



Orientación Técnica

Medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud en Atención Primaria

Dirigido a Equipos de Salud

ISBN: 978-956-348-200-3

Registro de Propiedad Intelectual:

Distribución gratuita. Se autoriza la reproducción total o parcial del contenido del presente documento, la distribución, la comunicación pública y la creación de documentos derivados, siempre y cuando se reconozca la autoría original.

© MINISTERIO DE SALUD

Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria
2021

ÍNDICE

PRÓLOGO	5
Objetivos del documento	7
Alcance del documento	7
CAPÍTULO I. ANTECEDENTES INTERNACIONALES	8
1.1. Práctica de la medicina complementaria en el mundo	9
1.1.1 Lineamientos de la OMS	9
1.1.2. Progresos en aplicación, reglamentación y gestión de la Medicina Complementaria en algunas regiones del mundo	9
CAPÍTULO II. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO	14
2.1. Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: principios	15
2.2. Enfoques a tener en consideración	17
2.2.1. Enfoque Salutogénico	17
2.2.2. Teoría del Aprendizaje Experiencial	18
2.2.3. Estructura del cuerpo energético	19
CAPÍTULO III. MEDICINA COMPLEMENTARIA Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD EN CHILE	22
3.1. Marco jurídico nacional de la MC y PBS	23
3.2. Definiciones de las MC-PBS	25
3.2.1. Evolución de los conceptos: de la Medicina Alternativa a la Complementaria e Integrativa	25
3.2.2. Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud; Conceptos acuñados en Chile	28
3.3. Situación a nivel nacional	29
3.4. Magnitud del uso de las MC-PBS	31
CAPÍTULO IV. PRINCIPALES LINEAMIENTOS	36
4.1. Población	39
4.2. Organización de las prestaciones de medicina complementaria y practicas de bienestar de la salud	39
4.2.1. Proceso de Bienestar y Sanación	39
4.2.2. Acceso a las prestaciones de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud	41
4.2.3. Criterios de egreso de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud	44
4.2.4. Cartera de prestaciones	45
4.2.5. Coeficientes técnicos sugeridos	46
4.2.6. Perfil de las personas que ejercen MC - PBS	47
4.2.7. Espacio Físico de Atención	49
4.3. Registro	50

CAPÍTULO V. SISTEMATIZACIÓN E INVESTIGACIÓN	52
ANEXOS	58
Anexo 1. Esquema de protocolo	59
Anexo 2. Carta de Compromiso	60
Anexo 3. Ficha de evaluación subjetiva inicial	62
Anexo 4. Cuestionario WHOQOL-BREF	64
Anexo 5. Ficha de evaluación subjetiva del usuario final	67
GLOSARIO	69
ABREVIATURAS	70
EQUIPO RESPONSABLE	71

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES Y TABLAS

Ilustración 1. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario	15
Ilustración 2. Perspectiva salutogénica del río de la vida	18
Ilustración 3. Aprendizaje óptimo según Kolb	19
Ilustración 4. Cuerpos sutiles	20
Ilustración 5. Objetivos y lineamientos de la Medicina complementaria y prácticas de bienestar de salud (MC-PBS)	37
Ilustración 6. Fases del Proceso de bienestar y sanación	40
Ilustración 7. Flujograma de atención	43
Tabla 1. Distribución porcentual de prestaciones por marco de atención	33
Tabla 2. Terapeutas registrados en la Superintendencia de Salud. Reporte al 05 de octubre de 2021	34

PRÓLOGO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) promueve la integración de servicios de Medicina Tradicional (MT), la que se define como *“la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales”*, y de Medicina Complementaria (MC), definida como *“un amplio conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante”*, es decir, son un conjunto de teorías y prácticas distintas a la medicina occidental, que se ofrecen a personas que lo solicitan como forma de resolver un malestar que les aflige; siendo uno de los objetivos de la estrategia de la OMS de Medicina Tradicional¹ el aprovechar la contribución de la Medicina Tradicional y Complementaria (MTC)² al bienestar y a la atención sanitaria centrada en la persona y al acceso universal, así como a la promoción de la utilización segura y eficaz de MTC mediante reglamentación, investigación e integración de sus productos, prácticas y profesionales en sus sistemas de salud, según proceda.

En las últimas décadas se ha generado un aumento exponencial en el uso de la MC, tanto en Chile como en el mundo, considerando tanto la diversidad de terapias disponibles como la variedad de las situaciones de salud de quienes las buscan, quienes, en su mayoría de manera espontánea, lo hacen ante la necesidad de mejorar los resultados de los tratamientos convencionales que reciben, buscando un mayor estado de bienestar. Es por esto que la OMS mediante sus estrategias sanitarias propone la integración de estas medicinas en los actuales sistemas de atención de salud en los países que la componen, a través de su utilización segura, universal y eficaz. En Chile, alineados con lo anterior buscamos contribuir al establecimiento, institucionalización y desarrollo de la Medicina Complementaria y Práctica de Bienestar en Salud (MC y PBS) en Atención Primaria, para facilitar el incremento en el bienestar y desarrollo humano de las personas y comunidades, en sinergia con el Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria (MAIS), realizando atenciones de calidad, facilitando el acceso a estas disciplinas y disminuyendo la inequidad en salud.

La incorporación de MC y PBS en Atención Primaria, viene a fortalecer los principios de centralidad en las personas, integralidad y continuidad de los cuidados, relevando los conceptos de salud, bienestar y desarrollo humano.

En el Ministerio de Salud hemos acuñado la noción de **Medicina Complementaria (MC)** como: *“Agrupación de sistemas médicos y/o componentes de éstos, distintos del oficial o convencional*

¹ OMS (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014–2023. Disponible en: <https://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21201es/>

² MTC: Fusiona los términos “medicina tradicional” y “medicina complementaria”, abarcando productos, prácticas y profesionales.

que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico, social, mental y espiritual de las personas”, y de **Prácticas de Bienestar de la Salud (PBS)** como: “Disciplinas y métodos no invasivos, que facilitan el bienestar biopsicosocio-espiritual de las personas, contribuyendo al desarrollo de recursos individuales y colectivos para la salud y el tratamiento de las enfermedades”. Las PBS incluyen mayoritariamente actividades y actitudes preventivas y promocionales como: actividad física, alimentación saludable; vínculos sociales, resiliencia, pensamientos y emociones positivas, y autonomía, las que pueden aportar al bienestar, especialmente respecto de quienes anhelan una calidad de vida satisfactoria, una adultez mayor plena y un envejecimiento positivo. Dependiendo del sentido que le haga a la persona éstas son sanadoras.

El presente documento, es fruto del trabajo de un conjunto de profesionales que han desarrollado experiencias en la tematica desde atención primaria, con representatividad de la red local de salud, que mediante el trabajo y el diálogo fraterno y fecundo fueron sumando saberes en una comisión de trabajo liderada desde la División de Atención Primaria.

Este documento tiene como **propósito** establecer las bases y lineamientos para que los administradores, directivos, equipos de salud y terapeutas en MC y PBS puedan incorporar, integrar y potenciar el desarrollo de estas disciplinas en atención primaria, según los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS) para el fortalecimiento de la salud, bienestar y desarrollo humano integral de las personas, familias y comunidades.

Cuenta con una **estructura de cinco capítulos**, en el primero se ofrece un marco general de la temática a nivel internacional, estableciendo consenso en relación a los elementos conceptuales básicos de la medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud. Posteriormente en el segundo capítulo, se revisa la situación y magnitud en Chile de la medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud y finalmente en el último y tercer capítulo se aborda la integración de la medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud, con énfasis en las bases teóricas que las sustentan, la organización de las prestaciones, relevando el proceso de bienestar y sanación.

Esperamos que esta Orientación Técnica, elaborada en el marco del MAIS y las RISS, contribuya a la incorporación de las medicinas complementarias y prácticas de bienestar de la salud (MC y PBS) en Atención Primaria, realizando atenciones de calidad, facilitando el acceso a estas disciplinas y disminuyendo la inequidad en salud.

Objetivos del documento

Objetivo general

Contar con directrices técnicas que contribuyan a la institucionalización y desarrollo de la Medicina Complementaria y Práctica de Bienestar en Salud (MC y PBS) en Atención Primaria, para facilitar el incremento en el bienestar y desarrollo humano de las personas y comunidades, en sinergia con el Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitaria (MAIS), realizando atenciones de calidad, que garanticen la uniformidad del sistema, facilitando el acceso a estas disciplinas y disminuyendo la inequidad en salud.

Objetivos específicos

- Ofrecer el marco de la temática a nivel nacional e internacional, estableciendo consenso respecto a los elementos conceptuales que subyacen a la medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud.
- Revisar la situación y magnitud en Chile de las MC y PBS.
- Contribuir a la integración de las MC y PBS en atención primaria, relevando el proceso de bienestar y sanación.

Alcance del documento

Esta Orientación Técnica está dirigida a las SEREMIS, Servicios de Salud, gestores en atención primaria, equipos de salud, terapeutas en MC y PBS. Para su conocimiento y uso en los establecimientos de salud, así como por parte de todas aquellas instituciones y comunidades que puedan incorporar, integrar y potenciar el desarrollo de estas disciplinas en atención primaria, según los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), para el fortalecimiento de la salud, bienestar y desarrollo humano integral de las personas, familias y comunidades.



CAPÍTULO I. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

1.1. PRÁCTICA DE LA MEDICINA COMPLEMENTARIA EN EL MUNDO

1.1.1 Lineamientos de la OMS

El impulso de la OMS a la medicina complementaria ha sido relevante a través de sus dos estrategias, 2002-2005 (OMS, 2002) y 2014-2023 (OMS, 2013), los objetivos de ésta última son: “Prestar apoyo a los Estados Miembros para que aprovechen la posible contribución de la MTC a la salud, el bienestar y la atención de salud centrada en las personas, y promover la utilización segura y eficaz de la MTC mediante la reglamentación de productos, prácticas y profesionales”³.

La medicina complementaria tiene “muchas características positivas entre las que se incluyen: diversidad y flexibilidad; accesibilidad y asequibilidad en muchas partes del mundo; amplia aceptación entre muchas poblaciones de países en vías de desarrollo; aumento de la popularidad en países desarrollados; un coste comparativo relativamente bajo; bajo nivel de inversión tecnológica; y una creciente importancia económica. Todos estos factores pueden verse como oportunidades de desarrollo” (OMS, 2002, pág. 21).

En este contexto, la ex Directora General de la OMS, Dra. Margaret Chan (2007 - 2017), ha señalado en la Conferencia Internacional sobre Medicina Tradicional para los Países de Asia Sudoriental, Nueva Delhi (India, 2013), siete aspectos de la MTC, relevantes de considerar en los procesos de integración de las MTC nacionales, los que han sido recogidos en la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023 y que dan cuenta de la realidad de éstas en nuestro país: 1) Sostenido interés por la

MTC; 2) Creciente importancia económica de la MTC; 3) Carácter global de la MTC; 4) Diferencias considerables en los niveles de formación, acreditación y reglamentación de las prácticas y los profesionales de MTC; 5) Progresos recientes de la investigación y desarrollo en materia de MTC; 6) Propiedad intelectual; y 7) Integración de la MTC en los sistemas de salud.

1.1.2. Progresos en aplicación, reglamentación y gestión de la Medicina Complementaria en algunas regiones del mundo

La Estrategia de la OMS de Medicina Tradicional y Complementarias 2014-2023 señala progresos significativos y constantes en materia de aplicación, reglamentación y gestión de la MTC en la mayoría de las regiones del mundo, desde la puesta en marcha de la primera estrategia 2002-2005.

El 21 de Mayo de 2019 en Ginebra, Tedros Adhanom Ghebreyesus, Director General de la OMS, presentó ante la Asamblea General el nuevo Informe Global de la OMS sobre Medicina Tradicional y Complementaria, señalando que: “Los países que pretenden integrar lo mejor de la MTC y la medicina convencional harían bien en mirar no sólo las muchas diferencias entre los dos sistemas, sino que también las áreas en las que ambos convergen para ayudar a abordar los desafíos únicos de la salud del siglo 21. En un mundo ideal, la medicina tradicional sería una opción ofrecida por un sistema de salud centrado en las personas, que funciona bien y que equilibra los servicios curativos con cuidado preventivo”. Así, teniendo en cuenta los desafíos únicos de salud del siglo 21, el interés por la Medicina Complementaria está

³ OMS (2013). Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Disponible en: <https://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21201es/1>

experimentando un renacimiento, ya que ésta es un recurso importante para la salud, aunque a menudo subestimado, con muchas aplicaciones, sobre todo en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas relacionadas con estilos de vida, y la satisfacción de las necesidades de salud de las poblaciones que envejecen (OMS, 2019, pág. 5)⁴.

Este Informe Global fue realizado con la contribución de 179 de los 194 Estados Miembros que aportan oficialmente la información sobre política, regulación, productos, prácticas y practicantes de la MTC. Al año 2018, 98 de estos Estados habían desarrollado políticas nacionales sobre MTC, 109 habían lanzado leyes o regulaciones nacionales al respecto y 124 habían implementado regulaciones sobre hierbas medicinales.

La Estrategia de la OMS 2014-2023 señala que más de 100 millones de europeos utilizan actualmente la MTC; una quinta parte de ellos recurre regularmente a ésta, y una proporción similar prefiere atención sanitaria que la incluya. El número de usuarios de MTC es mucho mayor en África, Asia, Australia y América del Norte. Por ello, usuarios y gobiernos demandan la posible incorporación de la medicina complementaria en la prestación de servicios de salud. Según la OMS, ello debe considerar sus principales aspectos: gestión y políticas basadas en el conocimiento; reglamentación apropiada de prácticas y profesionales; seguimiento y aplicación de reglamentos relativos a productos; e integración adecuada de los servicios de medicina tradicional y complementaria en la prestación de servicios de atención de salud y el cuidado de la propia salud (OMS, 2013).

Si bien al año 2012, en muchos países europeos aún no se había establecido debidamente la reglamentación ni el registro de la MTC, el número de médicos interesados en MTC iba en aumento. En Francia, numerosos médicos son especialistas en acupuntura y homeopatía, servicios cuyos costos reembolsa el seguro social cuando los prestan o prescriben médicos. En Bélgica, desde 1997, la *Mutualité Socialiste Tournai-Ath* reembolsa parcialmente determinados tratamientos complementarios/alternativos, incluidos los medicamentos homeopáticos. En Finlandia, los tratamientos de acupuntura y otros de carácter complementario/alternativo pueden ser cubiertos por la institución de seguro social (Kela) a condición de que los dispense un médico alopático. En Alemania, los planes de seguros públicos y privados ofrecen el mismo tipo de cobertura para algunos tratamientos complementarios/alternativos. En Japón existe un seguro por reembolso para servicios de medicina tradicional (OMS, 2013).

El financiamiento es parte de los procesos de la integración de las medicinas complementarias en los sistemas de salud de los Estados miembros de la OMS. En China, la medicina tradicional y la medicina convencional se practican paralelamente en todos los niveles de los servicios de salud, y los planes de seguros públicos y privados incluyen la Medicina Tradicional China. Las personas, pueden elegir libremente entre los servicios de medicina tradicional o convencional, o sus médicos pueden asesorarlos sobre las terapias más apropiadas para sus problemas de salud (OMS, 2013).

Suiza fue el primer país de Europa que integró

⁴ Traducción libre, véase en: "Progress reports Report by the Director-General", <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/WhoGlobalReportOnTraditionalAndComplementaryMedicine2019.pdf?ua=1>

la MTC en su sistema de salud. En 1998, el Departamento Federal de Asuntos Internos decidió que entre 1999 y 2005 el seguro médico obligatorio cubriría cinco terapias complementarias: Medicina Antroposófica, Homeopatía, Terapia Neural, Fitoterapia y Medicina Tradicional China, específicamente terapia herbaria tradicional china, siempre que el servicio fuera prestado por un médico habilitado para ejercer la medicina complementaria y alternativa. En 2009, más del 67% de los votantes del país apoyó la introducción de un nuevo artículo constitucional relativo a la medicina complementaria y alternativa, a raíz de lo cual algunas terapias complementarias se han reintroducido en el programa básico de seguro médico disponible para todos los ciudadanos suizos (OMS, 2013).

En Alemania, los planes de seguros públicos y privados de salud ofrecen el mismo tipo de cobertura para algunos tratamientos de medicina complementaria, cubriendo los costos de consultas médica y medicamentos antroposóficos y fitoterapéuticos (el requisito es que sea prescrito por un médico), también la osteopatía (prescrito por un médico de la asociación de osteópata), la homeopatía (basta tener un registro válido y no excluido por la ley).^{5 6}

En Japón, el 84% de los médicos utilizan *kampo* en sus prácticas cotidianas. El año 2012, el número de médicos registrados que prescriben únicamente medicamentos *kampo* asciende a 295.049. Los farmacéuticos registrados que solo dispensan medicamentos *kampo* totalizan 276.517. Hay, además, 92.421 acupunturistas, 90.664 moxacauteristas, 104.663 masajistas y 50.428 judoterapeutas. Hasta abril de 2000,

la lista de reembolsos del sistema nacional de seguro de enfermedad incluía 147 preparados de *kampo* y 192 materiales herbarios utilizados en las recetas de esos preparados. Los planes privados de seguro de enfermedad cubren parcialmente servicios de acupuntura, moxibustión, masaje tradicional japonés y judoterapia (OMS, 2013).

En la República de Corea los médicos que practican la medicina tradicional coreana pueden ejercerla tanto en hospitales y dispensarios públicos como privados. Un programa nacional de seguro médico incluye servicios de medicina tradicional coreana desde 1987, y actualmente el seguro privado también lo hace (OMS, 2013).

En Vietnam, los profesionales de medicina tradicional pueden practicarla tanto en hospitales y dispensarios públicos como privados, y el seguro público cubre totalmente los servicios de acupuntura, a base de hierbas y los tratamientos de medicina tradicional (OMS, 2013).

España ha sido uno de los países de Europa en que no se reconoce la medicina complementaria, sólo admite las terapias convencionales, aunque ofrece la posibilidad de que el médico responsable utilice tratamientos de las medicinas naturistas, homeopáticas y similares (Urios, Caminal, Rodríguez, & Puigpelat, 2006).

⁵ Véase en la "Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2022".

⁶ Véase en "Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review". Disponible en: (<http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2943e/7.6.html>),

En la región de las Américas, la OPS impulsa la articulación de la Medicina Tradicional y la Medicina Complementaria con la estrategia para la salud universal, con el objeto de lograr acceso universal y cobertura universal de salud en sus países miembros. La OPS organizó la Reunión Regional: “Avanzando Hacia la Salud Universal, Aportes de la Medicina Tradicional y Complementaria”, en Managua – Nicaragua, en junio de 2017, participaron 21 países de la región, incluyendo el nuestro⁷. También impulsó la creación de la Biblioteca Virtual en Salud en Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas (BVS MTCI), especializada en dichas temáticas, y la Red de Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas de las Américas (Red MTCI Américas) con el objetivo de “articular a diversos actores sociales involucrados en la generación de políticas, regulación, formación, promoción, práctica, uso, e investigación de estos sistemas y métodos terapéuticos en la Región de las Américas, desarrollar una agenda común y avanzar en la integración de las Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas (MTCI) en los sistemas y servicios de salud, según corresponda a los contextos nacionales”⁸.

“Siguiendo el modelo de Biblioteca Virtual de Salud, de colaboración en red, la BVS MTCI busca:

- Promover el acceso abierto a la información y la evidencia científica en salud, en el área de MTCI.

- Promover la toma de decisiones informadas por el mejor conocimiento y evidencia disponibles (dirigido a investigadores, profesionales, estudiantes del área de la salud, y gestores de políticas públicas en MTCI).
- Facilitar el intercambio de conocimiento y la colaboración entre actores.
- Facilitar la visibilidad de experiencias y buenas prácticas en MTCI.

La Biblioteca Virtual de Salud en MTCI es gestionada por la Red Regional en Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas de las Américas. “Esta Red se ha establecido a través de la cooperación entre instituciones y organizaciones que promueven la formación, regulación, promoción, desarrollo de la investigación y prestación de servicios de MTCI. La Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), por medio del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME/OPS/OMS), actúa como articulador y facilitador de dicha Red”⁹.

La directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), Clarisa F. Etienne, presentó un panorama sobre la medicina tradicional en la región de las Américas, señalando que: “Acelerar los esfuerzos de los países para lograr la salud universal en 2030 – como se comprometió el mundo en la nueva Agenda de Desarrollo Sostenible – requiere escuchar las voces de las personas, prestar atención a las múltiples formas de entender el mundo en que vivimos, las múltiples culturas y tradiciones,

⁷ Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13423&Itemid=39594&lang=es

⁸ 1º Congreso Internacional de Medicina Integrativa, Complementaria y Salud Pública, organizado por el Ministerio de Salud de Brasil, en Rio de Janeiro. Disponible en: http://mtci.bvsalud.org/acerca/#tabs_desc_295_2

⁹ <http://mtci.bvsalud.org/acerca/>

incluida su medicina tradicional¹⁰, afirmó Etienne: “En los Estados Unidos y Canadá, los médicos ahora pueden ser certificados en medicina integrativa. En Brasil, Chile, Colombia, Bolivia, México, Nicaragua, Perú, entre otros, el papel de los profesionales de salud entrenados en medicina tradicional y complementaria está siendo reconocido o reconsiderados como parte de los equipos de salud” (OMS/OPS, 2018), instando a acelerar los esfuerzos de los países para lograr la salud universal en 2030 – como se comprometió el mundo en la nueva Agenda de Desarrollo Sostenible.

El último “Informe Global de la OMS sobre Medicina Tradicional y Complementaria 2019”, da cuenta a grandes rasgos de la situación de Chile en materia de Medicina Tradicional, refiriéndose por una parte a la de pueblos indígenas y por otra, a la Medicina Complementaria. Respecto a ésta última señala entre sus logros:

- Existencia en el Ministerio de Salud de un área técnica en Medicina Complementaria, en el Departamento de Políticas y Regulaciones Farmacéuticas, Prestadores de Salud y Medicinas Complementarias.
- Decreto N° 42 de 2004 del Ministerio de Salud, que regula el “ejercicio de prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de salud y las instalaciones en las que se llevan a cabo”, señalando que se ha reconocido y regulado la acupuntura, la homeopatía y la naturopatía.
- Comisiones asesoras del Ministerio de Salud para las tres terapias reguladas (acupuntura, homeopatía y naturopatía), creadas después de la publicación de los

decretos que las regulan.

- Estado reglamentario de las hierbas medicinales: basados en plantas medicinales, fitofármacos y medicamentos herbarios tradicionales, los que forman parte del Reglamento del Sistema Nacional de Control de Productos Farmacéuticos de Uso Humano, así como las farmacopeas utilizadas y sistema de registros y vigilancia de fitofármacos en el Instituto de Salud Pública (ISP).

Según la OMS, la alta solicitud de estas medicinas tiene diversos motivos: “mayor demanda de todos los servicios de salud, deseo de obtener más información para aumentar los conocimientos sobre las opciones disponibles, creciente insatisfacción con los servicios de atención existentes, y un renovado interés por la “atención integral de la persona” y la prevención de enfermedades, estos últimos aspectos frecuentemente asociados a la Medicina Tradicional y Complementaria. Además, reconoce la necesidad de hacer hincapié en la calidad de vida cuando la curación no es posible” (OMS, 2013, pág. 27). Estos grandes cambios a nivel internacional muestran avances significativos en la integración de la Medicina Complementaria en los sistemas de salud de un importante número de países en el mundo, dando respuesta a los mayores requerimientos de éstas por parte de las personas, como se comprometió el mundo en la nueva Agenda de Desarrollo Sostenible.

¹⁰ Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14186:directora-de-la-ops-presenta-en-brasil-panorama-de-la-medicina-tradicional-en-las-americas&Itemid=135&lang=en



CAPÍTULO II. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIO

Integración de las MC Y PBS en Atención Primaria

2.1. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA: PRINCIPIOS

Las MC y PBS se insertan en Atención Primaria en el marco del Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitaria, definido como *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas*

*en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente*¹¹. Y que releva los tres principios irrenunciables en un Sistema de Salud basado en Atención Primaria; **“centrado en las personas, integralidad de la atención y continuidad del cuidado”**¹², los cuales son compartidos con las MC y PBS.

Ilustración 1. Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario



Fuente: Orientaciones para la implementación del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Ministerio de Salud, División de Atención Primaria. 2013.

¹¹ MINSAL. (2005). Modelo integral de atención en salud. Serie cuadernos Modelo de Atención No 1. Subsecretaría de Redes Asistenciales Santiago de Chile: Gobierno de Chile.

¹² División de Atención Primaria 2013. Orientaciones para la implementación del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Capítulo 1. Conceptos y elementos claves. <http://minal.uvirtual.cl/siminsal/>

La operacionalización de los principios del Modelo, se efectúa en el marco de un trabajo en red y en equipo. A continuación, se revisan su conceptualización y aplicabilidad:

- **Centrado en las personas:** Considera las necesidades y expectativas de las personas y sus familias, desde su particular forma de definir las y priorizarlas, para lo cual se debe establecer un modelo de relación, entre el equipo de salud, las personas, sus familias y la comunidad, basado en la corresponsabilidad del cuidado de la salud y enfatizando en los derechos y deberes de las personas, tanto del equipo de salud como de quienes se atienden en los centros de salud. El eje del proceso de atención está centrado en las personas, “en su integralidad física, mental, emocional, espiritual y social”. La persona es así, vista como un ser social perteneciente a una familia y una comunidad, en un proceso de integración y adaptación al medio físico, social y cultural.
- **Integralidad:** El concepto de integralidad, ha sido definido desde al menos dos aproximaciones complementarias, una referida a los niveles de prevención y la otra, a la comprensión multidimensional de los problemas de las personas. Es una función de todo el sistema de salud e incluye la promoción, prevención, curación, rehabilitación y cuidados paliativos. Implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, desde una aproximación biopsicosocial-espiritual y cultural del ser humano. Considera el

sistema de creencias y significados que las personas le dan a los problemas de salud y las terapias socialmente aceptables.

- **Continuidad del cuidado:** La continuidad de la atención se puede definir desde la perspectiva de las personas que se atienden, corresponde al grado en que una serie de eventos del cuidado de la salud, son experimentados como coherentes y conectados entre sí en el tiempo. Desde la perspectiva de los Sistemas de Salud, corresponde a la continuidad clínica, funcional y profesional¹³. La continuidad del cuidado, significa brindar y resguardar el cuidado en distintos escenarios desde el domicilio a los centros hospitalarios.

El Modelo reconoce de manera explícita el valor de la diversidad sociocultural, y, por ende, el sistema de salud debe organizarse en función de las necesidades de las personas generando estrategias de inclusión, sobre la base de la participación. En este contexto, la responsabilidad sectorial es considerar la visión de salud, creencias y sistema médico de las personas, tanto en sus territorios de origen, espacios comunitarios y espacios interculturales. Ello requiere de incorporar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de las poblaciones en las políticas de salud a lo largo del curso de vida, entre niveles de atención, que sean diseñadas, ejecutadas y evaluadas participativamente.

¹³ OPS. (2010). La renovación de la Atención Primaria en las Américas. Redes Integradas de Servicios de Salud; Conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington DC.

2.2. ENFOQUES A TENER EN CONSIDERACIÓN

En el marco del MAIS, se recomienda tener en consideración en la integración de la MC y PBS en atención primaria los siguientes marcos conceptuales que dicen relación con:

2.2.1. Enfoque Salutogénico

Bajo esta premisa y en el marco de las medicina y terapias complementarias, el enfoque salutogénico que centra sus ideas en una visión positivista, es decir, en los aspectos que mantienen a las personas sanas, en los factores que generan salud, que se basa en aquellos aspectos que contribuyen a que las personas mantengan y aumenten su bienestar en todas sus dimensiones,¹⁴ es un aporte al desarrollo de los activos de salud presentes en las personas, familias y comunidades, reconociéndolos e incorporándolos en el trabajo de promoción en salud, como temas esenciales e imprescindibles en el quehacer de la Atención Primaria. Ello desafía a los equipos de salud a observar cuáles son las condiciones que permiten a las personas mantenerse sanas, pero no sólo con una mirada preventiva de evitar algunas enfermedades, sino más bien con una mirada enfocada en el fomento de los factores protectores, la calidad de vida y el desarrollo humano.

En la práctica, un activo para la salud, es considerado "cualquier factor (o recurso) que mejora la capacidad de las personas, grupos, comunidades, poblaciones, sistemas sociales y/o instituciones para mantener y conservar la salud y el bienestar, así como para ayudar a

reducir las desigualdades en salud" (Morgan y Ziglio 2007, citado por Suarez, sf).

Es necesario acotar que los cuidados son un dominio *per se* de la comunidad, en los lazos sociales, por lo que como pre requisito debe instar a su empoderamiento, posicionando los saberes, conocimientos, historicidad y experiencias de sus habitantes, los que a su vez dialogan con los saberes técnicos, cuando se estima el cuidado para el logro de un objetivo de la sociedad, el instrumento por excelencia es la comunidad, por lo anterior, se plantea el enfoque de trabajo con activos descrito por Morgan y Hernán (2012) como el "proceso de coproducción de salud entre personas, comunidades y profesionales en un contexto determinado", es considerada una estrategia revolucionaria del modelo salutogénico. (Morgan y Hernán citado por Cofiño 2016, p.94).

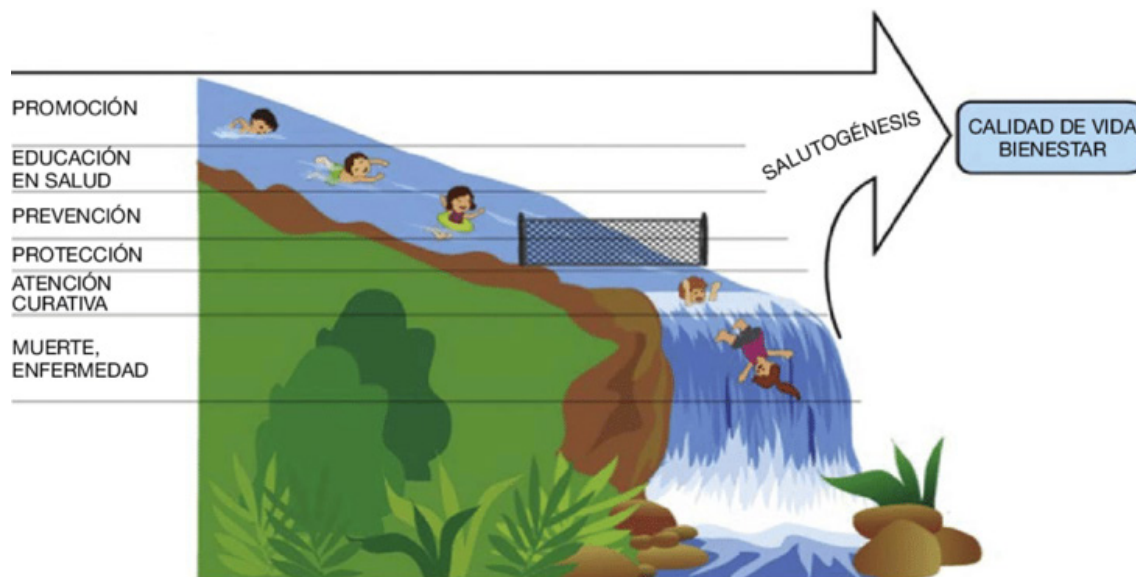
Se reconoce una concepción de la salud, como un continuo de salud-enfermedad, en el cual se identifica dos polos: el bienestar (salud) y el malestar (enfermedad). De esta forma, el énfasis no debe hacerse en el hecho de que una persona está en el polo sano o enfermo, sino más bien en qué lugar del continuo se coloca, entre la salud perfecta y el completo estado de enfermedad.¹⁵ Así, Antonovsky se pregunta cuáles serán las condiciones que determinan que una persona tenga la habilidad de nadar bien, independientemente de la zona del río donde esté. El objetivo desde este enfoque será conseguir que las personas naden bien para no ser arrastrados por dicha corriente (ver figura 2).¹⁶

¹⁴ Antonovsky A, Maoz B, Dowty N., Wijsenbeek H. Twenty-five years later: A limited study of the sequelae of the concentration camp experience. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 1971; 6: 186-93.

¹⁵ Francisco Rivera de los Santos. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev. Esp. Salud Publica vol.85 no.2 Madrid mar./abr. 2011

¹⁶ Francisco Rivera de los Santos. Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. Rev. Esp. Salud Publica vol.85 no.2 Madrid mar./abr. 2011

Ilustración 2. Perspectiva salutogénica del río de la vida



Fuente: Hernán-García M et al. Fundamentos del enfoque de activos para la salud en atención primaria de salud 2019. inspirada en Lindstrom B y Eriksson M7 y Rivera F et al¹⁷

2.2.2. Teoría del Aprendizaje Experiencial

Es importante conocer y comprender que en todo proceso donde se plantea un crecimiento en el conocimiento, tiene etapas o niveles y que generalmente se dan en círculos de adaptación progresiva.

Una terapia de medicina complementaria considera las sesiones como un asesoramiento, donde es importante tomar en cuenta, cómo aprende el ser humano. Kolb¹⁸, considera que el

aprendizaje experiencial, que sería el que se aplica en sesiones de medicina complementaria, va por etapas en círculos de mayor conciencia. Partiendo de una experiencia concreta a una de mayor radio de acción, pasando por una observación reflexiva, para cambiar sistemas de creencias y su mapa de conceptualizaciones y abrirse a un nuevo paradigma de una mejor versión de su experiencia.

¹⁷ Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán M, García-Moya I. Análisis del Modelo Salutogénico y del Sentido de Coherencia: retos y expansión de un enfoque positivo de la salud y el desarrollo. En Hernán M, Morgan A, Mena A, eds. Formación en salutogénesis y activos para la salud. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2013. p. 27-46

¹⁸ Kolb, D. (1984a), Experiential learning experiences as the source of learning development. Nueva York: Prentice Hall

Ilustración 3. Aprendizaje óptimo según Kolb



Es necesario que el terapeuta considere el proceso de aprendizaje e integre en sus sesiones las diferentes etapas por la cual necesariamente va a pasar la persona, desde el contexto de ella.

2.2.3. Estructura del cuerpo energético

El paradigma holístico de la medicina complementaria expresa una visión ampliada del ser humano e integra una anatomía visible conocida por la ciencia y una anatomía sutil. Esta última, esquematiza los aspectos emocionales, mentales y espirituales del ser humano, con su respectiva fisiología y fisiopatología. Su origen se remonta a tradiciones milenarias como la Medicina Tradicional China, la Ayurvédica

y por la teoría cuántica de probabilidades, descritas por Max Planck, donde explica que los cuantos son paquetes de energía, que tienen características duales de partícula y onda las que presentan el comportamiento de "estar en muchos lugares al mismo tiempo"¹⁹, indicando un continuo entre el mundo macroscópico (anatomía visible) y el mundo microscópico atómico de probabilidades (anatomía sutil)²⁰. Integrando la energía y materia en el mismo continuo, "expresión dual de la misma sustancia

¹⁹ Brian Cox & Jeff Forshaw (2011) El Universo Cuántico. España: Debate.

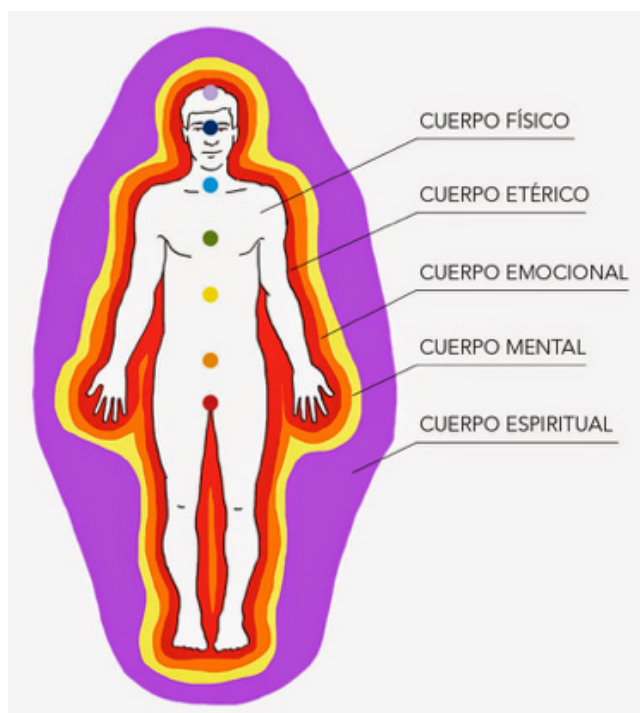
²⁰ Michio Kaku (2009) Física de lo Imposible. España: Debate

universal," con la conocida fórmula de Albert Einstein " $E=mc^2$ ", describiendo que la materia es energía condensada.

Según la física cuántica y descubrimiento de Einstein la materia es energía en movimiento, por tanto el ser humano no solo está compuesto

por materia física como células sino también por energía en estado de vibración. Esta energía que es movimiento compone una estructura invisible que también esta afecta a la enfermedad y la salud, por ello es vital conocerla para incorporarla en el proceso terapéutico.

Ilustración 4. Cuerpos sutiles



La energía no solo está presente en los seres humanos, sino en todo ser vivo, es más, en lo inmaterial como una roca y en toda la naturaleza, se puede comprender como un todo energético, que puede estar en estado de partícula de diferentes formas y en ondas que sería en estado de vibración, ambos estados pueden darse en una gran multidimensionalidad y formas, traspasándose de un estado a otro.

Por ello es más fácil comprender que somos un todo, pudiendo sanar al depurar el estado más material al vibrar en mayor frecuencia. De allí que la naturaleza tenga un gran poder de sanación, por su elevada frecuencia vibracional o estado "amor" que al estar en contacto con un ser enfermo es capaz de re- transmitir a la estructura energética enferma a un mayor estado de bienestar.





CAPÍTULO III. MEDICINA COMPLEMENTARIA Y PRÁCTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD EN CHILE

3.1. MARCO JURÍDICO NACIONAL DE LA MC Y PBS

El reconocimiento de la Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud se sustenta en la necesidad de garantizar lo establecido en el artículo 19, N° 9, de la Constitución Política del Estado (Secretaría General de la Presidencia, 2005), que protege el derecho a la salud y el libre e igualitario acceso a las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud y de rehabilitación del individuo, enlazado con la responsabilidad constitucional del Estado y del Ministerio de Salud, de cautelar que esta libertad de elección y acceso a las acciones de salud, se efectúe sin detrimento de los intereses de las personas que hacen uso de este derecho constitucional.

El Código Sanitario (DFL N° 725), en tanto rige todas las cuestiones relacionadas con el fomento, protección y recuperación de la salud de los habitantes de la República, salvo aquellas sometidas a otras leyes (MINSAL 1967), es el antecedente jurídico directo del Decreto N° 42 (MINSAL, 2004), "Reglamento para el Ejercicio de las Prácticas Médicas Alternativas como Profesiones Auxiliares de la Salud y de los recintos en que éstas se realizan", que otorga reconocimiento legal a la Medicina Complementaria, aunque denominándola genéricamente como "prácticas médicas alternativas" e indistintamente como "prácticas médicas alternativas y complementarias". Su ejercicio queda entregado a las profesiones auxiliares de la salud, delimitando su ámbito de acción para ser efectuado en forma coadyuvante o auxiliar de la medicina, contando con autorización correspondiente, así como supervisión y fiscalización de la autoridad sanitaria local (artículo 5 del Decreto N° 42).

El Decreto N° 42 señala que las prácticas médicas alternativas y complementarias MAC "son todas aquellas actividades que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico y mental de las personas, mediante procedimientos diferentes a los propios de la medicina oficial". Se refiere al ejercicio de las terapias complementarias y su ámbito de acción, las cuales deben ser efectuadas en forma coadyuvante o auxiliar de la medicina. Establece un régimen normativo marco y un procedimiento para reconocer y regular las diferentes prácticas médicas alternativas, que contempla su elaboración mediante Decreto Supremo del Ministro de Salud; los cuales en cada caso indicarán su denominación, su definición, breve descripción de las acciones que les está permitido realizar y los conocimientos y destrezas necesarios para proceder a su ejercicio, así como el equipamiento indispensable para llevarla a cabo y las condiciones mínimas que éste debe cumplir (Art. 3°). Este reconocimiento y regulación será gradual y de acuerdo con prioridades específicas que el Ministerio de Salud determinará respecto de cada práctica médica alternativa. "La determinación de tales prioridades considerará su demanda poblacional, los eventuales riesgos que involucran sus procedimientos de administración, su eficacia terapéutica, su concordancia con los programas sanitarios vigentes y la disponibilidad de infraestructura técnica asequible que sustente su normalización" (Art. 4°). A partir del Decreto N° 42, el MINSAL ha reconocido y regulado como "prácticas médicas alternativas" la Acupuntura (Decreto N° 123 de 2006), Homeopatía (Decreto N° 19 de 2009) y Naturopatía (Decreto N° 5 de 2012).

También existe regulación aplicable a los productos y elementos o dispositivos empleados por las MC y PBS reguladas; en la acupuntura

estos se rigen por el “Reglamento de Control de Productos y Elementos de uso médico” (MINSAL, 1998). Los medicamentos homeopáticos se encuentran regulados en el Código Sanitario, en el Decreto 466 (DO: 12.03.1985)²¹ (MINSAL, 1984), y en el “Reglamento del Sistema Nacional de Control de los Productos Farmacéuticos de Uso Humano” (MINSAL, 2010). La Naturopatía puede emplear varias clases de productos: 1) Alimentos, suplementos alimentarios y alimentos para deportistas, que se rigen por el “Reglamento Sanitario de los Alimentos”; 2) Fitofármacos²² y Medicamentos Herbarios Tradicionales²³, que son medicamentos en base a plantas medicinales, definidos en los artículos 14° y 27° del Decreto N° 3 de 2010, respectivamente.

El listado de los Medicamentos Herbarios Tradicionales (MTH) se encuentra contenido en la Norma Técnica N° 133, (MINSAL, 2012)²⁴, pudiendo expendirse libremente, siempre que los establecimientos que realizan almacenamiento, fraccionamiento y envasado artesanal u otras propias de su procesamiento, estén autorizados de acuerdo a la Norma Técnica N° 128²⁵ (MINSAL, 2012). A diferencia

de los MHT, los fitofármacos requieren contar con registro sanitario ante el Instituto de Salud Pública, previo a su distribución en farmacias o establecimientos médico asistenciales.

Junto a ello, es necesario señalar, que en el ejercicio de estas MC y PBS, son aplicables todas las normas generales de salud y especialmente la ley 20.584 que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud, la que aborda diversos aspectos que resguardan la dignidad de las personas y por ello mismo su integralidad, entre otros aspectos éticos de la práctica e investigación en salud.

En este sentido es importante precisar el enlace de esta política con la bioética, definida en el Programa regional de Bioética de la OPS/OMS como “la disciplina que busca aclarar problemas éticos que surgen en relación a la salud: al hacer investigación con seres humanos, diseñar o implementar una política de salud, y brindar atención médica” (OMS/OPS, 2019)²⁶. La ética tiene dos caras, una corresponde al bien que anhelamos realizar y que llamamos felicidad, y la otra nos muestra el deber o la norma a cumplir;

²¹ “Reglamento de Farmacias, Droguerías, Almacenes Farmacéuticos, Botiquines y Depósitos Autorizados”

²² Artículo 14°.- Son fitofármacos, aquellas especialidades farmacéuticas cuyos ingredientes activos provienen de las partes aéreas o subterráneas de plantas u otro material vegetal y están debidamente estandarizados (MINSAL, 2010).

²³ Artículo 27.- Se entenderá por medicamentos herbarios tradicionales, aquellos constituidos por las plantas o partes de plantas, frescas o desecadas, enteras o trituradas, envasadas y etiquetadas artesanalmente y rotuladas con la denominación utilizada por la costumbre popular en el ámbito de las tradiciones culturales chilenas, que hayan sido reconocidos en la respectiva norma técnica aprobada por decreto supremo del Ministerio, a la que se alude en el párrafo siguiente. Se entenderán registrados para los efectos de su libre venta y distribución, por el solo hecho que la SEREMI competente haya autorizado el establecimiento donde se almacenan, elaboran, fraccionan o envasan o se realizan otras actividades propias de su procesamiento, debiendo cumplir las siguientes condiciones:

a) Deberán estar en un listado contenido en una norma técnica aprobada por decreto supremo del Ministerio, dictada en uso de sus atribuciones legales técnico normativas, la que señalará la denominación, propiedades terapéuticas y usos de cada una de ellas, debiendo ser empleadas como auxiliares sintomáticos.

b) Estar envasadas artesanalmente como especies vegetales aisladas, no mezcladas.

c) Consignar en sus rótulos sólo aquellas propiedades reconocidas en el decreto aludido precedentemente (MINSAL, 2010).

²⁴ Aprobada por Decreto Exento N° 25

²⁵ Aprobada por Decreto Exento N° 30

²⁶ En pág. web de OPS/OMS Programa regional de Bioética. <https://www.paho.org/hq/index.php?Itemid=4124&lang=es>

ella se vive en plenitud cuando se articulan las dos caras. Los principios o valores fundamentales de la bioética son: respeto por la autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia.

Dado los ingentes esfuerzos de la MC y PBS por desarrollar investigación clínica, la bioética como “actividad de análisis a la luz de principios y criterios éticos, que guía la práctica en las distintas áreas de la salud” (OMS/OPS), debe ser también una guía en la práctica de la MC y PBS, así como debe aplicarse la legislación nacional en esta materias, la que contempla una serie de normas²⁷ que la orientan y regulan, en la que se expresan los principios señalados.

La oferta de diversas MC y PBS, tanto en el sistema de salud público como en el privado y la evidencia clínica de sus aportes a la salud de las personas, recabada en este proceso, así como, la evidencia desarrollada y recopilada en importantes instituciones de salud internacionales como OMS/OPS (Traditional, complementary and integrative medicine) (OMS, 2019)²⁸, centros colaboradores de ésta (OMS, 2019)²⁹; y su incorporación en bases de datos como COCHRANE, MOSAICO, LILACS, MEDLINE, constituyen un elemento clave de avances en la documentación de su eficacia, para avanzar en el reconocimiento y regulación de dichas prácticas médicas complementarias.

En nuestro país, La medicina tradicional de los Pueblos Indígenas tiene su propia legislación. El art. nº 7 de la ley 20.584, señala que los prestadores públicos deben asegurar el derecho de las personas pertenecientes a pueblos originarios a recibir una atención de salud con pertinencia cultural. Desde lo integrativo, se considera este bagaje cultural como una herencia valiosa e insustituible, cuyo uso debe reconocerse, protegerse, validarse e integrarse al sistema de salud, para asegurar la conservación de sus sistemas de conocimientos y prácticas.

3.2. DEFINICIONES DE LAS MC-PBS

3.2.1. Evolución de los conceptos: de la Medicina Alternativa a la Complementaria e Integrativa

El uso y desarrollo de estas medicinas – tradicionales en sus países de origen y complementarias e integrativas, o alternativas en los países a los que llegan – han creado una amplia fuente de recursos terapéuticos y de cuidados de la salud, así como una amplia y diversa forma de nominarlas y clasificarlas, de acuerdo a los contextos culturales, legislaciones y modelos de salud en que se difunden. Estas medicinas, como la Tradicional China, Ayurvédica de la India, Unani árabe, o sistemas de salud

²⁷ Ley 19.628. de 1999, sobre protección de la vida privada. Reglamento Orgánico de los Servicios de Salud, en materia de Comités ético-científicos. Ley 20.120 de 2006, sobre la investigación científica en el ser humano, su genoma, y prohíbe la clonación humana. Ley 20584 de 2012, que regula los derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud. Reglamentos específicos de esta ley: D.S. Nº 23 sobre comisión de protección de derechos de las personas con enfermedades mentales; D.S. Nº 31 sobre consentimiento informado; D.S. Nº 35 sobre procedimiento de reclamos; D.S. Nº 38 que aprobó el reglamento de esta ley; D.S. Nº 40 que aprobó reglamento sobre requisitos básicos que deben contener los reglamentos internos de los prestadores institucionales públicos y privados para la atención de salud de las personas de la ley 20584; y D.S. Nº 41 sobre fichas clínicas. Así como, ley 20.609 de 2012, que establece medidas contra la discriminación. Decreto Nº 62 de 2012 (DO 8/07/2013), que aprobó reglamento para la constitución y funcionamiento de comités de ética asistencial.

²⁸ Véase en la página web de la OMS sobre “Traditional, complementary and integrative medicine”. Disponible en: <https://www.who.int/traditional-complementary-integrative-medicine/en/>

²⁹ Véase en página web de la OMS sobre “Centro colaboradores de la OMS”. Disponible en: <http://apps.who.int/whocc/List.aspx?cc...subject=Traditional+medicine&>

modernos como la Homeopatía, la Naturopatía y la Antroposofía, se han desarrollado tanto como sistemas completos o solo algunas de sus técnicas o disciplinas terapéuticas, como el yoga que es una terapia de la Medicina Ayurvédica o la auriculoterapia de la Medicina Tradicional China. A ello contribuye también la migración internacional, el mercado global de productos que son parte de los recursos terapéuticos de estas medicinas, la facilidad con que pueden aprenderse sus técnicas, la rapidez de sus adaptaciones culturales, su eficacia terapéutica y su bajo costo.

En Chile como en el resto del mundo, se han utilizado diversos conceptos para nombrar las “medicinas complementarias”. El Decreto N° 42, las denomina genéricamente “prácticas médicas alternativas”, indicando que podrán denominarse indistintamente “prácticas médicas alternativas y complementarias”, enlazándose de este modo con los conceptos de la Estrategia de Medicina Tradicional de la OMS 2002–2005 que las define como: “un conjunto diverso de sistemas, prácticas terapéuticas, productos naturales, homeopáticos y de atención de la salud que no se consideran actualmente parte de la medicina convencional, ni forman parte de la medicina tradicional propia de un país” (OMS, 2002, pág. 8).

En los últimos años el concepto de medicina “alternativa”, en el sentido de ser usada en forma alternativa y excluyente al sistema convencional, ha ido quedando en desuso en varios países incluido el nuestro, por los posibles

riesgos de la falta de tratamiento alopático, instalándose los conceptos de medicina complementaria e integrativa. Si bien no hay un concepto definido de medicina integrativa por parte de la OMS, la página web de este organismo denomina este tema de salud: “Traditional, complementary and integrative medicine” (OMS, 2018) develando este cambio. Por su parte, el Consorcio Académico para Medicina y Salud Integrativa de Brasil, parte colaboradora de la Biblioteca Virtual en Salud de Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas de la OPS,³⁰ señala respecto de la medicina integrativa dos definiciones³¹: “La medicina y la salud integrativa reafirman la importancia de la relación practicante–paciente, se enfoca en la persona de forma holística, es informada por la evidencia, y hace uso de todos los enfoques terapéuticos y de estilos de vida, profesionales de la salud y disciplinas para obtener óptima salud y sanación (The Academic Consortium for Integrative Medicine & Health). Un tipo de atención en salud que combina tratamientos médicos convencionales (estándar) con las terapias complementarias y alternativas que han sido probadas como seguras y efectivas. Las terapias complementarias y alternativas tratan la mente, el cuerpo y el espíritu. (National Cancer Institute)”.

En este mismo sentido, el Centro Nacional de Medicinas Complementarias e Integrativas del Instituto Nacional de Salud de EE.UU. (NCCIH), principal organismo del gobierno federal para la investigación científica sobre los métodos complementarios e integrales para la salud,

³⁰ La BVS MTCL es gestionada por la Red Regional en Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas de las Américas (Red MTCL Américas). Esta Red se ha establecido a través de la cooperación entre instituciones y organizaciones que promueven la formación, regulación, promoción, desarrollo de la investigación y prestación de servicios de MTCL. La Organización Panamericana de Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), por medio del Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME/OPS/OMS), actúa como articulador y facilitador de dicha Red.

³¹ Véase página web en: http://mtci.bvsalud.org/acerca/#tabs_desc_295_4

define la “*medicina integrativa*”, a la que también denomina “*medicina integrada*”, como “una práctica que combina los tratamientos de medicina convencional y de medicina complementaria y alternativa, sobre la cual existen datos científicos de inocuidad y eficacia” (NIH, 2017). El NCCIH, señala que resulta difícil definir la medicina complementaria y alternativa, porque se trata de un campo muy amplio y en constante evolución. Agrupa las prácticas de medicina complementaria y alternativa en categorías amplias, como productos naturales, medicina de la mente y el cuerpo, así como prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo.

Esta institución realiza las siguientes definiciones³²:

- *Métodos complementarios para la salud*: refiere a prácticas y productos de origen no convencional.
- *Salud integral*: incorporación de métodos complementarios a la atención convencional de la salud.
- *Medicina Alternativa y Complementaria*: conjunto de sistemas, prácticas y productos que, en general, no se consideran parte de la medicina convencional.
- *Sistemas médicos alternativos*: están basados en sistemas completos de prácticas terapéuticas, que a menudo han evolucionado de manera separada y en muchos casos tienen miles de años de antigüedad, con respecto al enfoque médico convencional actual. Ejemplos de sistemas médicos alternativos son la Homeopatía, la Medicina Tradicional China, la Medicina Sasang, la Medicina Unani y el Ayurveda.
- *Medicina complementaria*: aquellas terapias que no conforman el sistema médico convencional, pero que sin embargo pueden ser utilizadas conjuntamente con la medicina alopática y la medicina alternativa.
- *Medicina convencional*: también denominada medicina occidental o alopática, es la medicina que practican los médicos, los osteópatas y los profesionales sanitarios asociados, como fisioterapeutas, psicólogos y enfermeras diplomadas.
- *Tipos de medicina complementaria y alternativa*: categorías amplias de las prácticas de medicina complementaria y alternativa, como: productos naturales, medicina de la mente y el cuerpo, prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo. “Si bien estas categorías no están definidas formalmente, resultan útiles para describir las prácticas de medicina complementaria y alternativa. Algunas prácticas de medicina complementaria y alternativa podrían corresponder a más de una categoría” (NIH, 2017).
- *Productos naturales*: incluyen el uso de diversos medicamentos de hierbas (también denominados productos botánicos), vitaminas, minerales y otros “productos naturales”. Muchos son de venta libre (sin receta) como los suplementos dietéticos³³.

Respecto de las prácticas complementarias, el NCCIH las clasifica de la siguiente manera:

- *Medicina de la mente y el cuerpo*: Las prácticas de la medicina de la mente y el cuerpo se centran en las interacciones entre el cerebro, la mente, el cuerpo y el

³² Véase en página web de NIH: <https://nccih.nih.gov/node/3768#hed3>

³³ En Chile la regulación de los suplementos alimentarios se encuentra en el Reglamento Sanitario de los Alimentos, Dto. 977 de 1996.

comportamiento, con el propósito de usar la mente para influir en las funciones físicas y promover la salud. Muchas prácticas de medicina complementaria y alternativa abarcan este concepto de diferentes formas. Incluye técnicas de meditación, yoga, acupuntura, ejercicios de respiración profunda, ensoñación dirigida, hipnoterapia, relajación progresiva, qi gong y tai chi (NIH, 2017).

- *Prácticas de manipulación y basadas en el cuerpo:* Ellas hacen énfasis en las estructuras y sistemas del cuerpo, entre ellos los huesos y las articulaciones, los tejidos blandos y el sistema linfático y circulatorio. Esta categoría comprende dos terapias de uso frecuente: la manipulación de la columna vertebral y la terapia de masaje, que abarca muchas técnicas diferentes (NIH, 2017).

El NCCIH también describe otras prácticas de medicina complementaria y alternativa como:

- *Terapias de movimiento:* Una amplia variedad de métodos orientales y occidentales basados en el movimiento que se emplean para promover el bienestar físico, mental, emocional y espiritual. Algunos ejemplos incluyen: el método de Feldenkrais, la técnica de Alexander, pilates, la integración estructural de Rolfing, y la integración psicofísica de Trager (NIH, 2017).
- *Las prácticas de los curanderos tradicionales:* También pueden considerarse una forma de medicina complementaria y alternativa. Los curanderos tradicionales utilizan métodos basados en teorías, creencias y experiencias indígenas transmitidas de generación en generación (NIH, 2017).
- *Prácticas energéticas:* Algunas prácticas

de medicina complementaria y alternativa comprenden la manipulación de diversos campos de energía para influir en la salud. Dichos campos pueden caracterizarse como auténticos (mensurables) o supuestos (aún no medidos). Las prácticas basadas en formas auténticas de energía incluyen las que emplean campos electromagnéticos (es decir, terapia magnética y terapia de luz). Las prácticas basadas en campos energéticos supuestos (también conocidos como “biocampos”) en general reflejan el concepto de que en los seres humanos fluyen formas sutiles de energía; el qi gong, el Reiki, y el toque terapéutico son ejemplos de estas prácticas (NIH, 2017).

3.2.2. Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud; Conceptos acuñados en Chile

En nuestro país, hemos consensuado institucionalmente que el campo de la medicina complementaria incluye no sólo sistemas de salud y técnicas o disciplinas terapéuticas encaminadas al tratamiento de dolencias, sino también prácticas que ponen el acento en aspectos promocionales de la salud, contribuyendo al bienestar y mantenimiento de esta, como el yoga, el qi gong, la meditación entre otras, motivo por el que esta Orientación Técnica adopta el nombre de Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud (MC y PBS).

Para efectos de esta orientación hemos acuñado lo definido en la “política” respecto a la noción de “Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud”:

- **Medicina Complementaria (MC):** Agrupación de sistemas médicos y/o componentes de estos, distintos del oficial

o convencional que se lleven a cabo con el propósito de recuperar, mantener e incrementar el estado de salud y bienestar físico, social, mental y espiritual de las personas; y

- **Prácticas de Bienestar de la Salud (PBS):** Disciplinas y métodos no invasivos del amplio campo de la MC, que facilitan el bienestar biosicosocio-espiritual de las personas, contribuyendo al desarrollo de recursos individuales y colectivos para la salud y el tratamiento de las enfermedades. Estas PBS incluyen actividades y actitudes preventivas y promocionales como: actividad física, alimentación saludable; vínculos sociales, resiliencia, pensamientos y emociones positivas, y autonomía, las que pueden aportar al bienestar, especialmente respecto de quienes anhelan una calidad de vida satisfactoria, una adultez mayor plena y un envejecimiento positivo.

3.3. SITUACIÓN A NIVEL NACIONAL

En términos epidemiológicos, Chile se comporta similar al resto de las naciones. Los resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 observa un elevado nivel absoluto de morbilidad por enfermedades crónicas y sus factores de riesgo³⁴, así como que “en su mayoría estas enfermedades fueron adquiridas durante el proceso de socialización por la exposición a fuertes determinantes sociales que modulan la adquisición de estilos de vida poco saludables” (Margozzini Maira & Passi Solar, 2018, pág. 31). Si bien la situación global de salud del país ha

mejorado en la última década, las enfermedades transmisibles mantienen su vigencia, y las patologías crónicas no transmisibles y violencia representan ya el grueso de la carga de salud para el país con gran preponderancia de la temática cardiovascular y de salud mental³⁵. Por ello, la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 hace foco en los factores de riesgo, proponiendo “desarrollar hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población”³⁶.

La Medicina Complementaria puede constituirse en un medio importante para afrontar el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) que son la principal causa de mortalidad prematura y discapacidad en todo el mundo; enfermedades como las que aquejan al sistema cardiovascular, el cáncer, la diabetes y enfermedades pulmonares crónicas, son causadas por estilos de vida inadecuados, con altos índices de sedentarismo, dieta no sana, consumo de alcohol y tabaco (OMS, 2013). En este contexto, varios estados miembros en América Latina (Nicaragua, Bolivia, Brasil, Cuba, Ecuador, México entre otros) han elaborado políticas de salud que incluyen medicina tradicional y complementarias, reconociendo su potencial contribución al mejoramiento de los servicios de salud, los resultados sanitarios y la calidad de vida de las personas, a costos razonables.

A fin de construir una base de conocimientos necesaria para la gestión activa de la medicina complementaria, desde el MINSAL

³⁴ Véase en artículo “Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile” (Margozzini Maira & Passi Solar, 2018). Disponible en: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/article/view/1354>

³⁵ Metas 2011 2020. Elige vivir cano. ESTRATEGIA NACIONAL DE SALUD Para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios de la Década 2011-2020. <https://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddb96ca6de0400101640159b8.pdf>

se ha impulsado la búsqueda y elaboración de información que permita esbozar una caracterización y un perfil de la Medicina Complementaria en nuestro país. Entre los estudios realizados, publicados y disponibles en la página web del MINSAL <https://www.minsal.cl/medicinas-complementarias-estudios-y-documentos/> se encuentran:

- ***“Evaluación de terapias complementarias / alternativas en el sistema público de salud. Bases para su normalización”*** (MINSAL. Centro de Estudios para la Calidad de Vida 2008), cuyo objetivo general fue determinar las condiciones de implementación de determinadas terapias ofrecidas por profesionales y practicantes de algunas de estas medicinas.
- ***“Diagnóstico Situacional de Medicinas Complementarias Alternativas en el País”*** (MINSAL. Universidad de Talca 2010) Este fue el primer Censo-Encuesta Nacional de Medicinas Complementarias/Alternativas que se realizó en el país y cuyo objetivo fue hacer un primer acercamiento a la realidad que presentaban estas medicinas a nivel nacional.
- ***“Uso Medicinas Complementarias / Alternativas en la Red Asistencial del Sistema Nacional de Servicios de Salud”*** (MINSAL. Centro de Estudios para la Calidad de Vida [CECV] 2012) el que permitió el registro de información de 125 establecimientos que realizan alguna práctica de medicinas complementarias, dando cuenta de un primer diagnóstico de la situación de las Medicinas Complementarias / Alternativas (MCA).
- ***“Conocimiento, utilización y grado de satisfacción de la población chilena en relación a las medicinas complementarias/***

alternativas” (MINSAL. Pragma Consulting 2012), cuyo objetivo fue obtener información acerca del conocimiento, uso y satisfacción que la población chilena tiene respecto a la Medicina Complementaria / Alternativa (MCA).

- ***“Estudio para Validar un Protocolo de Implementación de Terapias Complementarias/Alternativas en la Red Asistencial”*** (MINSAL. Leighton Alejandra y Monsalve Daniela, 2013) cuyo objetivo era disponer de un diseño de investigación y de un protocolo a aplicar en la evaluación de resultados en el uso de terapias de Medicinas Complementarias/Alternativas en la red asistencial.

Estudios en materia de Herbolaria médica y uso de las plantas medicinales chilenas:

- ***“Herbolaria Médica de Chile, Diagnóstico de su estado actual y perspectivas futuras para la Medicina Oficial Chilena”*** (Campos Mellado, 1996). Este es un catálogo de 464 diferentes especies vegetales de uso medicinal popular actual en el país, cuyos efectos terapéuticos están validados científicamente de manera suficiente o aceptable para 65 plantas.
- ***“Medicamentos Herbarios Tradicionales: 103 especies vegetales”*** (MINSAL 2009, edición digital se encuentra en la página web del MINSAL en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/02/Libro-MHT-2010.pdf>) Este libro digital informa sobre estas 103 especies, mediante monografías individuales con sus denominaciones científicas y populares, aspecto físico ilustrado mediante láminas y fotografías, y descripción de sus diferentes características y cualidades tanto curativas

como agronómicas e incluso culinarias cuando es el caso, con la correspondiente indicación terapéutica. Respaldado con la Resolución N° 548 exenta de 27 de julio de 2009 (DO 08.09.09).

- ***“Documentación en terreno de Experiencias de Buenas Prácticas de Fitoterapia en la Red Asistencial”*** (MINSAL. Leighton Alejandra y Monsalve Daniela, 2015), esta investigación corresponde a un Estudio de Casos Múltiples, que sistematizó cinco experiencias a nivel nacional, que recogen las principales líneas de acción desarrolladas para la implementación de buenas prácticas en el uso de plantas medicinales para ser incorporadas en las atenciones de salud, como también, en el trabajo comunitario que desarrollan los equipos de la red de APS en relación a la fitoterapia.

3.4. MAGNITUD DEL USO DE LAS MC-PBS

Las últimas Encuestas Nacionales de Salud (ENS 2009-2010 y 2016-2017), incluyen preguntas sobre uso de productos naturales y de medicina alternativa. En la ENS 2009-2010 un 85,8% de los entrevistados manifiesta que le agradaría que existiera la posibilidad en el centro de salud municipal u hospital público de recibir este tipo de terapias complementarias (MINSAL, 2010) y 93,1% en la ENS 2016-2017 (último dato aún de carácter preliminar).

Datos preliminares del REM -A31 de Medicinas Complementarias, nos permiten contar con algunas cifras de su uso. Durante el año 2019, se realizaron 179.068 prestaciones con terapias en

atención individual en los 29 Servicios de Salud y 60.638 prestaciones con terapias y prácticas de bienestar en atención grupal en 24 Servicios de Salud, a un total de 158.072 personas, lo que representa un aumento importante respecto al año 2018 en que se reportaron 165.483 prestaciones con terapias complementarias en 27 Servicios de Salud.

Del total de las personas que reciben terapias complementarias, 79% corresponden a mujeres y 21% a hombres, de los cuales 91% son pacientes, 7% funcionarios y 2% familiares o cuidadores. Las mujeres son las que reciben la mayor cantidad de prestaciones de MC, para ambos tipos de terapias, reguladas y no reguladas (MINSAL, 2019)³⁷, lo que es una oportunidad para contribuir a los programas de atención a la mujer, en el curso de vida de estas. El dato relativo a los funcionarios es un importante antecedente, concordante con la creciente incorporación de la MC en las actividades de los departamentos de bienestar de los funcionarios de la salud y en general de los funcionarios públicos en el marco del autocuidado y la búsqueda del bienestar y la salud.

Estas prestaciones se dan en todo el curso de vida, desde los 0 años hasta los 80 y más años. La mayor proporción de las atenciones se encuentra en adultos, a partir del grupo de 35-39 años hasta el de 70-74 años (65,17% el 2018 y 65,45% de prestaciones en atención individual el 2019), alcanzando la mayor concentración entre los 45 y 69 años (46,70% el 2018 y 46,04% el 2019). En adultos mayores (60 a 80 y más años) se efectuó el 35,15% de las atenciones el 2018 y 31,97% de prestaciones en atención individual el 2019.

³⁷Datos obtenidos a partir de información estadística preliminar disponible en <http://webdeis.minsal.cl/rem2018/>

De las prestaciones con terapias en atención individual, el 76% corresponde a terapias no reguladas, destacando entre éstas Terapia Floral (28,06%), seguida de Masoterapia (11,37%). En las terapias y prácticas de bienestar en atención grupal y comunitaria, aquellas que tienen la mayor proporción son: Huertos Medicinales o Alimenticio/Medicinales (27,47%), Yoga (25,38%), Otras (14,44%) y Chi Kung / Qi Gong (12,41%).

Respecto de las terapias y prácticas de bienestar entregadas en atención grupal y comunitaria el año 2019, ellas también se dan en todo el curso de vida, desde los 0 años hasta los 80 y más años. Sin embargo, este tipo de prestaciones se realizan en un 63,27% en adultos mayores (60 a 80 y más años), alcanzo su pick en el rango de los 75-79 años con un 27,54%. La mayor proporción de este tipo de prestaciones se da en Huertos Medicinales o Alimenticio/Medicinales con un 87,48%, del cual un 80,30% corresponde al grupo etario de 75-79 años; le siguen en segundo y tercer lugar el Chi Kung /Qi Gong y el Tai Chi con 80,06% y 77,68% respectivamente.

Las terapias no reguladas se presentan en una mayor proporción que las reguladas, 76 y 24% respectivamente, lo que establece el desafío de avanzar en el desarrollo de su reconocimiento y regulación. La Acupuntura es la terapia regulada que presenta el mayor número de atenciones (21%). Dentro de las terapias no reguladas, Terapia Floral (27%). es el ítem que presenta el mayor porcentaje de atenciones a nivel nacional (28%).

El nivel de atención primaria de salud concentra la mayor cantidad de prestaciones de MC y PBS, con un 82% (274 establecimientos), el nivel secundario un 3% (9 establecimientos) y el nivel terciario un 13% (44 establecimientos).

La distribución porcentual de prestaciones por marco de atención mantiene una tendencia similar los años 2018- 2019 y 2020, como se puede observar en la tabla siguiente. Destacan en orden de importancia, en primer lugar, Salud Mental, seguido por Derivado desde Morbilidad los años 2018 y 2019 y Consulta Espontánea el año 2020 se registra en segunda instancia, pasando derivado desde morbilidad a una tercera instancia.

Tabla 1. Distribución porcentual de prestaciones por marco de atención

Marco de Atención	Prestaciones		
	2018 (%)	2019 (%)	2020 (%)
Salud mental	34,62%	30,93%	34,0%
Derivado desde morbilidad	23,95%	20,56%	14,1%
Consulta espontánea	9,56%	13,95%	18,9%
Otros	11,03%	9,87%	10,1%
Rehabilitación física	7,90%	8,27%	9,4%
Derivado desde especialidad	3,81%	5,43%	7,0%
Manejo del dolor	4,73%	4,65%	1,8%
Cardiovascular (crónico)	1,84%	2,28%	1,3%
Paciente hospitalizado	1,09%	0,92%	0,2%
Otros crónicos		0,70%	0,5%
Salud oral	0,12%	0,68%	0,0%
Dependencia severa	1,02%	0,57%	1,0%
ChCC-Programa infantil		0,55%	0,7%
Cáncer (QT/RT)	0,29%	0,42%	0,4%
Salud sexual y reproductiva		0,19%	0,4%
Hospitalización domiciliaria	0,04%	0,03%	0,1%
Total	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: REM A31, datos preliminares periodo Enero - diciembre 2018-2019-2020

La proporción de profesionales que atienden con Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud son: terapeutas complementarios 53,31%, médicos 11,58%, psicólogos 10,79% y kinesiólogos un 9,47%.

Registro de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud

El Registro de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud³⁸ es la base de datos que contiene la nómina de los prestadores de las tres terapias reguladas: acupunturistas, homeópatas y naturópatas como profesiones auxiliares de salud, para lo cual se requiere contar con los certificados de estudios o de acreditación ante la autoridad sanitaria, exigidos por los respectivos reglamentos.

³⁸ La página web para el "Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud" está disponible en: <http://webhosting.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresindividuales.nsf/buscador?openForm>

Tabla 2. Terapeutas registrados en la Superintendencia de Salud. Reporte al 05 de octubre de 2021

Habilitación ³⁹	Nº inscritos
Acupunturista	1.397
Doctor en Acupuntura	1
Doctor en Naturopatía	1
Homeópata	107
Naturópata	487
Naturópata Holístico Acupunturista y Homeópata	78
Técnico de Nivel Superior en Naturopatía	18
Técnico de Nivel Superior en Naturopatía Holística	8
Total general	2.097

Fuente: Superintendencia de Salud, registro de prestadores individuales

Productos registrados en el ISP: El Instituto de Salud Pública es el encargado de registros de productos farmacéuticos. Todo producto farmacéutico importado o fabricado en el país, para ser distribuido o utilizado a cualquier título en el territorio nacional deberá contar previamente con registro sanitario. Cuenta con 471 medicamentos homeopáticos y 259 fitofármacos autorizados con sus registros vigentes, de los cuales 442 y 188 tienen condición de venta directa respectivamente (ISP, 2019)⁴¹.

Registro de productos relacionados a las tres terapias reguladas

Farmanet: Base de datos de farmacias autorizadas y habilitadas a nivel nacional, la que contempla 75 farmacias homeopáticas autorizadas y habilitadas a nivel nacional sobre un total de 3.410 farmacias alopáticas, las que también venden fitofármacos y productos homeopáticos⁴⁰.

³⁹ Como antecedente Acupunturista, Homeópata y Naturópata son habilitaciones otorgadas por las respectivas Seremis de Salud. La carrera de Naturópata Holístico Acupunturista y Homeópata, y Técnico de Nivel Superior en Naturopatía Holística son titulados de la Universidad de Aconcagua. La carrera de Técnico de Nivel Superior en Naturopatía es otorgada en el Instituto Profesional Carlos Casanueva.

⁴⁰ Fuente: Farmanet. Consultada el 9/08/2019.

⁴¹ Información aportada por el ISP y obtenida a partir de su base de datos actualizada al 11 de julio de 2019. Base de datos disponible en: <http://registrosanitario.ispch.gob.cl/>



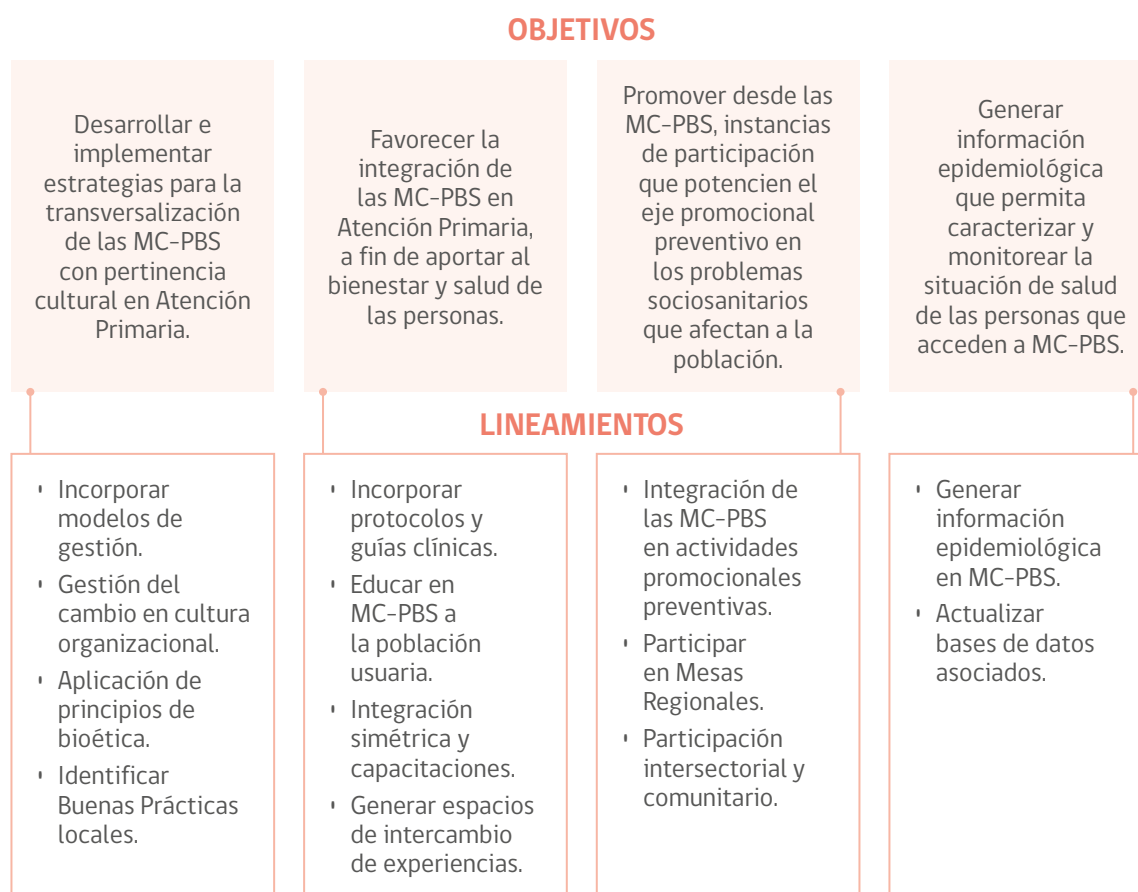


CAPÍTULO IV. PRINCIPALES LINEAMIENTOS

En la integración de la medicina complementaria
y prácticas de bienestar de la salud en atención
primaria

En el marco del propósito de estas Orientaciones, que dice relación con *“establecer las bases y lineamientos para que los administradores, directivos, equipos de salud y terapeutas en MC puedan incorporar, integrar y potenciar el desarrollo de estas disciplinas en atención primaria de salud (APS) según los principios del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar (MAIS) para el fortalecimiento de la salud, bienestar y desarrollo humano integral de las personas, familias y comunidades”*, a continuación se exponen los principales objetivos y lineamientos a considerar en la implementación de la medicina complementaria y prácticas de bienestar de salud (MC-PBS), en los centros de salud públicos:

Ilustración 5. Objetivos y lineamientos de la Medicina complementaria y prácticas de bienestar de salud (MC-PBS)



Fuente: Elaboración propia

A continuación, se describen las principales estrategias que permiten operacionalizar cada uno de los lineamientos:

Transversalización de la MC-PBS con Pertinencia cultural en el sistema de salud

- Elaborar e implementar modelos de gestión de la medicina complementaria y sus prácticas de bienestar en salud en los distintos niveles de intervención.
- Integrar la medicina complementaria y sus prácticas de bienestar de la salud en el modelo de atención de salud.
- Gestión del cambio en la cultura organizacional de los establecimientos de salud en relación a la medicina complementaria y prácticas de bienestar (incluye a usuarios internos y externos).
- Promover la aplicación de los principios de la bioética.
- Identificar buenas prácticas locales de las MC-PBS y promover su evaluación, sistematización e intercambio.

Integración entre la MC-PBS y sistema de salud

- Incorporar en el proceso de atención: protocolos, guías clínicas, seguimiento, entre otros.
- Entregar información para que las personas decidan de manera informada su opción de atención con medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud.
- Integración simétrica en el sistema de salud y capacitaciones (política y estrategia nacional de salud, normativo, modelo de gestión y de atención, planes y programas).

- Generar espacios de intercambio de experiencias en MC-PBS entre diferentes actores de la red, asistenciales y comunitarios, e intersector.

Promoción y participación en salud de las MC-PBS

- Incorporación de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud en estrategias de promoción y prevención de la salud (prácticas de fortalecimiento y bienestar de la salud, estrategias de anticipación del riesgo, huertos, buenas prácticas).
- Participar en Mesas Regionales de MC-PBS (según lineamientos dirigidos a salud pública; información actualizada, articulación de actores sectoriales e intersectoriales: MINEDUC, MINAGRI, MINISTERIO MEDIO AMBIENTE, INAPI).
- Vinculación con organizaciones comunitarias (territoriales y funcionales): integrar conocimientos, saberes y prácticas populares en salud, aportando al trabajo intra e intersectorial.

Sistemas de Información Sanitaria y MC-PBS

- Generar información epidemiológica que permita caracterizar y monitorear la situación de salud de las personas que acceden a medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud.
- Actualización permanente de información de bases de datos y registros de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud: ENS, REM, Registro de Prestadores Individuales (Superintendencia de Salud, ISP, DEIS, otros).
- Sistematización de prácticas de MC-PBS.

En este contexto, la Atención Primaria de Salud es responsable de proveer procesos y estructuras que propicien la mejora de la calidad y la seguridad de las acciones que realiza, incluidas la MC-PBS, debiendo entonces:

- Aplicar normas de calidad y pautas para garantizar la uniformidad del sistema y consecuentemente, gestionar el riesgo derivado de las acciones en salud.
- Promover la equidad en todos y cada uno de sus dispositivos locales, respecto del acceso y la oportunidad de dichas acciones.
- Normalizar los requisitos de capacitación y conocimientos que deben tener los practicantes para fomentar la credibilidad de las prácticas complementarias y tradicionales y aumentar la confianza de las personas.
- Regular la colaboración entre dispositivos de APS y de la MC-PBS, para mejorar los resultados del tratamiento y fomentar la integralidad del sector salud.
- Promover el intercambio de experiencias en MC-PBS.

La integración de las MC-PBS a los dispositivos debiera estar en concordancia con los recursos locales y las preferencias de las personas, dando así cuenta de la pertinencia cultural y territorial, propia del MAIS.

4.1. POBLACIÓN

La población objetivo son todas las personas beneficiarias de la red de prestadores del sistema público chileno, que consienten en adherir a MC-PBS y que, pudiendo optar a los distintos niveles de intervención del sistema, acceden a éstas, a través de solicitud directa

y/o derivación interna o externa en la Red de Salud.

4.2. ORGANIZACIÓN DE LAS PRESTACIONES DE MEDICINA COMPLEMENTARIA Y PRACTICAS DE BIENESTAR DE LA SALUD

Para lograr una implementación exitosa de la medicina complementaria y las prácticas de bienestar de la salud en la APS es fundamental la vinculación con la comunidad, el intersector y la red de salud, buscando una constante sinergia con estas instancias, con miras a fortalecer la gestión sanitaria en promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de las personas que lo requieran, en modalidad individual, grupal, familiar y comunitaria, fomentando y favoreciendo su autocuidado y participación comunitaria.

4.2.1. Proceso de Bienestar y Sanación

En el ser humano no existe fragmentación sino una red continua de interacción, que organiza y reorganiza la información en un espiral permanente, la cual va enriqueciéndose, creando hitos de experiencias donde nueva información ingresa al sistema.

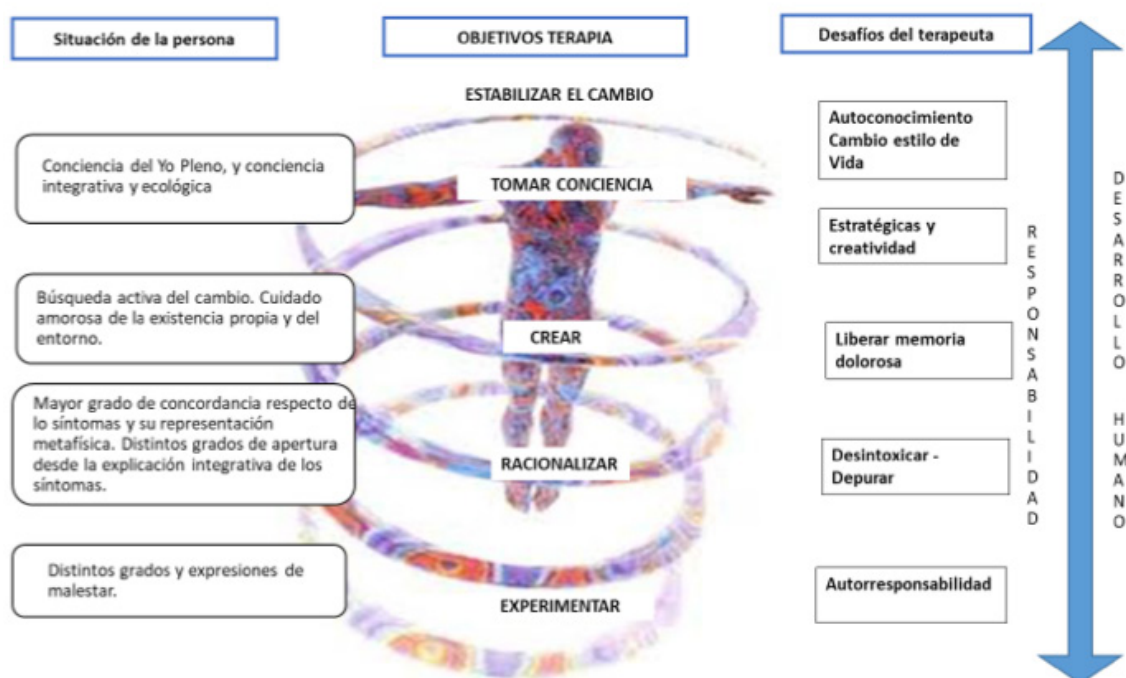
En el proceso de sanación se deben integrar las características del aprender de cada persona⁴² y el contexto individual y familiar, ya que la persona se enfrenta a un nuevo ciclo de aprendizaje. La persona consulta generalmente en crisis, ya sea por síntomas crónicos, agudos, cansancio, depresión, angustia, sensación de insatisfacción ante la vida, entre otros. Para ello es necesario que el terapeuta pueda considerar el proceso de aprendizaje e integrar en sus sesiones las diferentes etapas por la cual necesariamente va a pasar la persona.

⁴² Kolb, D. (1984a), *Experiential learning experiences as the source of learning development*. Nueva York: Prentice Hall

Podríamos caracterizar diferentes fases en el proceso de sanación, donde la persona cuenta cada vez con un mayor autoconocimiento, que le permite cambiar el paradigma de la creencia que lo limita en su autosanación, alcanzando un mayor bienestar. En términos generales es

posible distinguir cinco fases (Experimental, racionalizar, crear, tomar conciencia, estabilizar el cambio), considerando que el ser multidimensional por esencia tiene una diversidad muy amplia de cómo hacer su propia sanación (Ver ilustración 6).

Ilustración 6. Fases del Proceso de bienestar y sanación



Los consultantes suelen estar en sus primeros estadios, cuando solicitan ayuda, muy desconectados de su enfermedad, no observando que son parte del problema y de la solución, para ellos es inviable creer que tienen un poder de auto sanación y por lo general no tienen hábitos de introspección, se encuentran en estrés, cansados, con grandes temores. El acceso al cuerpo energético es difícil por el bloqueo del estrés. El terapeuta lo guiará con la palabra y con herramientas de la medicina complementaria a subir su estado vibracional, para desvincularlo de las emociones y

pensamientos negativos y de sus creencias de no ser capaz. Puede utilizar diversas prestaciones de medicina complementaria y de sus prácticas de bienestar de la salud para lograr que la persona escale las etapas de autorreconocimiento, autorresponsabilidad, para lograr la capacidad de control de sí mismo, despejando las memorias dolorosas hasta alcanzar estabilidad, alegría, agradecimiento y amor para sí mismo.

Se analizan con la persona conductas de autocuidado que pudiera incluir en su vida

(actividad física, alimentación saludable, meditación, aumentar el contacto con la naturaleza, entre otros) y poner en marcha el proceso de sanación. El éxito de una terapia se evidencia cuando el consultante descubre y acepta sus limitaciones tanto como sus dones y se despierta el agradecimiento por la vida y su espíritu de servicio.

Ello requiere de un terapeuta integral, que se acerca mirando siempre a la persona en su integralidad y que está en un proceso de aprender desde su experiencia, en un camino espiral ascendente y descendente, buscando comprender en toda su magnitud cómo acompañar a la persona con aquella MC-PBS que facilite el incremento de su nivel de vibración.

El aumento progresivo de conciencia es un desafío humano, para alcanzar la más alta vibración del amor incondicional que le acercará a la felicidad, la salud y la abundancia integral. Ello requiere entregarse al camino progresivo y en espiral que le permitirá explorarse, desbloquearse, conocerse a sí mismo. En ese camino la MC-PBS cumplen un rol de acompañamiento y asesoramiento del desarrollo integral del Ser, colaborando con desbloques de las energías que por las experiencias vividas se han mantenido en los campos sutiles.

4.2.2. Acceso a las prestaciones de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud

El acceso a las prestaciones de MC-PBS debe seguir un orden y flujo claro para contribuir a su igualdad, con responsables y protocolos determinados según criterios y recursos locales, con una definición clara de los procesos de evaluación y en el marco del modelo de atención

integral de salud familiar y comunitario. En anexo 1 revisar esquema de protocolo, aportado desde el Servicio de Salud de Talcahuano.

Los tipos de organigramas y flujos pueden ser diversos según realidad local, pero se sugiere que deben considerar los siguientes puntos:

Vías de acceso

La persona puede llegar de forma espontánea solicitando las prestaciones o bien derivado por profesional de la salud y/o terapeuta del **centro de salud** o desde **otra entidad de la red de salud** definida localmente (por ejemplo: postas de salud rural, COSAM, nivel secundario, etc.), vía documento formal (interconsulta u hoja de derivación), la que debe indicar –a lo menos– motivo de derivación, diagnóstico y /o síntomas, solicitud y profesional responsable de dicha derivación.

• Ingreso por consulta espontánea

En este tipo de ingreso debe ser considerada con especial atención la vigencia de los controles regulares de salud (por ejemplo: evaluaciones de medicina preventiva, controles, inasistencias, otros). En la entrevista de ingreso, se debe enfatizar una evaluación multidimensional de la persona consultante (incorporando la dimensión espiritual, desde su contexto personal).

En este caso, es recibido por el terapeuta, quien realiza ingreso y puede eventualmente, derivar a evaluación médica, si pesquiza algún factor de riesgo de enfermar y/o desestabilización de su estado de compensación actual. En el caso que la persona llega desde un estado de enfermedad se debe aplicar el flujograma de derivación local, según patología que motiva la consulta o realizar derivación

médica. Una vez regulada su condición de salud, puede volver a solicitar el ingreso a MC-PBS.

- **Ingreso desde derivación profesional o desde otra entidad de la red de salud**

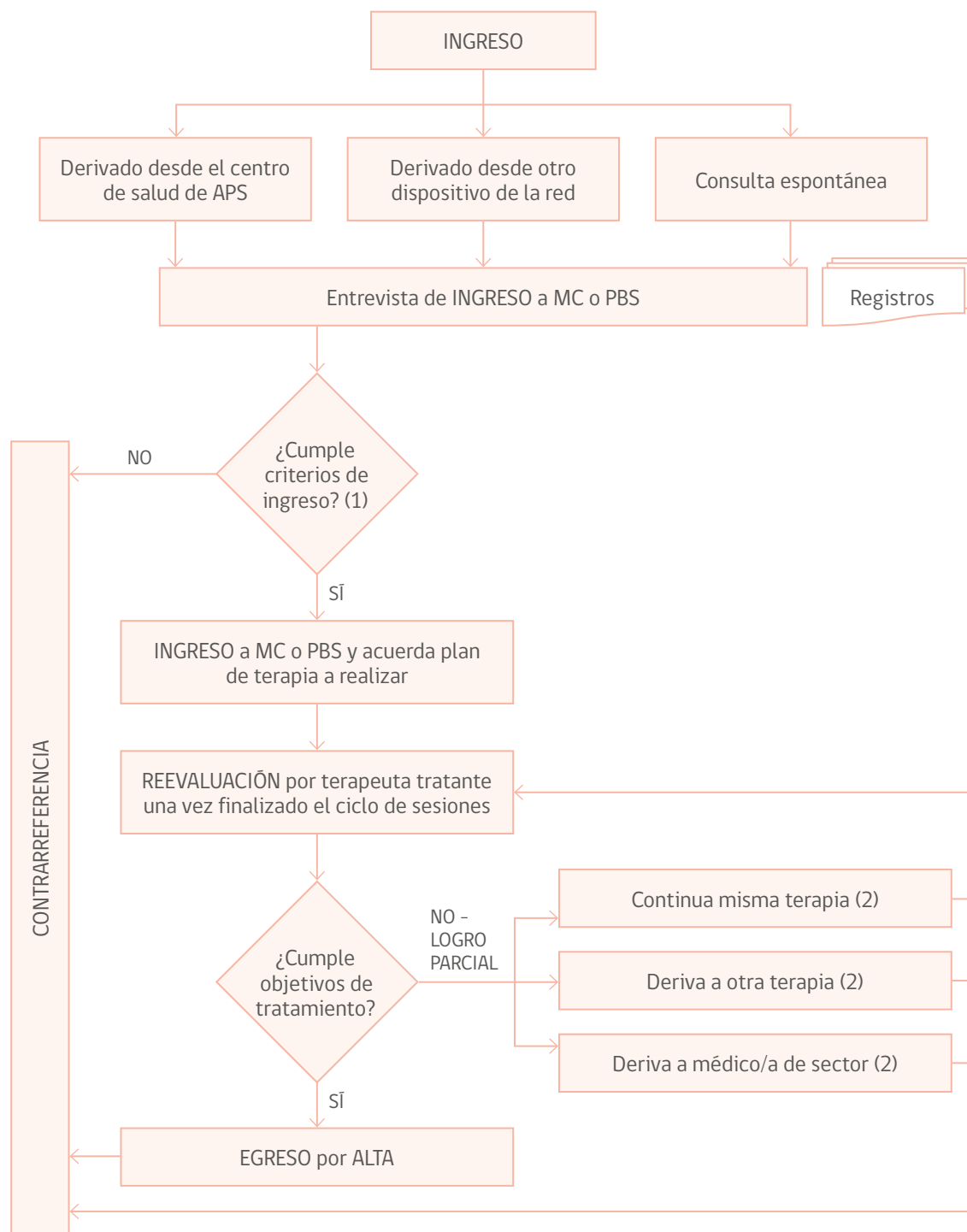
En este caso se revisará la pertinencia de la derivación por parte del encargado y/o terapeuta, mediante los sistemas de evaluación propios de MC-PBS a la cual está solicitando el ingreso. A partir de la evaluación inicial de ingreso, el terapeuta decidirá si la intervención es atingente y contribuirá en la disminución de síntomas y/o mejoras en el estado de salud de la persona consultante. En caso contrario se derivará a reevaluación con profesional correspondiente o derivación a otra MC-PBS.

El proceso de atención se inicia mediante entrevista a una persona y/o familia que presenta algún estado en salud que requiera de acompañamiento en su proceso de sanación, o busca mejorar condiciones de bienestar y salud, tanto por derivación de miembro del equipo de salud o comunidad, como de la red de salud o por demanda espontánea, para lo cual sus exámenes o controles preventivos deben estar realizados al momento del ingreso. Al finalizar la entrevista se determina pertinencia o no de ingreso, para lo cual se debe contrarreferir o establecer un plan de cuidados consensuado en niveles de atención individual, grupal o comunitario, donde el equipo de salud y las personas acordarán de conjunto el proceso de sanación.

El proceso terapéutico, independiente de la modalidad, se desarrollará según número

de sesiones determinado de manera local, considerando la disponibilidad de recursos. Simultáneamente se puede complementar con otra MC-PBS, siempre y cuando el proceso de sanación sea optimizado. Al finalizar las sesiones de tratamiento, se realizará una reevaluación que determinará si es necesario darle continuidad en las atenciones de medicina complementaria, o si bien, los objetivos planteados en conjunto fueron alcanzados, se puede considerar el alta en este tipo de atención. Independiente de los resultados de la evaluación final, siempre se realizará una contrarreferencia que mantenga la continuidad de los cuidados (ver figura 7).

Ilustración 7. Flujoograma de atención



(1) Criterios de Ingreso: Controles vigentes en Atención Primaria; Diagnóstico y tratamientos médicos asociados al motivo de derivación vigentes; Otros criterios locales de derivación.

(2) Pueden realizarse las tres opciones simultáneamente, o las que el/la terapeuta considere pertinentes, incorporando directrices locales.

a. Durante el ingreso son importante las siguientes acciones:

- Generar la acogida y vinculación con la persona a atender y/o su cuidador, desde el primer contacto.
- Identificar y reconocer en conjunto con la persona los recursos cognitivos, afectivos, espirituales y sociales en ella.
- Determinar pertinencia del ingreso.
- Realizar registros, centrados en la persona (Registro clínico, registro de ingreso y seguimiento, tarjetón, carné de control, estadística diaria, hoja diaria y REM, entre otros)
- Realizar proceso de consentimiento informado, cuando sea necesario según legislación, completando documento relacionado.
- Definir de forma consensuada el plan de cuidados.
- Contener, orientar y derivar según corresponda.

b. Principales actividades de apoyo al proceso terapéutico:

- Visita domiciliaria integral.
- Educación en salud y bienestar.
- Consejerías.
- Actividades promocionales preventivas en espacios comunitarios, educacionales, laborales, entre otros.
- Articulación intersectorial (vincular con la oferta de servicios del territorio)

c. Autocuidado y autoconocimiento del (profesional/terapeuta)

- Reunión de equipo.

- Capacitación continua.
- Actividades de autocuidado protegidas para el equipo.
- Actividades de desarrollo personal.

d. Registro y evaluación de actividades y resultados (se detalla en el apartado 4.3).

4.2.3. Criterios de egreso de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud

Definiciones conceptuales:

Corresponde a las personas que egresan de su proceso terapéutico de bienestar y sanación luego que finaliza este (logro de objetivos, finalización del plan terapéutico, abandono del proceso por parte de la persona, cumplimiento del número de sesiones, tiempo transcurrido desde el ingreso u otros criterios locales).

Definiciones operacionales: Se registra los egresos por concepto de alta clínica, que corresponde a un mayor bienestar de su estado de salud.

- **Egreso por Alta:** Se considerará Egreso por Alta cuando una persona cumple el o los objetivos terapéuticos planteados en el plan de cuidado.
- **Egreso por abandono:** En el caso de no lograr el cumplimiento del objetivo terapéutico en el plazo destinado para la terapia y por la inasistencia a la terapia a 2 sesiones consecutivas sin justificación previa con 48 horas de anticipación, con al menos dos rescates telefónicos.
- **Egreso por traslado:** Corresponde a las personas que se trasladan a otro establecimiento de la red, del mismo

Servicio de Salud (SS) u otro, para continuar con su tratamiento. Generalmente, se produce por cambio de domicilio.

- **Egreso por fallecimiento:** Corresponde a las personas que egresan por fallecimiento, que puede ser por la o las patologías que se estaba tratando o por cualquier otra circunstancia.

4.2.4. Cartera de prestaciones

Cuando el centro de salud disponga de estos servicios, la cartera de prestaciones incorporando la MC-PBS, debiera estar definida en el Plan de Salud Comunal, de forma tal que se evidencie la gestión integrada de estas acciones a la cartera de prestaciones local, mencionando el impacto esperado en términos de promoción del bienestar y calidad de vida, la prevención de daño en la salud, el tratamiento de situaciones específicas de salud y el uso de las MC-PBS para la rehabilitación y reinserción de las personas en la comunidad de manera funcional e integrada.

De esta manera, la MC-PBS ofertadas desde el centro de salud pueden ser diversas, estando siempre ligadas a los recursos locales disponibles, a las preferencias de la comunidad, la red de salud y siendo instaladas en el marco del Modelo de Atención integral de salud familiar y comunitaria. El modelo de gestión local sanitario debe dar cuenta del cumplimiento de las condiciones mínimas de seguridad del paciente señaladas indicándose como mínimo la certificación del prestador que realiza la acción terapéutica.

Ello en consistencia con el MAIS que promueve la instalación de una cartera de prestaciones centrada en las necesidades de las personas, considerando la integración de acciones y

tecnologías provenientes de otros paradigmas explicativos del proceso salud enfermedad que puedan contribuir al bienestar de las personas y comunidades.

En el caso de las terapias actualmente reguladas, los prestadores de atención deben cumplir con los requisitos indicados en el marco regulatorio vigente por el MINSAL, en cuanto a certificación y acreditación de programas de formación con el objetivo de asegurar calidad de la atención. En relación a aquellas MC-PBS no reguladas se exigirá certificación de estudios de acuerdo a requerimientos de la respectiva terapia, acorde al riesgo de cada una de estas, mientras no sean reconocidas y reguladas por el MINSAL.

***Se recomienda a los Equipos de Salud el desarrollo de protocolos de atención específicos para cada proceso de atención de MC-PBS e incorporarlas en el plan de salud comunal y respectiva programación del centro de salud”.**

4.2.5. Coeficientes técnicos sugeridos

En términos generales se sugieren los siguientes rendimientos y concentraciones

a. Atención individual

Prestación	Definición ⁴³	Rendimiento
Ingreso	Corresponde a las personas que ingresan por primera vez a la atención de medicinas complementarias. Se considerarán también como ingreso a las personas, que luego del alta deben volver a realizarse algún tratamiento	45 a 60 minutos
Control	Corresponde a todas las atenciones realizadas posterior a la primera consulta a personas que reciben terapias complementarias	30 a 45 minutos

b. Actividad grupal y comunitaria

Prestación	Definición ⁴⁴	Rendimiento
Actividad Grupal	Es la atención otorgada con terapias o prácticas de bienestar y otras no reguladas, que son grupales, entregadas en los establecimientos de salud o en espacios comunitarios.	120 minutos
Actividad comunitaria		180 a 240 minutos

La concentración de las prestaciones será según tipo de MC o PBS y su especificación será protocolizada por cada servicio, según realidad local.

⁴³ Manual REM serie A, REM A31. Minsal. 2021-2022.

⁴⁴ Manual REM serie A, REM A31. Minsal. 2021-2022.

4.2.6. Perfil de las personas que ejercen MC - PBS

Se recomienda que cada entidad administradora de salud local desarrolle perfiles laborales para cada terapeuta, atendiendo no sólo a su formación en la respectiva disciplina, sino también a sus habilidades blandas y capacidad de integrar equipos de salud.

Los terapeutas de MC-PBS deberán estar certificados por alguna entidad o autoridad en el área, según cada disciplina. Se sugiere que la incorporación de los terapeutas al Equipo de Salud debiese estar alineado con el perfil laboral determinado por el ente administrador de la Atención Primaria. Es necesario además que el terapeuta posea un desarrollo avanzado de las habilidades blandas y autoconocimiento.

En el caso de existir colaboración por parte de monitores y/o voluntarios en MC-PBS, se recomienda que sus acciones estén bajo la responsabilidad técnica definida localmente, o realicen sus acciones con el acompañamiento directo de algún funcionario habilitado de la organización o equipo de MC-PBS.

Competencias mínimas para terapeuta en MC-PBS en Atención Primaria

Estar en salud supone mantenerse en coherencia con la filosofía de vida por la que cada uno ha optado y en armonía con el entorno. La enfermedad, representa la pérdida de integridad en algunas de las estructuras de la persona y una ruptura de su armonía. No obstante, visto desde un enfoque más amplio, la enfermedad puede ser un proceso que permite a la persona entender qué le está pasando y por qué. Por ello, en determinadas ocasiones, el enfermar puede ser la única manera que una persona tiene para seguir viviendo o de

modificar sus modos de estar en el mundo. Por todo lo anterior es que la forma en que se cuida a las personas debe considerar todos estos aspectos desde los inicios, para apoyar la mantención de la vida, compensar las carencias y movilizar los recursos propios de las personas, con la finalidad de acompañar los procesos de salud y enfermedad, de avanzar hacia un mayor bienestar.

El enfoque holístico tiene marcadas diferencias respecto al mecanicismo y tecnicismo que durante tiempo ha predominado en la medicina convencional, se requiere desarrollar un perfil de las personas que ejerzan en MC-PBS para un paradigma distinto en la atención sanitaria y también en los cuidados; por ello es necesario profundizar dichas competencias específicas para el ejercicio de las MC-PBS.

a. Requisitos de Admisibilidad

Se sugiere que los Terapeutas en MC-PBS cuenten con experiencia -demostrable- de haber desarrollado un trabajo coordinado con la Red Pública de Salud por un período de al menos un año, en torno a prestaciones desde las Medicina y Prácticas Complementarias. Cuando la persona que ejerce MC-PBS es un funcionario que se desempeña en la Red de Salud y están capacitados para ello, estarán exentos de esta exigencia.

Se sugiere que realicen las cápsulas de Orientaciones para la implementación del Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria, disponibles en <https://educacioncontinuaiplacex.cl/course/index.php?categoryid=2>

b. Requisitos de Competencias Técnicas

El profesional y/o terapeuta en MC-PBS debe ser capaz de cumplir a cabalidad con las

exigencias en los registros asociados a cada atención: consentimiento informado, registros estadísticos mensuales (REM) y estadísticas diarias, registros clínicos, instrumentos de evaluación, derivaciones, evaluaciones de impacto, etc.

El profesional y/o terapeuta en MC-PBS deberá ser capaz asimismo de diseñar, planificar, programar, gestionar, aplicar y evaluar los procesos de atención que lleve a cabo en APS, acompañando a personas, familias y comunidades en sus específicos contextos históricos, hacia niveles más elevados de bienestar, salud y desarrollo humano, considerando la complejidad biológica, psicológica, emocional, social, espiritual y cultural, de manera continua a lo largo del ciclo vital y familiar, con énfasis preventivo y promocional, en equipo y en red, y teniendo en cuenta la particular vivencia de cada persona de las situaciones de vida en curso.

El profesional y/o terapeuta debe co-crear con personas, familias y comunidades, Equipo de Salud, redes vinculares saludables y contribuir a alcanzar la mejor calidad de vida y bienestar posibles en la población bajo cuidado.

c. Competencias, Actitudes y Habilidades Blandas del Terapeuta

Competencias Éticas

- Cuida en todo momento los principios bioéticos (Autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia)⁴⁵, manteniendo un actuar coherente, prudente y responsable.

- Conoce y respeta la legislación vigente en torno al manejo de datos e información clínica de las personas⁴⁶.

Competencias Organizacionales

- Actúa orientado por el bien común.
- Está comprometido con la organización, su visión y misión, respetando las normativas vigentes.
- Acoge las opiniones de las personas, la comunidad beneficiaria y el Equipo de Salud, y las emplea como insumo para la mejora continua.
- Está abierto al debate constructivo con el Equipo de Salud.
- Asume la responsabilidad por sus actos.
- Adopta una actitud proactiva y responsable por la ecología de su entorno.
- Es consciente de la necesidad de integración entre los distintos paradigmas resolutivos de salud.
- Es capaz de organizar, planificar y programar sus actividades estratégicamente, en coordinación con el Equipo de Salud.

Competencias Emocionales

- Adopta un enfoque humanista en el acompañamiento de las personas en sus procesos terapéuticos, abordando las situaciones de vida de las personas con interés y respeto por el otro, con un trato cálido, empático, horizontal y confiando en el potencial de autoactualización que posee cada persona.

⁴⁵ 1979, Tom Beauchamp y James Franklin Childress

⁴⁶ Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas

- Debe mostrar un interés por su autoconocimiento, autocuidado y/o terapia personal, acorde con su rol de terapeuta.
- Cautela y promueve el autocuidado del Equipo de Salud.
- Es empático(a), prudente, asertivo(a), paciente y cordial.
- Se adapta a las necesidades, desafíos y dinámicas espacio-temporales de la organización y de la comunidad para desarrollar su quehacer.

Competencias Cognitivas

- Es innovador y creativo en la resolución de problemas y en el abordaje de las amenazas y debilidades presentes, para el desarrollo óptimo de su disciplina en el Equipo de Salud.
- Tiene pensamiento integrativo y sistémico.
- Muestra una conducta solidaria, proactiva, colaborativa y perseverante.
- Ha aprobado un proceso de formación en la disciplina de medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud que desarrolla, por parte de algún Maestro(a) o dentro de alguna institución de educación, de acuerdo a la reglamentación existente, las oportunidades y realidad nacional y sanitaria de la disciplina.
- Busca permanentemente mejorar sus procesos de atención con miras a la satisfacción usuaria.
- Además de la formación inicial, se valorará la formación continua del terapeuta.

al espacio físico. En esta Orientación Técnica se recomienda que el espacio de atención permita el adecuado desarrollo de la prestación resguardando la seguridad de la persona y los procesos de atención, según la reglamentación vigente cuando esta exista y los protocolos locales.

Siempre se deben tomar todas las medidas necesarias para resguardar la seguridad de la persona, reduciendo los riesgos asociados a la atención, en particular en aquellas instancias en que se efectúa en instalaciones comunitarias.

Infraestructura

La infraestructura básica requerida se orienta a la atención individual, familiar y comunitaria, para lo cual se sugiere:

- Considerar el contexto de las personas a atender.
- Asegurar la privacidad de la atención.
- Considerar el silencio del lugar, cuando sea necesario.
- Temperatura adecuada.
- Implementos para favorecer el desarrollo óptimo de la atención.

4.2.7. Espacio Físico de Atención

En la actualidad, se realiza la MC-PBS en diversas condiciones y características en cuanto

4.3. REGISTRO

Para el registro de la aplicación de las MC-PBS se requiere de:

Carta de compromiso:

- Consentimiento informado en en medicinas complementarias invasivas o estudios de investigación en salud: de resorte local según normas de calidad. Este documento lo debe firmar la persona o su representante, al momento de iniciar el proceso terapéutico.
- Registro clínico: Registrar en ficha clínica electrónica o física, u otros documentos de uso local.

Registros

La importancia de los registros de las MC-PBS radica en contar con la información necesaria que permita caracterizar y monitorear la situación de salud de las personas que acceden a medicina complementaria y prácticas de bienestar de la salud, recopilarán la información que aporte claridad del motivo de consulta y las necesidades que tienen las personas al solicitar la consulta, con el fin de apoyarlas en la búsqueda de resolver su conflicto. Es importante que este registro contenga los síntomas, manifestaciones físicas, mentales, emocionales, sociales y espirituales que permitirán realizar análisis y determinar origen del conflicto y encontrar junto al consultante el camino a la sanación.

Los registros necesarios son:

Formularios de derivación a MC-PBS: En el formulario de derivación (de uso habitual) debe consignarse, datos generales de la persona, motivo de consulta, patologías asociadas,

programa, profesional/terapeuta derivador y a cual se deriva, así como instrumentos de evaluación utilizados.

Registros de ingreso al proceso de sanación: Contendrá datos generales de la persona, programa y profesional que deriva y datos que se requieren para el REM.

- Carta de compromiso/Consentimiento informado, cuando se requiera. (terapias invasivas y procesos de investigación en salud) (Anexo 2)
- Instrumentos de medición recomendados:
 - » Ficha de Evaluación Subjetiva Inicial (FSI): Sesión de Ingreso. Debe ser aplicada antes de realizar la primera intervención terapéutica (Anexo 3).
 - » Cuestionarios específicos (Calidad de Vida WHOQOL- Bref, EVA): utilizar según profundización de conocimiento e investigación (medición de resultados al ingreso y egreso) (Anexo 4).

Registros de seguimiento del proceso de sanación: tendrá datos generales del usuario, tareas realizadas, cumplimiento de la terapia, reconocimiento de sentimientos emociones y estado de bienestar. El registro se efectúa conforme instrumentos definidos localmente y debe ser aplicado en cada sesión.

Registros de egreso del proceso de sanación:

Una vez realizadas las sesiones programadas en cada terapia, el profesional y/o terapeuta reevalúa a la persona consultante para determinar la continuidad en terapia o el alta de la misma;

- Revisión del estado general, reconocer el bienestar y la resolución del conflicto.
 - » Ficha de Evaluación Subjetiva Final (Anexo 5), Debe ser aplicada antes de realizar la intervención terapéutica. Se denominará Ficha de Evaluación Subjetiva Final cuando se da por finalizado el ciclo de atención en curso.

Registro estadístico mensual (REM). Se realizará el registro de prestaciones en el REM A-31 de Medicinas Complementarias, de acuerdo a lo establecido en el Manual Series REM vigente.



CAPÍTULO V. SISTEMATIZACIÓN E INVESTIGACIÓN

La sistematización aparece como una herramienta alineada con la metodología de Investigación Acción Participativa (IAP)⁴⁷, permitiendo la expansión del conocimiento y generando respuestas a problemáticas concretas⁴⁸. En esta misma línea, el proceso de sistematización de una práctica podríamos entenderlo como:

*Un proceso mediante el cual se reconstruye y re-mira una experiencia, a través de un relato coherente y con sentido para quienes fueron parte de ella. El relato da cuenta no sólo de los eventos, sino también los resultados, emociones, aprendizajes y reflexiones que fueron parte del análisis, permitiendo la generación de nuevos conocimientos, la transformación de las prácticas, transmitiendo la esencia de la experiencia y compartiendo con otros los descubrimientos y conocimientos generados.*⁴⁹

Los procesos de sistematización en MC-PBS, permiten reconocer y aprender desde las experiencias propias y de otros(as), refuerza la motivación, el compromiso y permiten ir mejorando de manera continua los procesos, agregando valor a la atención de las personas.

A continuación se resumen las etapas de la sistematización.

Para definir las etapas nos basaremos en la

propuesta que hace Jara (2011)⁵⁰, y la que plantea Alboan (2006)⁵¹. Ambas coinciden en cinco etapas en común para sistematizar una experiencia:

A. El punto de partida

Los protagonistas de la experiencia son los actores principales de la sistematización; sin embargo, en muchos casos será necesario contar con apoyos externos: para coordinar la metodología, organizar la información, profundizar en temas de reflexión, elaborar los productos comunicativos, pero en ningún caso estos apoyos podrán “sustituir” a las personas que han vivido la experiencia en hacer la sistematización.

Como recomendación, es fundamental que se vayan realizando y guardando registros de lo que acontece durante la experiencia: cuadernos de anotaciones, fichas, informes, acta o diferentes documentos que se van produciendo. También se pueden incorporar fotografías, grabaciones, vídeos, dibujos, recortes de periódicos, etc.

B. Las preguntas iniciales

¿Para qué queremos hacer esta sistematización? (Definir el objetivo)

Para definir el objetivo es importante tomar en cuenta la misión y la estrategia institucional, así como los intereses y las posibilidades personales.

⁴⁷ Colmenares A (2012). Investigación-Acción Participativa: Una metodología Integradora del Conocimiento y la Acción. Voces y Silencios: Revista Latinoamericana de Educación, Vol. 3, Núm. 1, pág.102-115. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4054232>

⁴⁸ Jara O. (2012). Sistematización de Experiencias: Una propuesta enraizada en la historia latinoamericana. En CEP- Alforja, CEAAL, Intermon Oxfam. La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles (pp 1-26) San José.

⁴⁹ Programa de Salud y Medicina Familiar Universidad de Concepción (2015). Definición propia.

⁵⁰ Jara O. (2011). Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. Alforja, San José, Costa Rica. Pág., 4. Recuperado de: http://www.bibliotecavirtual.info/wp-content/uploads/2013/08/Orientaciones_teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf

⁵¹ Alboan (2006). La aventura de la sistematización: Cómo mirar y aprender de nuestras prácticas desde nuestras Prácticas. Instituto de Derechos Humanos Pedro Arruue. Hegoa. Recuperado de: http://www.alboan.org/archivos/0.0_PortIndex.pdf

Dentro de los objetivos y utilidades para sistematizar experiencias tenemos: comprender más profundamente las experiencias y así poder mejorarlas, intercambiar y compartir nuestros aprendizajes con otras experiencias similares, contribuir a la reflexión teórica con conocimientos surgidos directamente de las experiencias. Incidir en políticas y planes de aprendizajes concretos que provienen de experiencias reales.

¿Qué experiencia(s) queremos sistematizar?
(Delimitar el objeto a sistematizar)

Se trata de delimitar el objeto a sistematizar: escoger la o las experiencias concretas que se van a sistematizar, indicando el lugar donde se ha llevado a cabo, así como el período de tiempo que se va a escoger para esta sistematización.

No se trata de cubrir toda la experiencia desde sus orígenes hasta el momento actual, sino aquella parte que sea más relevante (momentos significativos, hechos claves de la experiencia o algún momento decisivo de ella). Los criterios para la delimitación dependerán del objetivo definido, de la consistencia de la experiencia, de las personas participantes en el proceso, del contexto en que se dio y su relevancia ahora.

¿Qué aspectos centrales de esas experiencias nos interesa sistematizar? (Precisar un eje de sistematización)

Se trata de precisar un eje de sistematización, un hilo conductor que atraviesa la(s) experiencia(s), referida a los aspectos centrales que nos interesan sistematizar en este momento (normalmente no es posible sistematizar todos los aspectos que estuvieron presentes en una experiencia). El eje de la sistematización es el tema central en el cual nos vamos a enfocar, por ejemplo: vamos a hablar de la percepción de las

medicinas complementarias por la comunidad, de cómo trabajamos la pertinencia cultural, etc.

Nos permite concentrarnos en algunos elementos y evitar que nos dispersemos en el análisis y reflexión crítica.

¿Qué fuentes de información vamos a utilizar?

Se trata de identificar y ubicar dónde se encuentra la información que se necesita para recuperar el proceso de la experiencia y ordenar sus principales elementos. Identificar qué información sería necesario conseguir vía entrevistas, búsqueda documental, revisión de archivos, etc.

En este momento es importante centrarse en aquellos registros referidos al objeto que se ha delimitado y los que se refieren al eje de sistematización, para no perder tiempo en recopilar información que no se va a utilizar.

¿Qué procedimientos vamos a seguir?

Se trata de hacer un plan operativo de sistematización: definir las tareas a realizar, quiénes serán responsables de cumplirlas, quiénes serán las personas que van a participar, cuándo y cómo, qué instrumentos y técnicas se van a utilizar; asimismo, es necesario definir con qué recursos se cuenta y cuál será el cronograma de actividades.

Para lo anterior podemos usar una matriz como la que sigue:

Objetivo	Actividades	Participantes	Responsables	Plazos	Instrumentos y técnicas a utilizar	Recursos

C. Recuperación del proceso vivido

Reconstruir la historia

Consiste en una reconstrucción ordenada de lo que fue sucediendo en la experiencia, tal como sucedió, normalmente de forma cronológica, de acuerdo al período delimitado. Permite tener una visión global de los principales acontecimientos que ocurrieron en el período.

Ordenar y clasificar la información

Se trata de organizar toda la información disponible sobre los distintos componentes de la experiencia, teniendo como guía el eje de sistematización (los aspectos que interesan más). Es importante determinar con claridad las variables y las categorías para ordenar y clasificar. Se recomienda basarse en todos los registros posibles y clasificarlos, organizarlos y hacer partícipe a las personas que han vivido la experiencia. Es importante recordar que en la recuperación de la memoria se involucran tanto elementos objetivos como subjetivos.

Es importante recordar que la descripción de la experiencia, además de permitirnos reconstruir la historia, facilitará que otras personas que lean nuestro relato puedan conocer la experiencia, saber de qué se trata y conocer elementos que permitan adoptarla, adaptarla o replicarla en otros escenarios⁵². Para ello es necesario que podamos incorporar elementos que den cuenta de:

- El contexto en el que la experiencia se desarrolla (ubicación geográfica, características del entorno, de las personas, de la comunidad, etc.),
- El problema, desafío u oportunidad que la generó
- Los objetivos que se plantearon
- La metodología (diferentes fases del proceso, actividades desarrolladas, actores involucrados, materiales utilizados)
- Los resultados obtenidos, con registros y evidencia que los respalde (cuantitativa o cualitativa)
- El resultado valioso para las personas (el beneficio que la persona percibe del desarrollo de esta experiencia)

D. La reflexión de fondo: ¿por qué pasó lo que pasó?

Analizar y sintetizar

- Se trata de iniciar la fase interpretativa sobre todo lo que se ha descrito y reconstruido previamente de la experiencia.
- Analizar el comportamiento de cada componente por separado y luego establecer relaciones entre esos componentes. Ahí surgen puntos críticos e interrogantes.
- Mirar las particularidades y el conjunto; lo personal y lo colectivo.

⁵² Programa de Salud y Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Universidad de Concepción (2012). Proceso de Descripción de una Buena Práctica. Material de Elaboración Propia para Curso de Sistematización de Buenas Prácticas en APS y Salud Familiar trabajado con autores(as) en Taller Pre jornada.

Hacer una interpretación crítica del proceso

- Se trata de retomar las interrogantes, preguntándonos por las causas de lo sucedido.
- Permite identificar las tensiones y contradicciones, las interrelaciones entre los distintos elementos objetivos y subjetivos.
- Busca entender los factores claves o fundamentales; entender, explicitar o descubrir la lógica que ha tenido la experiencia (¿por qué pasó lo que pasó y no pasó de otro modo?)
- Es el momento de confrontar esos hallazgos con otras experiencias y establecer relaciones.
- Es el momento para confrontar estas reflexiones surgidas de esta experiencia con planteamientos o formulaciones teóricas.

E. Los puntos de llegada: Conclusiones, aprendizajes y recomendaciones**Formular conclusiones y recomendaciones**

- Arribar a las principales afirmaciones que surgen como resultado del proceso de sistematización.
- Pueden ser formulaciones teóricas o prácticas.
- Son punto de partida para nuevos aprendizajes, por lo que pueden ser inquietudes abiertas pues no se trata de conclusiones “definitivas”.
- Deben responder a los objetivos que nos planteamos con esta sistematización.
- Mirar lo que enseña esta experiencia para el futuro de ella misma y para el de otras experiencias.
- Podemos pensar en ¿qué recomendaríamos a otras personas y entidades en una experiencia similar a la nuestra?

Comunicar los aprendizajes: Elaborar productos de comunicación

- Hacer comunicables los aprendizajes y compartir las lecciones aprendidas.
- Permite compartir las lecciones aprendidas, a la vez que dialogar y confrontarse con otras experiencias y aprendizajes.
- No debemos limitarnos a un solo producto (“el documento” final) sino diseñar una estrategia de comunicación que permita compartir los resultados con todas las personas involucradas y con otros sectores interesados, pensándola en función de a quién va dirigida y que sea parte de un proceso educativo más amplio.
- Recurrir –con todo el material recopilado e interpretado– a formas diversas y creativas para comunicar la experiencia: vídeo, teatro, foros de debate, colección de folletos, foto-novelas, programas radiales, etc.

F. Comunicando nuestros aprendizajes⁵³.**Socializando lo aprendido**

Aquí la sistematización se entiende como un proceso de ida y vuelta. Siempre se acaba volviendo al sitio de partida. Pero no se vuelve de igual forma, se evidencia que las personas han cambiado y el lugar al que se vuelve también ha cambiado. En el camino han tenido lugar numerosas experiencias y se han generado diversos aprendizajes, conocimientos nuevos que todo sujeto siente la necesidad de comunicar a las personas que le rodean e incluso a otras personas que desconocen, a esto le podemos denominar intercambio de experiencia.

Se plantean dos niveles de comunicación de los resultados de la sistematización *uno interno y otro externo*.

⁵³ Esta etapa correspondería en parte a lo que Jara plantea en la parte de “comunicar los aprendizajes” en la etapa de “los puntos de llegada”.

Nivel interno	Nivel externo
Facilita la participación dentro de la entidad que hace la sistematización, contribuyendo así a mayor cohesión, una apertura a todas las personas, retroalimentación e información a la organización sobre el proceso de sistematización. Se recomienda que esta comunicación se efectúe de manera continua a través de boletines, talleres, aprovechando todo momento de socialización.	Permite, difundir y compartir la experiencia, reflexión, aprendizajes, recomendaciones, etc., con otras entidades, fortalecernos y darnos a conocer como organización o entidad y contribuir a generar aprendizajes en terceros. Algunos ejemplos son: publicaciones, talleres o cursos de formación, materiales didácticos, intercambios de visitas, material audiovisual (películas, montajes...), folletos, carteles, teatro de calle.

G. Complementando y elaborando conocimiento: Debatir y re-aprendiendo

La sistematización finaliza cuando llegamos a comprender la lógica del proceso y a obtener un aprendizaje valioso y significativo en relación a lo sucedido, lo cual se debería traducir en un conocimiento que nos oriente en una nueva intervención.

De este modo, las conclusiones de un proceso de sistematización deberían formularse en términos de aprendizajes para próximas acciones o intervenciones. Asimismo se debería concluir con algunas lecciones que puedan representar un referente en el sentido que, lo que hemos aprendido con nuestra experiencia, pueda servir para experiencias similares así como a la hora de formular políticas concretas o reconceptualizar la teoría desde nuestras propias prácticas.

Este momento nos permitirá ir más allá de la propia práctica de su análisis e interpretación crítica, enriquecerla, compartirla y crear nuevo conocimiento.

INVESTIGACIÓN

Con miras a evidenciar el impacto de las Medicinas Complementarias en el bienestar de la población beneficiaria, se recomienda desarrollar estrategias de investigación aplicada en salud, estableciendo alianzas con instituciones de educación superior, teniendo en consideración lo establecido en la normativa vigente^{54 55 56}

La investigación-acción participativa se aplica en muchas áreas de salud y del funcionamiento de los sistemas de salud, desde la actuación sobre los determinantes y las desigualdades en la salud hasta la transformación de los servicios de salud, el mejoramiento en su alcance y accesibilidad, a fin de generar diseños de investigación que buscan comprender la experiencia humana y sus relaciones con fenómenos de salud-enfermedad.

⁵⁴ Ley N°20.584 regula los derechos y deberes de las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud. 2012

⁵⁵ Circular Interpretativa N° 39 de noviembre de 2017. Página 19

⁵⁶ Manual de estándares de acreditación de atención abierta



ANEXOS

Anexo 1. Esquema de protocolo

 Ministerio de Salud Dirección de Salud	PROCESO	Versión: Fecha de Elaboración:
	PROCEDIMIENTO	Fecha de Revisión: Página:

NOMBRE DE LA PRACTICA
SERVICIO DE SALUD XXXX

Elaborado	Revisado	Aprobado
Nombre profesional	XXX Cargo	Cargo
Fecha	Fecha	Fecha

 Ministerio de Salud Dirección de Salud	PROCESO	Versión: Fecha de Elaboración:
	PROCEDIMIENTO	Fecha de Revisión: Página:

1. INTRODUCCION
2. OBJETIVOS
 - 2.1 GENERAL O PROPOSITO
 - 2.2 ESPECIFICO.
3. ALCANCE
4. RESPONSABLES Y FUNCIONES PRINCIPALES
5. TERMINOLOGÍA
6. DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO, PRACTICA
7. EVALUACION
8. DOCUMENTACION DE REFERENCIA
9. DISTRIBUCIÓN
10. ANEXO/S

Anexo 2. Carta de Compromiso

¡BIENVENIDA(O)!

Le invitamos a manifestar con libre decisión, su voluntad para adherirse a medicina y prácticas de bienestar complementarias.

Yo, he sido informada(o) y he comprendido la naturaleza y propósito de las terapias y procedimientos de Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud, reconociendo que son un proceso de intervención que se integra a los tratamientos por los cuales consulto en mi Centro de Salud.

1. Me comprometo a auto cuidarme, dando continuidad a mis controles en el Centro de Salud.
2. He comprendido que algunas de las disciplinas de Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud pueden tener efectos transitorios similares a un aumento de los síntomas, y que debo siempre informar de esto a mi terapeuta.
3. He sido informada(o) acerca de las interacciones farmacológicas de mis fármacos con el proceso de sanación.
4. A la vez, he sido informado que es relevante para mi proceso de desarrollo y/o recuperación, participar activa y comprometidamente en mi plan de autocuidado, el que será elaborado en forma conjunta con mi terapeuta de Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud.
5. Estoy en conocimiento de que si mi situación de salud de base, por la cual fui derivado, se agrava, debo informar a mi terapeuta tratante y/o equipo de salud.
6. En este acto, manifiesto voluntariamente mi deseo de recibir las terapias complementarias y los procedimientos que ellas impliquen.
7. Declaro que he tenido oportunidad de realizar todas las preguntas necesarias para aclarar mis dudas respecto al proceso de atención en el contexto de la Medicina Complementaria.
8. Finalmente, expreso también mi autorización para utilizar el registro audiovisual o escrito de mi testimonio o participación en este proceso de bienestar y sanación, con fines docentes y/o de investigación, cuando sea requerido.

FIRMA DE LA PERSONA/ RUT

FIRMA DEL TERAPEUTA/ RUT

Fecha, _____, dd/mm/aa,

AUTORIZACIÓN DEL FAMILIAR O TUTOR EN MENORES DE EDAD O PERSONAS EN SITUACIÓN QUE IMPIDE SU RACIOCINIO

Ante la imposibilidad de _____
Rut: _____ de prestar autorización para los tratamientos explicitados en el presente documento de forma libre, voluntaria, y consciente, D/Dña. _____
Rut: _____, en calidad de (padre, madre, tutor legal, familiar, allegado, cuidador), expreso, dentro de las opciones clínicas disponibles, dar mi conformidad libre, voluntaria y consciente a la técnica descrita para los tratamientos explicitados en el presente documento.

FIRMA DEL TUTOR/ RUT

En _____, de _____ de _____

Anexo 3. Ficha de evaluación subjetiva inicial

FICHA DE EVALUACION SUBJETIVA DEL USUARIO (Inicial)

MCA aplicada		Nombre usuario	Rut Usuario
Terapeuta es profesional de salud		Fecha evaluación inicial	Puntaje FSI
Si	No		
Acreditado ante la SIS			

(Para llenar por el terapeuta)

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su estado de salud **durante el último mes**. Por favor, conteste marcando con una X sólo una casilla por pregunta y señalando lo que le parezca más cercano a su situación.

1. ¿Qué nota, del 1 al 5, le pondría a su **salud (física y emocional)** durante el último mes (donde 5 es la nota para el mejor estado de salud y 1 la nota para el peor estado de salud):

5	4	3	2	1

2. Durante el último mes, ¿ha podido realizar sus actividades diarias (levantarse, aseo personal, movilizarse, vestirse, etc.) sin dolor y/o molestias físicas?

Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca

3. Durante el último mes, su estado de ánimo, ¿le ha permitido realizar sus actividades diarias (levantarse, aseo personal, movilizarse, vestirse, etc.) adecuadamente?

Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca

4. Durante el último mes, ¿ha sentido que su estado de salud (físico y/o emocional) ha influido positivamente en sus relaciones familiares, de amistad y/o con personas cercanas?

Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca

5. Durante el último mes ¿ha sentido que el estado de salud por el que consulta (físico y/o emocional) le ha permitido realizar normalmente su trabajo, estudios (estudiantes), o labores domésticas?:

Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca

6. Durante el último mes, ¿se sintió conforme consigo mismo/a? (seguridad, capacidad de toma de decisiones, estado de ánimo, aceptación propia, bienestar) :

Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca

7. De su estado de salud actual, ¿qué es lo que más le **gustaría que cambiara** una vez finalizada esta terapia?

Tabla de Puntaje Fichas de Evaluación Subjetiva

Respuesta	Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Total
Puntaje	5	4	3	2	1	
Preg. 1 Ingresar Nota						
Preg. 2						
Preg. 3						
Preg. 4						
Preg. 5						
Preg. 6						

ESTADO DE SALUD SEGÚN RANGO DE PUNTAJE

BUENA SALUD	REGULAR SALUD	MALA SALUD
23 a 30 puntos	14 a 22 puntos	6 a 13 puntos

Anexo 4. Cuestionario WHOQOL_BREF

Instrucciones

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud, y otras áreas de su vida. **Por favor conteste a todas las preguntas.** Si no está seguro(a) sobre qué respuesta dar a una pregunta, **escoja la que le parezca más apropiada.** A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. **Le pedimos que piense en su vida durante las dos últimas semanas.** Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otros en las dos últimas semanas. Usted hará un círculo en el número 4 si obtuvo bastante apoyo de otros, como sigue:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otros el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Haga un círculo en el 1 si no obtuvo el apoyo que necesitaba de otros en las dos últimas semanas. Por favor lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

		Muy mal	Mal	Lo normal	Bastante bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría usted su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cuán satisfecho/a está usted con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿En qué medida piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿En qué medida siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico de su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán totalmente usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidades para realizar actividades de ocio (distraerse)?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuán satisfecho(a) o bien se ha sentido en varios aspectos de su vida en las dos últimas semanas:

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cuán satisfecho/a está con su sueño? (dormir)	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho/a está con su habilidad de realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cuán satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios? (de salud)	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho/a está con su transporte? (el que Ud. utiliza)	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas:

		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

Anexo 5. Ficha de evaluación subjetiva del usuario final

FICHA DE EVALUACIÓN SUBJETIVA DEL USUARIO (Final)

NOMBRE usuario/a	Etapa en que esta el tratamiento			Fecha Ev. Final
	Alta Integral	Alta Parcial	Intermedia	
RUT Usuario				Nº semanas en tratamiento
	Puntaje. FSF			

Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su estado de salud **durante el periodo en que ha estado en tratamiento con la Terapia Complementaria que se ha estado realizando**. En muy importante que sus respuestas sean lo más sinceras posible.

1. ¿Qué nota, del 1 al 5, le pondría a su salud (física y emocional) durante el último mes en que ha estado con terapia complementaria (donde 5 es la nota para el mejor estado de salud y 1 la nota para el peor estado de salud)

5	4	3	2	1

2. Durante el último mes en que ha estado en tratamiento con la terapia complementaria, ¿ha podido realizar sus actividades diarias (levantarse, aseo personal, moverse, vestirse, etc.) sin dolor y/o molestias físicas?

Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca

3. Durante el último mes en que ha estado en tratamiento con la terapia complementaria, su estado de ánimo, ¿le ha permitido realizar sus actividades habituales (levantarse, aseo personal, moverse, vestirse, etc.) en forma normal?

Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca

4. Durante el último mes en que ha estado en tratamiento con la terapia complementaria, ¿ha sentido que su estado de salud (físico y/o emocional) ha influido positivamente en sus relaciones familiares, de amistad y/o con personas cercanas?

Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca

5. Durante el último mes en que ha estado en tratamiento con terapia complementaria ¿ha sentido que el estado de salud por el que consulta (físico y/o emocional) le ha permitido realizar normalmente su trabajo, estudios (estudiantes), o labores domésticas?

Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca

6. Durante el último mes en que ha estado en terapia complementaria, ¿se sintió conforme consigo mismo/a? (seguridad, capacidad de toma de decisiones, estado de ánimo, aceptación propia, bienestar):

Siempre	Casi Siempre	A menudo	A veces	Casi Nunca

¿Ha sentido cambios desde que inició esta terapia que crea que son producto de ella?, ¿cuál (es)?

Tabla de Puntaje Fichas de Evaluación Subjetiva

Respuesta	Siempre	Casi siempre	A menudo	A veces	Casi nunca	Total
Puntaje	5	4	3	2	1	
Preg. 1 Ingresar Nota						
Preg. 2						
Preg. 3						
Preg. 4						
Preg. 5						
Preg. 6						
ESTADO DE SALUD SEGÚN RANGO DE PUNTAJE						
BUENA SALUD		REGULAR SALUD		MALA SALUD		
23 a 30 puntos		14 a 22 puntos		6 a 13 puntos		

GLOSARIO

- **ALOPATÍA:** Terapéutica en que se emplean medicamentos que producen efectos contrarios a los que caracterizan la enfermedad.
- **ATENCIÓN GRUPAL Y COMUNITARIA:** Es la atención otorgada con terapias o prácticas de bienestar y otras no reguladas, que son grupales y que se estén entregando en los establecimientos de salud o en espacios comunitarios. (definición de REM 31)
- **BALNEOTERAPIA:** Tratamiento de las enfermedades por medio de baños generales o locales.
- **CONCEPCIÓN HOLÍSTICA:** holismo, Doctrina que propugna la concepción de cada realidad como un todo distinto de la suma de las partes que lo componen.
- **CONSEJERÍAS:** proceso a través del cual se ayuda a una persona (o familia) a tomar decisiones voluntarias e informadas respecto a su cuidado individual, al de su familia o a la modificación de conductas, comportamientos que implican un riesgo o un daño individual o familiar.
- **EURITMIA CURATIVA:** pertenece a la medicina antroposófica cuyas terapias son de movimiento para aumentar las fuerzas vitales y para la rehabilitación del ser humano en su forma multidimensional.
- **EQUITACION TERAPÉUTICA:** La utilización del caballo como recurso terapéutico en los programas de atención, terapia y rehabilitación de niños y adultos con cualquier tipo de discapacidad –física, psíquica o social.
- **MANUAL HERBARIO TRADICIONAL:** Listado de medicamentos herbarios tradicionales chileno contiene 103 diferentes especies vegetales.
- **NEUROPATÍA:** Enfermedad del sistema nervioso, especialmente la no inflamatoria.
- **NUTRICIÓN INTEGRATIVA:** tipo de nutrición que tiene una visión holística e integral de la persona.
- **PATOLOGÍA OSTEOMUSCULAR:** conjunto de lesiones inflamatorias o degenerativas de los músculos, tendones, articulaciones, ligamentos y nervios.
- **POLICONSULTA:** “paciente policonsultante”, denominación que responde a pacientes que presentan un elevado número de consultas espontáneas (más de siete en un año) en un mismo centro de salud.
- **POLIFARMACIA:** Abuso en la prescripción o en la toma de medicamentos.
- **REGISTRO AKĀSHICO:** considerada como memoria universal de la existencia, un espacio multidimensional donde se archivan todas las experiencias del alma incluyendo todos los conocimientos y las experiencias de las vidas pasadas, la vida presente y las potencialidades futuras.

ABREVIATURAS

- **APS:** Atención Primaria de Salud
- **ASOFAMECH:** Asociación de Facultades de Medicina de Chile
- **BVS MTCI:** Biblioteca Virtual en Salud en Medicinas Tradicionales, Complementarias e Integrativas
- **ENTs:** Enfermedades No Transmisibles
- **DIPOL:** División de Políticas Públicas Saludables y Promoción
- **ISP:** Instituto de Salud Pública
- **MAIS:** Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria
- **MC y PBS:** Medicina Complementaria y Prácticas de Bienestar de la Salud
- **MTC:** Medicina Tradicional y Complementaria
- **NCCIH:** Centro Nacional de Medicinas Complementarias e Integrativas del Instituto Nacional de Salud de EE.UU.
- **NSE:** Nivel Socio Económico
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **RISS:** Redes Integradas de Servicios de Salud
- **REUNMI:** Red Universitaria Nacional de Medicina Integrativa.
- **SEREMI:** Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

EQUIPO RESPONSABLE

La elaboración de la Orientación Técnica, estuvo a cargo de una comisión de carácter Ministerial, que fue coordinada por Irma Vargas Palavicino, profesional de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud. A continuación, se mencionan los responsables técnicos, autores y quienes efectuaron la revisión del documento.

Responsable técnico

Adriana Tapia Cifuentes	Médico Cirujano. Diplomada en Administración de Salud Administración y Gestión de Empresas. Jefa División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud.
Soledad Ishihara Zuñiga	Jefa Departamento de gestión del cuidado, División de Atención Primaria

Autores

Nombre	Institución
Alejandra Oyanedel Ureta	Cesfam Dr. Miguel Solar Paine
Alejandra Rojas Díaz	Cesfam Padre Alberto Hurtado, Macul
Barbara Acuña Ferrando	CESFAM Nuevo Horizonte, Los Ángeles
Damian Salazar Roa	Cesfam Dra. María Latife, Rancagua
David Guerra González	Cesfam Dra. María Latife, Rancagua
Gilda Sánchez Cortés	Unidad de Medicina Complementaria, APS Viña del Mar
Guadalupe Muñoz Corona	Departamento Salud Municipal El Bosque
Irma Vargas Palavicino	División de Atención Primaria, MINSAL
Lucy Jure Cares	Cesfam 2 de septiembre, Los Ángeles
Marcela Brito Báez	Dirección de Salud Municipal, San Felipe
Marcela Herrera Contreras	Cesfam Dr. Miguel Solar Paine
Mónica Galanti De La Paz	División de Gestión de la Red Asistencial, MINSAL
Priscilla Gallardo Achurra	Cesfam Padre Alberto Hurtado, Macul
Pilar Vega Escobar	Cesfam Dr. Rienzi Valencia, Rengo
Víctor Tapia Cornejo	Centro de Desarrollo Humano y Bienestar, Ser – Cesfam Dr. Segismundo Iturra T., San Felipe

Revisores

Nombre	Institución
Blanca Menares Moran	Servicio de Salud Coquimbo
Carmen Julia Cerda Jaramillo	DIPOL, MINSAL
Claudia Padilla Rubio	División de Atención Primaria, MINSAL
Eduardo Padilla Medina	Nacimiento, Hospital de la familia y comunidad
Elizabeth González Quinteros	Servicio de Salud L. B. O'Higgins
Jorge Ramos Vargas	Servicio de Salud Talcahuano
María González Letelier	Cesfam 2 de Septiembre, Los Angeles
Marcela Velásquez Romero	Cesfam Ralco, Servicio de Salud Bio Bio
Pamela Muñoz Abarca	Coordinadora Unidad Cuidado de las Comunidades, División de Atención Primaria
Sergio Robles Oñate	Servicio de Salud Chiloé
Yenive Cavieres Sepúlveda	DIPOL, MINSAL



Orientación Técnica
**Medicina complementaria y
prácticas de bienestar de la
salud en Atención Primaria**



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile