud relacionada con respecto a la correlación de las propuestas curriculares actualmente existentes y reconocidas por el Ministerio de Salud de Colombia, con las necesidades del sector salud en MA y TAC. Así mismo, si los Perfiles ocupacionales ofrecidos pueden cumplir con los requerimientos exigidos por los lineamientos legales al momento de ejercer profesionalmente la MA y TAC. Por este motivo es imperiosa la existencia de una reglamentación que permita regular y vigilar los programas ya ofertados o todos los nuevos que serán creados, con el fin de formar profesionales que reúnan los requisitos para el ejercicio y con la claridad en la aplicación de las mismas desde su campo de acción.

Respecto a los programas académicos formales de posgrado aprobados por el Ministerio de Educación Nacional y ofrecido en Colombia para la formación en MA y TAC se presenta a continuación un análisis de las características encontradas de acuerdo con las categorías de duración, modalidad, título, población admitida, créditos y contenidos:

Dos de los programas tienen una duración de 2 años, la modalidad semi presencial escolarizada es compartida por los tres programas. Sólo uno de ellos otorga el título de Magister en Medicina Alternativa con área específica, los otros dos otorgan el título de Especialista en Terapéutica o Terapias Alternativas. Dos de los programas están dirigidos a médicos titulados, mientras que el otro

programa está dirigido a todos los profesionales de la salud. A su vez, sólo dos programas consideran el número de créditos, aunque entre ellos mismos, se observa una diferencia significativa de los créditos aprobados.

En cuanto al contenido de los programas, uno de ellos ofrece un estudio específico en una de las cuatro áreas a escoger (Homeopatía, Medicina Tradicional China (MTCh) y Acupuntura, Terapia Neural y Osteopatía). Sin embargo, dos de sus áreas: Terapia neural y Osteopatía, son considerados Terapéuticas Alternativas. Otro de ellos, ofrece una mirada general a varios de los enfoques considerados no convencionales, combinando diferentes concepciones filosóficas que ocasionan confusión al profesional en el momento de comprender cada una de ellas, por ejemplo: en el módulo de Acupuntura y otros procedimientos, se ubica la Terapia Neural como si fuera una Terapéutica dependiente de la Acupuntura; sin embargo de acuerdo a las categorías teóricas revisadas(3) se considera que la Terapia Neural es una Terapéutica independiente que no se encuentra dentro del Sistema Médico Complejo de la Medicina Tradicional China. Lo anterior refleja el desconocimiento de las definiciones aceptadas internacionalmente, por ejemplo: la Homeopatía, la Medicina Tradicional China, la Naturopatía y la Medicina Ayurveda son consideradas Medicinas Alternativas y no Terapéuticas Alternativas como pretenden enseñarlas.

El tercer programa ofrece un estudio más específico en Medicina Tradicional China y Acupuntura y en menor grado se refiere a otras terapias como: auriculomedicina, terapia de filtros, terapia con láser y bioenergética, sin embargo, las incluyen dentro de los métodos terapéuticos del estudio predominante. Se considera como el caso anterior, combinan diferentes saberes o conceptos filosóficos que conducen a confusión en los profesionales, y aunque el título se refiere a terapias alternativas, pareciera que es principalmente una de ellas y lo que es más llamativo es que la Medicina Tradicional China es considerada como una terapia.

Ahora bien, éste programa va dirigido a todos los profesionales de la salud y aunque en su objetivo principal se refiere que éstos profesionales podrán ejercer su campo de acción en el ámbito disciplinar (MTCh) desde una perspectiva holística, surge la inquietud de cómo cada profesional ejercerá las Terapias Alternativas desde su campo de acción, si todos reciben la misma temática y más aún cuando la Ley de Talento Humano en Salud vigente considera que sólo el médico es quien debe integrar los diferentes sistemas médicos, como alternativas terapéuticas y complementarias que satisfagan la expectativa del paciente y así ejercer una medicina en forma integral. El médico debe saber cuál de todos los sistemas médicos es el más adecuado para solucionarle a su paciente las dificultades que presenta en un momento dado, dependiendo de la etapa de la vida en que se encuentre (SENA, 2008).

En cuanto al Perfil Ocupacional que se plantea en cada uno de los programas en formación en MA y TAC, se observa el interés común en preparar profesionales de medicina o en otras áreas de la salud con idoneidad y habilidad al ejercer ya sea la medicina desde otras racionalidades médicas con la capacidad de integrarlas y discernir el momento de acción de cada una de ellas según lo necesite el paciente; o al ejercer las otras profesiones en salud desde la aplicación de los diversos procedimientos existentes en terapéuticas alternativas para complementar los convencionales. A su vez, los tres programas manifiestan que sus egresados podrán intervenir en programas de promoción, prevención e investigación con el conocimiento de las terapéuticas alternativas desde su ejercicio profesional.

En el análisis de las políticas relacionadas con el ejercicio a nivel de MA y TAC, no se halló la existencia de una Política Nacional en Salud que incluya la regulación, control y ejercicio de los profesionales de la salud en el país. Sin embargo, en la Ley marco sobre el Talento Humano en Salud, se reflexiona sobre el ejercicio de todas las profesiones u ocupaciones en salud, se busca la idoneidad de todo el recurso humano en todas las áreas, se propone disminuir o acabar con la

ilegalidad en el ejercicio que existe en el sector, al mismo tiempo, se intenta articular los diferentes actores involucrados con el sector salud.

Si bien, en ésta Ley se incluye a la MA y TAC a lo largo de su contenido, permitiendo su participación y reconocimiento legal, es necesario, que se evalúe a fondo y con más claridad algunos tópicos como definición de las disciplinas y las competencias para cada profesional de la salud, ejemplo: cuáles saberes alternativos son medicinas, terapéuticas y terapias, pues menciona las terapias manuales y los ejercicios terapéuticos, pero no dice cuáles y eso puede llevar a un ejercicio irregular.

El tercer eje analizado se relaciona con políticas públicas en prestación de servicios en MA y TAC. Se cuenta con un valioso respaldo jurídico en ésta área, razón por la cual, es substancial ser cuidadosos en no proponer un sistema de reglamentación paralelo que continúe disgregando y fraccionando el concepto de medicina, al mismo tiempo que lo enfrenta, ya que se trata de incorporar e incluir la prestación de MA y TAC dentro de la Política Nacional de Prestación de Servicios ya existente. Teniendo en cuenta que el recurso humano que contempla el ejercicio de estas alternativas está en la obligación de cumplir con todos los requisitos exigidos por el Estado para la prestación de servicios de salud. Se considera que los requisitos de habilitación serán específicos del área que se encuentre ejerciendo el profesional dentro del contexto obligatorio de garantía de calidad en salud.

Se identificaron diversos actores sociopolíticos relacionados con la MA y TAC, entre ellos: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, Instituciones Educativas formales y no formales, Empresas Promotoras de Salud, usuarios, proveedores, investigadores, talento humano en salud, academias, asociaciones, organizaciones, entes gubernamentales (INVIMA) de vigilancia y control de medicamentos y productos de fitoterapia. Todos, deben ser convocados para lograr una concertación y de éste modo formular e implementar las políticas

públicas en MA y TAC. Además, se observó la participación activa de algunos actores como: el SENA en Bogotá, AMIBIO (Asociación de Médicos Investigadores Bioenergéticos) en Medellín y AMIT (Asociación de Médicos Investigadores en Terapéuticas Alternativas) en Bogotá, los cuales han reunido a un número considerable de actores sociopolíticos a través de actividades como la elaboración de un documento “La Caracterización Ocupacional en MA y TAC” (SENA sede Bogotá), el Primer Encuentro Nacional de MA “Culturas al Servicios de la Salud” Cali, realizados en 2006. Sin embargo queda la pregunta, dónde están los otros actores identificados?

En definitiva, a partir de éste estudio se puede concluir:

- Existen numerosos vacíos de información y retos que incluyen la falta de reconocimiento de la MT/MAC, y que fomentan el enfrentamiento de los dos sistemas médicos olvidando que el eje fundamental debe ser la prestación de servicios de salud acordes con las necesidades de la comunidad.
- Se ha hecho un intento por reglamentar el ejercicio y la prestación de servicios en MA y TAC a través de diversos actos legislativos (leyes, decretos, acuerdos), pero existe falencias en la normatividad, vigilancia y control en la formación, ejercicio y la prestación de servicios del talento humano en salud en MA y TAC. Sin embargo ésta legislación formulada, carece de implementación y evaluación.
- El proceso no ha surgido desde abajo, es decir, por la concertación de los diversos actores sociopolíticos, por el contrario, ha surgido desde arriba debido a la necesidad emergente de regular el ejercicio, la prestación de servicios de salud y en menor grado en formación; pero no con interés de ir más allá de lo particular.
- En Colombia, ya se han formulado e implementado Políticas Nacionales en Educación, en Salud y en Prestación de servicios, lo que se busca es la construcción de un modelo y sistema de salud incluyente de las Medicinas

Alternativas y Terapias Alternativas y Complementarias dentro de las políticas públicas ya existentes.

- Para que la MA y TAC se reconozca e incorpore dentro de la Política Nacional de Salud vigente, necesariamente los diferentes actores sociopolíticos involucrados en éstas mismas deben adherirse al Sistema de Salud implementado en Colombia.
- Se hace necesario formular, modificar o implementar según sea el caso, normas en formación, en competencia laboral obligatoria para cada perfil ocupacional y en requisitos de habilitación específicos del área que se encuentre ejerciendo el profesional de MA y TAC, provenientes del Consejo Nacional de Talento Humano en Salud e incluidas dentro de la normatividad del S.G.S.S.S. y las ya existentes. De ésta forma, se podrá disminuir o evitar interpretaciones erróneas de las políticas.
- Se identificaron diversos actores sociopolíticos en MA y TAC, los cuales deben ser convocados para lograr una concertación que permita la formulación e implementación de las MA y TAC en la Política Nacional de Salud. Se evidencia la participación permanente de algunos pocos actores, sin embargo, es necesario saber dónde y por qué razón están ausentes los otros actores.
- La medicina alternativa tiene como centro al individuo y su contexto y la forma en la que se logra un ejercicio acorde con esta perspectiva es teniendo una política donde los actores trabajen armónicamente y un Estado que haga cumplir los derechos de la población colombiana, ejemplo el artículo 7° de la Constitución de 1991: reconocer y proteger la diversidad étnica y cultural de la Nación.
- A nivel internacional se han dado lineamientos que incorporan la MA y TAC a la atención en primer nivel de salud, sin embargo, en Colombia este proceso presenta múltiples dificultades teniendo en cuenta la ausencia de políticas públicas incorporadas en las políticas nacionales, porque la implementación depende del gobierno de turno y esto debería corresponder a una política de Estado. De lo contrario se presentará discontinuidad, ya sea por parte del representante del gobierno o por la afinidad con otros sistemas médicos.

Ejemplos de ello, el caso de Cali: el proyecto Acuerdo Municipal (Cuerpo-Mente-Espíritu en el Sistema de Salud Municipal de Cali) proceso que fue entorpecido por la administración municipal y actualmente archivado en la Secretaria de Salud por razones de intereses políticos. Y el caso de Bogotá: un Programa de MA y TAC dirigido por la Secretaria Distrital de Bogotá con la aplicación de la prueba piloto en 5 hospitales del Estado, proceso que actualmente tiene éxito y con el interés de ser la base para la formulación e implementación de la política pública municipal de la capital del país.

## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

### Bibliografía de Referencia

1. Quevedo, Emilio & Duque, Camilo.(2002). *La Cátedra de Medicina 1653 - 1865*. Cuadernos de Historia del Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario. Bogotá D.C., Universidad del Rosario.
2. Ministerio de la Protección Social – Servicio Nacional de Aprendizaje (SENA). (2006). *Caracterización ocupacional: Medicina Alternativa y Terapias Complementarias*. Bogotá D.C., Colombia,17.
3. Madel Therezinha, Luz. (1997). *Natural, racional, social: razón médica y racionalidad científica moderna*. Traductora Viviana Martinovich. Buenos Aires: Editorial,143.
4. Payán, J. C. (2000). *Lánzate al Vacío, se extenderán tus alas*. Series - Diálogos sobre Sociedad, Salud y Libertad. Bogotá D.C.: Editorial Mc Graw-Hill, 26.
5. Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Sistemas de salud tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base*, División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Washington D.C.
6. Organización Mundial de la Salud. (2002). *Estrategias de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005*. Ginebra, Suiza.
7. Organización Mundial de la Salud. (2008). *Primer Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional*. Beijing, China.
8. NCCAM. *Expanding Horizons of Healthcare. Strategic Plan 2005-2009 US Department of Health an Human Services*. National Institutes of Health. September 2000. Web.site: [www. nccam.nih.gov](http://www.nccam.nih.gov)
9. Departamento Nacional de Planeación. (1998). *Análisis de las encuestas de calidad de vida para evaluar el impacto del nuevo Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia: 1993-1997*. Bogotá D.C.
10. Ministerio de la Protección Social. República de Colombia. Bogotá D.C. En: <http://www.minprotecciónsocial.gov.co>

11. Roth, André-Noél. (2002). Políticas públicas: formulación, implementación y evaluación. Bogotá, Colombia: Editorial Aurora.
12. Grupo de Investigación en Gestión y Políticas en Salud. (2008). Políticas Públicas en Salud: aproximación a un análisis. Facultad Nacional de Salud Pública "Héctor Abad Gómez". Universidad de Antioquia: Primera Edición, 3.
13. República de Colombia. (2005). Constitución Política de Colombia de 1991, 8.
14. El Congreso de la República de Colombia. (1993). Sistema de Seguridad Social Integral. Ley 100 del 23 de Diciembre de 1993.
15. Valencia G.D., Álvarez Y.A. (2008). La Ciencia Política y las Políticas Públicas: notas para una reconstrucción histórica de su relación. Estudios Políticos ISSN 0121-5167 N°33. Medellín, 93-121.
16. Meny, Yves y Thoening, Jean-Claude. (1992). Las Políticas Públicas. Barcelona: Ariel, S.A., 90.
17. Muller, P. Las Políticas públicas. (2000). Universidad Externado de Colombia. Bogotá D.C. Primera Edición.
18. Majone, G. (1997). Evidencia, Argumentación y Persuasión en la Formulación de Políticas. FCE, México.
19. Martín, J. (1998). *"De los Medios a las mediciones. Comunicación, cultura y hegemonía"*. Convenio Andrés Bello. Santafé de Bogotá (5° edición).
20. Zemelman, H. (2004). *"En torno de la potenciación del sujeto como constructor de historia"* en LAVERDE, M. C., DAZA, G., y ZULETA M., Debates sobre el sujeto. Perspectivas contemporáneas, Bogotá. Universidad Central, DIUC, Siglo del Hombre Editores.
21. Uribe, J. (2004). Panorama General de la Seguridad Social en Salud en Colombia. Universidad el Bosque. Escuela Colombiana de Medicina. Colección Educación Médica, volumen 36. Primera Edición. Bogotá, D.C., Colombia.
22. Organización Mundial de la Salud. (1978). Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Salud para Todos. Alma-Ata, URSS.

23. Análisis de la estrategia “Salud para todos en el año 2000”. (1989). Declaración de la Organización Mundial de la Salud. Mimeografiado Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. Medellín.
24. Organización Mundial de la Salud. En: <http://www.who.int/es/>
25. Corte Constitucional de Colombia. (2007). Ley 1164 de Talento Humano en Salud. Bogotá, D.C.
26. Organización Mundial de la Salud. (2000). Situación Reglamentaria de los Medicamentos. Una Reseña Mundial.
27. Berrones Hernández, Jethro. “Altruismo, científicidad y profesión: la Homeopatía en el México Decimonónico. Su discurso y su institucionalización. Seminario de Estudiantes de Posgrado en Filosofía de la Ciencia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Mayo de 2009
28. <http://www.mtecbo.gov.br/a>
29. <http://www.medicinauc.cl/>
30. Benítez LF. Uso de terapias alternativas en el período comprendido entre enero de 2004 y enero de 2005. Asociación Médica Homeopática de Colombia. Bogotá. Julio de 2005.
31. Cardoso, C. F. 1985. 'Etapas y procedimientos del método histórico' *Introducción al trabajo de la investigación histórica: conocimiento, método e historia*, Barcelona: Editorial Critica.
32. Universidad Nacional de Colombia - Facultad de Ciencias Humanas – Departamento de Historia. (1995:22). ANUARIO COLOMBIANO de HISTORIA SOCIAL y de la CULTURA. Santafé de Bogotá, Colombia, 59.
33. Martillett A. (2009). Una Mirada Histórica a la Enseñanza de la Homeopatía como Profesión Médica durante la Segunda Mitad del Siglo XX en la Ciudad de Bogotá. Tesis de Maestría en Medicina Alternativa Área de Homeopatía. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D.C.

## **Fuentes primarias**

1. Congreso de la República de Colombia. Ley número 014 de 1962 (Abril 28). Ministerio de la Protección Social.
2. Ministro de Salud. Resolución Número 5078 de 1992 (Junio 30). Ministerio de Salud de Colombia.
3. Ministro de Salud. Resolución Número 2927 de 1998 (Julio 27). Ministerio de Salud de Colombia.
4. Senado de la República de Colombia. Proyecto de Ley 106 de 2004.
5. Congreso de la República de Colombia. Ley 1164 de 2007 (Octubre 3). Ministerio de la Protección Social.
6. El Presidente de la República. Decreto Número 860 de 2008 (Marzo 27). Ministerio de la Protección Social.
7. El Presidente de la República. Decreto Número 1730 de 2008 (Mayo 21). Ministerio de la Protección Social.
8. El Presidente de la República. Decreto Número 2006 de 2008 (Junio 6). Ministerio de la Protección Social.
9. El Presidente de la República. Decreto Número 4671 de 2008 (Diciembre 11). Ministerio de la Protección Social.
10. El Presidente de la República. Decreto Número 4810 de 2009 (Diciembre 9). Ministerio de la Protección Social.
11. Ministerio de la Protección Social. (2005). La Política Nacional de Prestación de Servicios de Salud. Bogotá D.C. - Colombia.
12. El Ministro de la Protección Social. Resolución Número 1043 de 2006 (Abril 3). Ministerio de la Protección Social.
13. El Ministro de la Protección Social. Anexo Técnico N°1. Manual Único de Estándares y de Verificación de la Resolución N°1043 de 3 de abril de 2006. Ministerio de la Protección Social.
14. El Ministro de la Protección Social. Anexo Técnico N°2. Manual Único de Procedimiento de Habilitación de la Resolución N° 1043 de 3 de Abril de 2006. Ministerio de la Protección Social.
15. El Presidente de la República. Decreto Número 1011 de 2006 (Abril 3). Ministerio de la Protección Social

16. El Ministro de la Protección Social. Resolución Número 001446 de 2006 (Mayo 8). Ministerio de la Protección Social.
17. El Ministro de la Protección Social. Resolución Número 2680 de 2007 (Agosto 3). Ministerio de la Protección Social.
18. El Ministro de la Protección Social. Anexo Técnico N°1. Manual Único de Estándares y de Verificación de la Resolución N° 2680 de 3 de Agosto de 2007. Ministerio de la Protección Social.
19. El Ministro de la Protección Social. Anexo Técnico N°2. Manual Único de Procedimientos de Habilitación de la Resolución N° 2680 de 3 de Agosto de 2007. Ministerio de la Protección Social.
20. El Congreso de la República de Colombia. Ley Número 1122 de 2007 (Enero 9). Ministerio de la Protección Social.
21. El Ministro de la Protección Social. Resolución Número 3763 de 2007 (Octubre 18). Ministerio de la Protección Social.
22. El Presidente de la República. Decreto Número 3554 de 2004 (Octubre 28). Ministerio de la Protección Social.
23. El Presidente de la República. Decreto N° 1737 de 2005 (Mayo 27). Ministerio de la Protección Social.
24. El Presidente de la República. Decreto N° 1861 de 2006 (Junio 9). Ministerio de la Protección Social.
25. El Presidente de la República. Decreto N° 4664 de 2006 (Diciembre 27). Ministerio de la Protección Social.
26. Comisión de Regulación en Salud. Acuerdo 08 de 2009 (Diciembre 31). Ministerio de la Protección Social.
27. Benítez, G.D. (2010). Entrevista Personal. Bogotá: 9 de febrero de 2010.
28. Casas A. (2010). Entrevista Personal. Bogotá: 26 de febrero de 2010.
29. Polania, J. de D. (2010). Entrevista Personal. Bogotá: 1 de marzo de 2010.
30. Academia Nacional de Medicina. Posición Oficial sobre el Ejercicio de la Medicina y Reglamentación de las Terapias Alternativas y Complementarias. Bogotá D. C: 16 de abril de 2010.

31. Ministerio de Educación de Colombia. Carta sobre Programas de Posgrados en Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementarias. Bogotá D.C: 30 de marzo de 2010.
32. Ministerio de la Protección Social de Colombia. Bogotá D.C. [www.minproteccionsocial.gov.co](http://www.minproteccionsocial.gov.co)
33. Secretaria Distrital de Salud de Bogotá D.C. [www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)
34. Ministerio de Educación Nacional República de Colombia. Bogotá D.C. [www.mineducación.gov.co](http://www.mineducación.gov.co)

### **Fuentes secundarias**

1. Universidad Nacional de Colombia. Posgrados en Ciencias de la Salud. Maestría en Medicina Alternativa. [www.unal.edu.co](http://www.unal.edu.co)
2. Fundación Universitaria Juan N. Corpas. Posgrados en Ciencias de la Salud. Especialidad en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal. [www.juanncorpas.edu.co](http://www.juanncorpas.edu.co)
3. Universidad Manuela Beltrán. Posgrados en Ciencias de la Salud. Especialidad en Terapias Alternativas. [www.umb.edu.co](http://www.umb.edu.co)
4. Solarte, C. H. (2004). Proyecto de Acuerdo Municipal. Política Pública Municipal de Medicina Alternativa y Complementaria de Cali. “Cuerpo, Mente y Espíritu al Sistema de Salud de Cali”. Cali – Colombia.
5. Casas, A. (2008). Servicios en Medicina Alternativa por la Secretaria Distrital de Salud (SDS) de Bogotá D.C. Proyecto Piloto en las ESE de Bogotá D.C.
6. LERMA, D.(1999). Metodología de la Investigación: propuesta, anteproyecto y proyecto. Pereira. U. Tecnológica de Pereira.

## Anexo 1

**Tabla 1.** Localización de Acervos Documentales

### **Antecedentes en Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia antes de 1999**

<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>LOCALIZACIÓN</b>
Ley N° 14 de 1962	“Se dictan normas relativas al ejercicio de la medicina y cirugía”	Diario Oficial N° 30.785, del 5 de mayo de 1962
Resolución N° 5078 de 1992	“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”	Ministerio de Salud
Resolución N° 2927 de 1998	“Se reglamenta la práctica de las terapias alternativas en la prestación de servicios de salud, se establecen normas técnicas, científicas y administrativas y se dictan otras disposiciones”	Diario Oficial N° 43.358, del 10 de Agosto de 1998

### Formación en Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementarias

<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>LOCALIZACIÓN</b>
Ley N° 1164 de 2007	“Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”	Diario Oficial No. 46.771 de 4 de octubre de 2007

### Ejercicio en Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementarias

<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>LOCALIZACIÓN</b>
Ley N° 1164 de 2007	“Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud”	Diario Oficial No. 46.771 de 4 de octubre de 2007
Decreto N° 860 de 2008	“Por medio del cual se dictan medidas transitorias para la autorización del ejercicio del Talento Humano en Salud”	Diario Oficial año CXLIII. N° 46.942, Marzo 27 de 2008
Decreto N° 1730 de 2008	“Por medio del cual se reglamentan los mecanismos de escogencia de los representantes al Consejo Nacional del Talento Humano en Salud”	Diario Oficial año CXLIII. N° 46.996, Mayo 21 de 2008
Decreto N° 2006 de 2008	“Por el cual se crea la Comisión Intersectorial para el Talento Humano en Salud”	Diario Oficial año CXLIV. N° 47012, Junio 6 de 2008
Decreto N° 4671 de 2008	“Por medio del cual se amplían los	Diario Oficial N°

	plazos señalados en el decreto 860 de 2008”	47200, Diciembre 11 de 2008
Decreto N° 4810 de 2009	“Por medio del cual se amplían el plazo señalado en el decreto 860 de 2008, modificado por el Decreto 4671 de 2008”	Diario Oficial N° 47558, Diciembre 9 de 2009

### **Prestación de Servicios en Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementarias**

<b>DOCUMENTO</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>LOCALIZACIÓN</b>
Resolución N° 1043 de 2006	“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 N° 46.271, Mayo 17 de 2006
Anexo Técnico N°1. Manual Único de Estándares y de Verificación de la Resolución N° 1043 de 2006	“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 N° 46.271, Mayo 17 de 2006
Anexo Técnico N°2. Manual Único de	“Se establecen las condiciones que deben cumplir los Prestadores de	Diario Oficial N° 46.271, Mayo 17 de

Procedimiento de Habilitación de la Resolución N° 1043 de 2006	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”	2006
Resolución N° 2680 de 2007	“Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones”	Diario Oficial N° 46717 de Agosto 11 de 2007
Anexo Técnico N°1. Manual Único de Estándares y de Verificación de la Resolución N° 2680 de 2007.	“Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones”	Diario Oficial N° 46717 de Agosto 11 de 2007
Anexo Técnico N°2. Manual Único de Procedimientos de Habilitación de la Resolución N° 2680 de 2007	“Por la cual se modifica parcialmente la Resolución 1043 de 2006 y se dictan otras disposiciones”.	Diario Oficial N° 46717 de Agosto 11 de 2007
Resolución N° 3763 de 2007	“Se modifican parcialmente las Resoluciones 1043 y 1448 de 2006 y la Resolución 2680 de 2007 y se dictan otras disposiciones”	Diario Oficial N° 46.791 de Octubre 24 de 2007
Decreto Número 3554 de 2004	“Se regula el régimen de registro sanitario, vigilancia y control sanitario de los medicamentos homeopáticos para uso humano y se dictan otras disposiciones”	Diario Oficial N° 45.716 de Octubre 29 de 2004
Decreto N° 1737 de 2005	“Se reglamenta la preparación, distribución, dispensación,	Diario Oficial N° 45.925 de Mayo 31 de

	comercialización, etiquetado, rotulado y empaque de los medicamentos homeopáticos magistrales y oficinales y se dictan otras disposiciones”	2005
Decreto N° 1861 de 2006	“Se modifica y adiciona el Decreto 3554 de 2004 y se dictan otras disposiciones”	Diario Oficial N° 46.294 Junio 9 de 2006
Decreto N° 4664 de 2006	Por el cual se modifica el Decreto 1737 de 2005 y se dictan otras disposiciones.	Diario Oficial N° 46.494 Diciembre 27 de 2006
Acuerdo 08 de 2009	“Se aclaran y actualizan integralmente los Planes Obligatorios de Salud de los Regímenes Contributivos y Subsidiado”	Diario Oficial N° 47.579 de Diciembre 31 de 2009

## **Anexo 2**

### **Ejes de análisis**

Se tendrán en cuenta los siguientes ejes de análisis:

1. Políticas públicas reguladoras formuladas en la educación, el ejercicio y la prestación del servicio en Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia. En ésta investigación se tomó como punto de referencia el enfoque mixto propuesto por André-Noél Roth, ya que su abordaje es apropiado para el desarrollo de éste trabajo, donde confluyen los diferentes actores públicos y privados en la toma de decisiones.
  
2. Actores sociopolíticos que participan en el desarrollo de la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia. En ésta investigación se tomó como punto de referencia el concepto de actores sociopolíticos propuesto por el mismo autor Roth, que hemos considerado como objeto estudio. En su definición de políticas públicas considera la participación de los actores sociopolíticos: *“un conjunto conformado por uno o varios objetivos colectivos... con la finalidad de orientar el comportamiento de actores individuales o colectivos para modificar una situación percibida como insatisfactoria o problemática”*.
  
3. Acontecimientos más importantes dentro de los procesos estudiados. En ésta investigación se considerarán aquellos acontecimientos más importantes, todos aquellos que generan una respuesta en la sociedad, es

decir, las instituciones públicas o privadas, los profesionales y el mismo ciudadano.

### Anexo 3

**Tabla 1:** Entrevistas personales

<b>NOMBRE DEL ENTREVISTADO</b>	<b>ENTIDAD EN LA CUAL TRABAJA</b>	<b>TIPO DE FUENTE</b>	<b>NÚMERO DE ENTREVISTAS</b>	<b>FECHAS</b>
Dr. Germán Benítez	ASMHOC	Primaria	1	9 de febrero de 2010
Dr. Juan de Dios Polania	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá –CDS	Primaria	1	26 de febrero de 2010
Dr. Armando Casas	Secretaria Distrital de Salud de Bogotá – CDS	Primaria	1	1 de marzo de 2010

## Anexo 4

### Lineamientos de la Entrevista

#### **Políticas públicas para la formación, el ejercicio y la prestación de servicios de la Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia, 1999 – 2009**

**OBJETIVO:** Recopilar y caracterizar las políticas públicas formuladas en los 3 ejes analizados en Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia durante 1999 – 2009.

#### GUIA DE ENTREVISTA

1. ¿Conoce usted Políticas públicas reguladoras formuladas en la educación, el ejercicio y la prestación del servicio en Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementarias en Colombia?
2. ¿Considera usted que existen actores sociopolíticos que participan en la formulación, implementación y regulación de políticas en medicina alternativa?
3. ¿Qué acontecimientos más importantes dentro del proceso de legislación en Medicina Alternativa conoce y por qué?

## **Anexo 5**

### **Indicaciones Generales para la Habilitación de Prestadores de Servicios en Medicina Alternativa, Terapias Alternativas y Complementaria en Colombia. Secretaría de Salud de Bogotá D.C.**

1. El Decreto 1011 de 2006 establece el Actual Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad de la Atención de Salud, uno de cuyos componentes es el Sistema Único de Habilitación reglamentado por las Resoluciones 1043 de 2006, 2680 y 3763 de 2007, Circular 0076 de 2007. La normatividad citada es emanada del Ministerio de la Protección Social.
2. Las condiciones, requisitos y estándares para habilitar y prestar servicios de salud con calidad, entre estos los de Medicinas y Terapias Alternativas, están descritos en la normatividad citada en el punto 1, en particular el anexo técnico No. 1 de la mencionada Resolución 1043, la cual fue modificada por las citadas Resoluciones 2680 y 3763.
3. En el Sistema Único de Habilitación de Prestadores de Servicios de Salud existen cuatro clases de prestadores:
  - IPS
  - Profesional Independiente de Salud
  - Entidad de Transporte Especial de Pacientes (Ambulancias)
  - Entidad con Objeto Social Diferente

4. Tres son las condiciones generales para ofertar y habilitar servicios de salud con calidad:
  - Capacidad tecnológica y científica
  - Suficiencia patrimonial y financiera
  - Capacidad técnico administrativa
  
5. Las condiciones, requisitos y estándares para prestar servicios de salud con calidad, dependen de la clase de prestador y de los servicios a ofertar: Todos los prestadores deben anexar en medio magnético el documento de autoevaluación del cumplimiento de los estándares de capacidad tecnológica y científica, según los servicios a declarar, entre estos los de Medicinas y Terapias Alternativas.

La capacidad técnico administrativa, la suficiencia patrimonial y financiera, el PAMEC y los Indicadores del Sistema de Información para la Calidad, los deben cumplir las IPS y las Entidades de Transporte Especial de Pacientes (Ambulancias); pero no el Profesional Independiente de Salud.

6. Los formularios de inscripción en el Registro Especial de Prestadores de Servicios de Salud y de reporte de novedades del Sistema Único de Habilitación, versión 4.0, adoptados por la citada Circular 0076 de 2007, contienen los grupos de servicios, los servicios específicos para declarar, la modalidad de la prestación y la complejidad de los servicios específicos. Entre los grupos de servicios están los de Consulta Externa; allí figura Medicina Alternativa- Terapias Alternativas, con asignación de código 350.

## Anexo 6

### Carta del Ministerio de Educación de Colombia

En atención a su consulta del asunto, a través de la cual solicita información sobre los programas de postgrado en medicina alternativa existentes en el país; este Despacho encuentra prudente dar respuesta resaltando que en virtud de lo establecido en el artículo 56 de la Ley 30 de 28 de diciembre de 1992, se creó el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior –SNIES-, con el objetivo fundamental de mantener y divulgar información para orientar a la comunidad sobre la calidad, cantidad y características de las instituciones y los programas de educación superior. Así entonces, en el vínculo <http://snies.mineducación.gov.co/men>, usted puede obtener la información detallada de los programas que cuentan con aprobación de funcionamiento por parte del Estado, así como aquellos que han recibido del Ministerio de Educación Nacional y del Consejo Nacional de Acreditación los reconocimientos de registro calificado y de alta calidad, respectivamente.

Ahora bien, no obstante lo anteriormente expuesto, de manera atenta le informamos que las siguientes instituciones de educación superior ofrecen y desarrollan programas de postgrado en medicina alternativa:

<b>INSTITUCIÓN</b>	<b>SNIES</b>	<b>NOMBRE DEL PROGRAMA</b>	<b>ESTADO</b>	<b>MUNICIPIO</b>
Universidad Nacional de Colombia	52980	Maestría en Medicina Alternativa	Activo	Bogotá D.C.

Fundación Universitaria Juan N. Corpas	52899	Especialización en Terapéuticas Alternativas y Farmacología Vegetal	Activo	Bogotá D.C.
Universidad Manuela Beltrán –UMB-	54559	Especialización en Terapias Alternativas	Activo	Bogotá D.C.

## Anexo 7

### Posición Oficial de la Academia Nacional de Medicina sobre el Ejercicio de la Medicina y la Reglamentación de las Terapias Alternativas y Complementarias

El Diccionario de la Real Academia define la MEDICINA como ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano. La misma fuente define CIENCIA como el Conocimiento cierto de las cosas por sus principios y causas. El término precaver como prevenir un riesgo, daño o peligro.

De acuerdo con lo anterior se puede concluir que la Medicina como ciencia debe ejercerse con base en una adecuada e idónea preparación. De la misma manera, la formación del médico debe estar cimentada en conocimientos obtenidos por el análisis y la evidencia de las diferentes patologías presentadas en el ser humano. La formación del médico debe ser integral:

- Debe conocer adecuadamente la anatomía y el funcionamiento de la actividad celular, así como los principios fisiológicos del cuerpo humano, lo cual exige el estudio y la implementación curricular de las **CIENCIAS BÁSICAS**.
- Debe ser capaz de observar, entender y analizar los diferentes signos y síntomas presentes en el ser humano tanto en el Estado de salud como de enfermedad, formación y capacitación que se adquiere mediante el estudio de las **CIENCIAS CLÍNICAS**.

- Debe conocer y formular los diferentes tratamientos y ordenar e interpretar los exámenes paraclínicos y las ayudas diagnósticas relacionadas con los diferentes cuadros clínicos. Lo anterior exige poseer conocimientos y formación en la **FARMACOLOGÍA Y EN LOS APOYOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS**.
- Debe conocer e indicar los diferentes procedimientos quirúrgicos aplicables con oportunidad por los especialistas y supraespecialistas en las respectivas disciplinas del saber médico. Exige capacitación relacionada con el estudio y la práctica de los contenidos académicos de la **CLÍNICA QUIRÚRGICA**.
- Debe estar capacitado para diagnosticar y tratar, las diferentes patologías presentes en la población infantil sustentado en una adecuada preparación en **CLÍNICA PEDIÁTRICA**.
- Debe estar capacitado para el tratamiento, control y asistencia a la mujeres en Estado de gestación, durante el parto y puerperio para lo cual se hace necesario implementar en su formación el **CICLO GINECO-OBSTÉTRICO**.
- Además de lo anterior es importante identificar las diferentes patologías de la región, y al mismo tiempo implementar acciones de promoción y prevención de las mismas, lo cual exige una adecuada **FORMACION EN SALUD PUBLICA**.
- Por último, las políticas y directrices del Estado en relación con la promoción y fomento de la salud, la prevención general y específica, la asistencia médica y la rehabilitación integral de la salud, deben formar parte del pensum de las Universidades que tienen Facultades de Medicina legalmente autorizadas por el Estado. Lo anterior hace necesario una **FORMACION EN LEGISLACIÓN EN MATERIA DE SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL**.

La Academia Nacional de Medicina, reconoce y resalta como sustento jurídico de este comunicado algunos artículos de la Ley 14 de 1962 por medio de la cual se

regula la profesión médica y se dictan disposiciones sobre el ejercicio de la medicina y la cirugía en Colombia.

A continuación se transcribe textualmente algunos artículos y literales que se consideran pertinentes.

“Sobre el ejercicio de la medicina y la cirugía:

**Artículo 1-** Para todos los efectos legales, se entiende por ejercicio de la medicina y cirugía, la aplicación de medios y conocimientos para el examen, diagnóstico, prevención, tratamiento y curación de las enfermedades, así como para la rehabilitación de las deficiencias o defectos ya sean físicos, mentales o de otro orden que afecten a las personas o que se relacionen con su desarrollo y bienestar.

**Artículo 2-** A partir de la vigencia de la presente ley solo podrán ejercer la medicina y cirugía:

**a-** Quienes hayan adquirido título de médico y cirujano expedido por alguna de las facultades o escuelas universitarias reconocidas por el estado y que funcionen o haya funcionado legalmente en el país.

**Artículo 4-** Los estudiantes de medicina y cirugía que terminen sus estudios, requieren como requisito para recibir el grado, que la respectiva facultad o escuela tenga incorporado en su plan de estudios a lo menos un año de internado obligatorio. En caso contrario deberá prestar este servicio en los hospitales que señale el Ministerio de Salud.

**Artículo 5-** El estudio de las especialidades relacionadas con la profesión de que se viene hablando, será organizado por las respectivas facultades y hará parte de sus programas docentes”.

**La Academia manifiesta que la medicina es una sola**, basada en la evidencia y sustentada por una previa formación científica integral y con proyección social. Acepta, que existen diferentes terapias alternativas y complementarias, las cuales el profesional médico para ponerlas en práctica deberá estar autorizado por el Estado para ejercer legalmente el ejercicio de su profesión en aquellas terapéuticas internacionalmente aceptadas. Por lo tanto, quienes apliquen las terapias alternativas y complementarias, deben ser médicos graduados en una universidad acreditada por el Estado.

El Sistema General de Seguridad Social solamente ofrecerá a la población servicios de medicina basada en la evidencia tanto en el campo diagnóstico como terapéutico, fundamentados en el **Método Científico**, (observación, planteamiento de hipótesis y comprobación o negación de ellas).

La Academia Nacional de Medicina como órgano consultor y asesor del Estado, mediante este comunicado, fija su posición ante el ejercicio de la medicina y la reglamentación de las terapias alternativas y complementarias.

De la misma manera, solicita al Gobierno Nacional y específicamente, al Ministerio de la Protección Social, para que dé a conocer a la opinión pública, las ventajas, desventajas y riesgos de la aplicación del ejercicio no idóneo de dichas disciplinas, lo mismo que de la utilidad o inutilidad de los diferentes medicamentos homeopáticos, naturales etc., haciendo claridad que su manufactura requiere de condiciones de buenas prácticas que garanticen la calidad de los mismos, al igual que se debe especificar muy bien que en la mayoría de los casos estos medicamentos son para manejo paliativo y no curativo, en especial en enfermedades de alta morbi-mortalidad como tumores malignos, sida etc.

Por último, la Academia Nacional de Medicina considera que el Estado debe ser consciente de las ventajas, riesgos y consecuencias, que podría traer una inadecuada reglamentación de la Ley 1164, que incluso permitiría el ejercicio ilegal

de la profesión a personas no médicas en lo que allí se denomina terapias alternativas.

Bogotá, D.C., 16 de abril de 2010

## **Anexo 8**

### **Proyecto de Acuerdo Municipal**

#### **Política Pública Municipal de Medicina Alternativa y Complementaria de Cali**

#### **“Cuerpo, Mente y Espíritu al Sistema de Salud de Cali”**

**Dr. Carlos H. Solarte U.**

Con el propósito de garantizar el reconocimiento, integración, generalización, seguridad, eficacia, calidad, acceso y uso racional de la medicina alternativa se formuló la Política Pública Municipal de Medicina Alternativa y Terapias Alternativas y Complementarias para el Municipio de Cali, aportando nuevas formas de entender la salud y la enfermedad, metodologías de trabajo y formas de organizar los servicios. El documento se estructura en tres capítulos, en el primero se presenta la problemática, en el segundo la formulación de la política propiamente dicha y en el tercero se encuentra el contexto y el ámbito donde ésta se desarrolla.

Con ésta propuesta se busca que las personas que trabajan en el campo de la salud (profesionales, técnicos, auxiliares), las personas que participan en diferentes organizaciones sociales (asociaciones, sindicatos, colegios, gremios, etc.), las personas que participan en las instituciones educativas (institutos, universidades) y las autoridades locales, departamentales y nacionales:

- Reflexionemos sobre las ideas que tenemos respecto a la salud, la enfermedad y los servicios de salud.
- Conozcamos otras formas de pensar sobre estos temas y descubramos diferentes maneras de trabajar por la salud.
- Analicemos y mejoremos el trabajo que hacemos en relación a la salud.
- Trabajemos para tener un sistema general de seguridad social en salud mejor, que incluya a todas las personas.

Con este mayor reconocimiento del uso creciente de las terapias alternativas, la Secretaría de Salud de Cali, en el año 2004, dio el primer paso en la aplicación de la Medicina Alternativa y Complementaria (MAC) al lograr que el Concejo Municipal de la ciudad le aprobara, mediante Acuerdo No. **0127 “estimular la práctica de medicinas alternativas, pero siempre en cabeza de profesionales de la salud”**. Este lineamiento político quedó incorporado dentro del Plan de Desarrollo Municipal como uno de los elementos fundamentales para cumplir con el objetivo de “Equidad Social” que se ha propuesto el actual gobierno municipal.

Como resultado de este evento y de todo este proceso que viene adelantando la Secretaría de Salud de Cali se elaboró un proyecto de establecimiento de una Política Pública Municipal para la articulación de la Medicina Alternativa y Complementaria en el sistema de salud del municipio de Cali, que le ha posibilitado constituirse como la primer Secretaría de Salud en Colombia en adoptar, adecuar y aplicar este tipo de Medicinas.

El documento “Proyecto Acuerdo Municipal de Cali” se estudió en la administración municipal para ser discutido en las sesiones del Consejo Municipal de Cali. Sin embargo, éste proceso fue dispendioso y largo debido a los momentos políticos y los cambios de los actores de decisión que tuvo el municipio de Cali. En la actualidad, el documento fue devuelto a la Secretaria de Salud de Cali y allí se encuentra archivado.

## **Anexo 9**

### **Servicios en Medicina Alternativa por la Secretaría Distrital de Salud (SDS) de Bogotá D.C. Proyecto Piloto en las ESE de Bogotá Entrevista Dr. Casas**

Los países han respondido paulatinamente y de maneras diferentes a este llamado. Específicamente, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS) lanzó recientemente una estrategia para incorporar la MAC en las instituciones de la red adscrita<sup>5</sup>. Dicha estrategia busca desarrollar los siguientes objetivos específicos: sensibilización y fomento del conocimiento y la recuperación de la MAC, elaboración de un diagnóstico, diseño e implementación de áreas demostrativas en 5 hospitales de la red adscrita, diseño de un programa de educación continuada y diseño de un programa para la incorporación de la MAC en la red adscrita de la SDS. La idea es generar una Política Pública Distrital en Bogotá y posteriormente en la República de Colombia.

Las ESE que se encuentran trabajando en el proceso y las medicinas alternativas correspondientes a cada uno de ellos son:

- Hospital Pablo VI Bosa .I Nivel de atención .Localidad 7 Bosa. Con Terapia Neural y Homeopatía.
- Hospital del Sur .I Nivel de atención. Localidades 8 Kennedy y 16 Puente Aranda. Con Homeopatía Compleja y Ozonoterapia.

- Hospital de Tunjuelito. I y II Nivel de Atención. Localidad de Tunjuelito. Con Acupuntura, Homeopatía y Terapia Neural.
- Hospital de Usaquén .I Nivel de atención .Localidad 1 Usaquén. Con Sintergética y Homeopatía Unicista.
- Hospital de Suba II nivel de atención. Localidad 18 Suba. Con Sintergética y Homeopatía Unicista.