

El fenómeno del pluralismo asistencial: una realidad por investigar

Enrique Perdiguero

Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández. Alicante. España.

Correspondencia: Enrique Perdiguero. Departamento de Salud Pública, Historia de la Ciencia y Ginecología. Universidad Miguel Hernández. Crta. Alicante-Valencia, km. 8,7. 03550 Alicante. España.
Correo electrónico: quique@umh.es

(The phenomenon of healthcare pluralism: a reality to be researched)

Resumen

El pluralismo asistencial y la utilización de las medicinas alternativas y complementarias (CAM) son fenómenos de creciente interés en el ámbito internacional. El objetivo de este trabajo es aproximarnos a los estudios realizados sobre el pluralismo asistencial y las CAM en España. Tan sólo tenemos algunos estudios antropológicos, muy dispersos, y los datos que aportan las encuestas realizadas en Cataluña. Resulta urgente llevar a cabo estudios que nos permitan conocer la realidad de estos fenómenos en España y proponer políticas asistenciales que den seguridad a nuestra población en este ámbito.

Palabras clave: Medicina tradicional. Medicinas complementarias. España.

Abstract

Medical pluralism and the uses of Complementary and Alternative Medicine (CAM) are phenomena of increasing interest in the international arena. The aim of this chapter is to comment on Spanish studies dealing with medical pluralism and CAM. We have only a few scattered anthropological studies, and some data from surveys in Catalonia. There is an urgent need to carry out studies to ascertain the level of medical pluralism in Spain in order to develop care policies which provide assurance to the population in this area.

Key words: Medicine. Traditional. Complementary Therapies. Spain.

Introducción

El fenómeno de la utilización por parte de la población de instancias asistenciales y terapéuticas diferentes de las oficialmente reconocidas, lo que suele conocerse como pluralismo médico o asistencial, no es, en absoluto, una novedad. Diversos estudios han mostrado, tanto en España como en otros países, su vigencia a lo largo de la historia^{1,2}. En realidad en todo tiempo y lugar lo que han ofertado y ofertan los oficialmente facultados para ello sólo ha sido, y es, una fracción de lo que la población utiliza para resolver sus problemas de salud. La utilización de la autoayuda y la automedicación, o la utilización de sanadores situados en posiciones diferentes de las del sistema médico dominante es un fenómeno al que tanto historiadores como antropólogos sociales han venido prestando atención en los últimos dos decenios. Sin embargo, hasta hace pocos años no ha interesado demasiado a la investigación centrada en la utilización de servicios sanitarios. Una excepción es el caso de la automedicación que, sin embargo, ha sido estudiada desde una postura apriorística que no permite su contextualización en el marco del

comportamiento ante la enfermedad que lleva a cabo la población.

En general, en los estudios sobre pluralismo asistencial la identificación de los investigadores con una de las instancias posibles, la medicina científica occidental, no ha ayudado a comprender el fenómeno. Esta situación ha cambiado en gran medida, en el ámbito internacional, especialmente en la última década.

El objetivo de este trabajo es aproximarnos al conocimiento que existe sobre la realidad del pluralismo asistencial en el caso de España.

La preocupación por el uso de las medicinas complementarias y alternativas en el contexto internacional

Ha sido una parte del pluralismo asistencial, lo que hoy se denominan medicinas complementarias y alternativas (CAM) —homeopatía, acupuntura, naturismo, terapias manipulativas y un largo etcétera—, la que ha comenzado a recibir una atención creciente, tanto en el entorno de la Unión Europea³⁻⁵ como, sobre todo, en Estados Unidos. En los últimos años, estudios lle-

vados a cabo en los países más desarrollados, así como en otros ámbitos del planeta, se han sumado a este interés⁶. Resulta indicativo de la creciente atención concitada por las CAM los numerosos artículos o secciones que dedican al tema revistas de gran renombre como *British Medical Journal*, *Journal of the American Medical Association* o *Annals of Internal Medicine*, así como la creación de un subconjunto dedicado a la materia en MEDLINE.

El interés por el fenómeno del pluralismo asistencial, en especial por las CAM, ha surgido por la constatación de su creciente uso en las sociedades en las que la medicina científica occidental se encuentra más desarrollada. Ernst, una de las principales autoridades en la materia, en su revisión⁷ de los estudios que han investigado la prevalencia del uso de las CAM en la población general, a través de una muestra representativa, seleccionó 12 que presentan porcentajes de uso de las CAM durante el año previo que van del 9%, de alguno de los estudios referidos a los estadounidenses, al 65% de los australianos.

Uno de los obstáculos principales para medir la prevalencia de uso de las CAM es la dificultad de definir, precisamente, qué son. La discusión sobre qué formas de sanar deben ser consideradas CAM es un asunto al que se presta gran atención, pero en el que es muy difícil llegar a un consenso.

Otro punto de difícil acuerdo se centra en si se debe incluir en el concepto de «uso» el consumo de productos como complejos vitamínicos o hierbas, o tan sólo el hecho de acudir a un proveedor de CAM. La decisión sobre este asunto explica no pocas de las discrepancias encontradas en la prevalencia de uso de las CAM, incluso dentro del mismo país, tal y como ocurre en Estados Unidos, con cifras muy variables que van desde el 6,5 al 42,1%.

En cualquier caso, lo que no parece aventurado afirmar es que las CAM se usan frecuentemente y cada vez más, si bien a través de los estudios llevados a cabo hasta ahora es difícil valorar la magnitud exacta del fenómeno. La mayoría de los estudios están de acuerdo en señalar que recurren a ellas, especialmente, mujeres con educación media o superior y con niveles de ingresos medios o altos, con matices, según los casos, que no podemos desgranar aquí con detalle. En cuanto a las CAM más usadas varían mucho, según los ámbitos de los diversos estudios.

Como respuesta a esta creciente tendencia de uso y a su repercusión económica —el grupo de Harvard, capitaneado por Eisenberg⁸⁻⁹, estimó un aumento del 45% en el gasto en proveedores de medicinas alternativas entre 1990 y 1997, y en Australia se ha encontrado un aumento de un 120% en el gasto en medicaciones alternativas entre 1993 y 2000¹⁰—, diversos gobiernos como, por ejemplo, el del Canadá (1999), Reino Unido (2002) y Estados Unidos (2002) han pu-

blicado informes oficiales. En ellos se trata de ir avanzando en variados aspectos como la financiación de las CAM o la acreditación y formación de sus proveedores, un asunto que ha concitado gran atención en los últimos años. Se han creado organismos que pretenden avanzar en el conocimiento de la eficacia y efectividad de las CAM, tal y como ha ocurrido en Estados Unidos (National Center for Complementary and Alternative Medicine), Reino Unido (Research Council for Complementary Medicine) o Australia (Complementary Healthcare Council), por citar tan sólo algunos ejemplos.

En Europa, donde la prevalencia de uso de las medicinas alternativas también es muy variable, un 3-4% en Suiza y un 49% en Francia, dada la diversa metodología de los estudios llevados a cabo hasta ahora⁴⁻⁵ no hay, en el entorno de la Unión Europea, excepto para el caso de los medicamentos homeopáticos¹¹, ninguna directiva comunitaria (pregunta escrita E-0566/99), si bien se está a la espera de una relacionada con las plantas medicinales. En el marco de la Cooperation in Science and Technology sí se ha prestado atención a la significación terapéutica de lo que se ha denominado *unconventional medicine* (COST-B4)¹².

En todo caso, las CAM son sólo la parte más visible del pluralismo asistencial. Tener en cuenta este fenómeno, en su conjunto, supone la necesidad de asumir con todas las consecuencias las críticas a los modelos dominantes de concebir el comportamiento frente a la salud y la enfermedad que se formularon a partir de la década de los sesenta del pasado siglo y que se han ido mostrando progresivamente insuficientes para explicar lo que la población hace para intentar recuperar su salud, para mantenerla o para mejorarla. Es necesario «descentrar» el papel totalizador que a veces se asigna al sistema y a los servicios sanitarios formales y contextualizarlo, en el marco de otras posibilidades que la población utiliza para mejorar y conservar su salud y para enfrentarse a la enfermedad y a la muerte. Para realizar este «descentramiento» se utilizan modelos provenientes de la sociología y de la antropología de la medicina en los que se consideran no sólo las CAM, sino también los sanadores populares, el autocuidado o la automedicación.

En este sentido, la OMS, en su Estrategia sobre medicina tradicional (2002-2005), asume la variabilidad del pluralismo asistencial pues entiende como medicina tradicional «... un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de la medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación,

como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales...»¹³. El objetivo de esta estrategia, centrado especialmente, aunque no sólo, en los países en vías de desarrollo, es hacer que la medicina tradicional esté disponible y asequible y asegurar su uso racional, un objetivo compartido con las iniciativas que se están llevando a cabo en los países más desarrollados, y con las preocupaciones expresadas desde la salud pública⁶.

Frente a esta dinámica situación internacional, en nuestro país la atención prestada al pluralismo asistencial, en el contexto de la utilización de servicios sanitarios, no ha sido, hasta ahora, demasiada.

El pluralismo asistencial en España

En la sociedad española el fenómeno del pluralismo asistencial tiene unas características diferenciales con respecto a nuestro entorno europeo, porque los largos años sin democracia no facilitaron la presencia de ningún tipo de heterodoxia, incluidas las médicas. Por ello, el gran auge de las CAM se inició aquí con cierto retraso respecto a otros países de nuestro entorno económico y político, pues no pudo evidenciarse hasta inicios de los años ochenta.

Los pocos datos disponibles, las más de las veces ofrecidos por pequeños estudios cualitativos de cariz antropológico, han mostrado, sin embargo, que el pluralismo asistencial es una realidad de importancia en nuestro país. Presenta diferencias con respecto a nuestro entorno europeo y está, desde luego, bastante lejos de los países anglosajones, donde las CAM tienen una importancia que aquí sólo se comienza a apuntar. Resulta, pues, necesario realizar una sucinta caracterización de las diferentes alternativas asistenciales y terapéuticas que la población española tiene a su disposición, descontadas las que son ofrecidas por los profesionales sanitarios «oficiales». Ello supone enfrentar el difícil asunto de caracterizar diferentes sectores asistenciales cuyas fronteras son permeables y mal delimitadas. Nos centraremos en dos grupos, los sanadores «populares» y las CAM, dado que, también aquí, el tema de la automedicación ha sido más tratado, aunque con la mirada sesgada ya apuntada.

La presencia de sanadores «populares», sobre todo en el entorno de la religiosidad popular, ha sido en nuestro país, tradicionalmente, un ingrediente importante del pluralismo asistencial. Diversos estudios antropológicos permiten conocer las características de los sanadores presentes en las diversas regiones españolas, por lo que resulta relativamente posible afirmar que es el/la curandero/a la figura más habitual en este universo, aun con variantes importantes. Así, contamos con trabajos de variable profundidad y calidad para casi todas las

regiones (Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, Castilla, Extremadura, Galicia, País Vasco y Comunidad Valenciana), de los que sólo podemos citar algunos ejemplos¹⁴⁻¹⁸ y remitir a una recopilación de la bibliografía especializada¹⁹. En este tipo de estudios antropológicos encontramos descripciones precisas de personas que se dedican a las tareas curativas combinando procedimientos empíricos y creenciales, pero a través de ellos resulta imposible evaluar cuantitativamente la frecuencia con la que los españoles utilizan estos sanadores «populares» en la actualidad.

Algunos trabajos han intentado cuantificar el uso del curanderismo, si bien, por la propia naturaleza del fenómeno, deben ser considerados con mucha cautela. Reverte²⁰ publicó en 1983 una encuesta sobre el curanderismo en España, cuyas debilidades conceptuales y metodológicas no permiten extraer de ella ninguna conclusión válida. En un trabajo de investigación realizado hace algunos años por el Departamento de Salud Comunitaria de la Universidad de Alicante con muestras de población general mayor de 15 años de dos comarcas alicantinas, seleccionadas aleatoriamente, se encontró que en una de ellas (la Marina Baja) los curanderos habían sido una instancia terapéutica consultada en alguna ocasión durante la vida en el 27,6% de los casos, y en un 30% de los casos, en otra de ellas (la Vega Baja del Segura). En ambos casos eran las mujeres mayores de 30 años, sin estudios o sólo con estudios primarios, quienes más habían acudido al curandero.

Fernández²¹, mediante un cuestionario elaborado a partir de la Encuesta Nacional de Salud, sí realizó un estudio cuantitativo sobre el uso del curanderismo algo más consistente pero tan sólo circunscrito a la población de la zona norte de la provincia de Granada y zonas básicas de salud limítrofes correspondientes a Jaén y Almería. Se realizó un muestro polietápico, con la entrevista a 2.483 individuos a partir de un universo de 432.378 habitantes. De ellos, un 2,73% había asistido al curandero durante el último año, si bien el propio autor duda de los resultados, y apunta la más que posible ocultación de este comportamiento. En el contraste de variables, el sexo y la edad no resultaron asociados a la visita al curandero, sí el nivel de instrucción: los analfabetos y con menos de 5 años de estudios eran los que en mayor medida habían visitado al curandero durante el año previo.

En el caso de las CAM, su caracterización en España también resulta muy complicada por la escasez de estudios en profundidad sobre su utilización por parte de la población. Hasta donde sabemos, sólo Cataluña ha concitado diversos estudios desde diferentes puntos de vista. Desde la óptica antropológica, Pardo²² defendió en 1996 una tesis sobre las peculiaridades de la oferta de CAM en el ámbito catalán. Además, existen ya bastantes datos sobre su uso. Las Encuestas

Tabla 1. Porcentaje de encuestados que declaran haber realizado durante el último año visitas a profesionales alternativos (homeópata, naturista, acupuntor) por sexo del entrevistado y grupo de edad (Cataluña, 1994 y 2002)

Tipo de profesional	Año	Total (%)	Hombres (%)				Total	Mujeres (%)				Total
			0-14 años	15-44 años	45-64 años	> 64 años		0-14 años	15-44 años	45-64 años	> 64 años	
Homeópata	1994	1,1	0,9	0,8	0,5	0,1	0,6	1,5	1,5	1,6	0,9	1,4
	2002	1,9	4,0	1,2	0,8	0,7	1,5	3,4	2,3	3,0	1,1	2,4
Naturista	1994	0,9	0,9	0,5	0,6	0,1	0,6	0,6	1,2	1,7	0,9	1,2
	2002	1,5	0,8	1,2	0,6	1,3	1	0,6	1,9	3,8	1,2	2
Acupuntor/a	1994	0,6		0,5	0,7	0,5	0,4	0,2	0,6	1,4	0,5	0,7
	2002	1,1	0,4	1	0,7	0,6	0,8	0,1	1,4	2,9	0,9	1,5

Fuente: Encuesta de Salud de Cataluña (1994) y Encuesta de Salud de Cataluña (2002).

Tabla 2. Porcentaje de encuestados que declaran haber realizado durante el último año visitas a profesionales alternativos (homeópata, naturista, acupuntor) por clase social (Cataluña, 2002)

Tipo de profesional	Clase social						
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IVA	Grupo IVB	Grupo V	Grupo VI y otros
Homeópata	3,9	3,7	2,4	1,0	1,2	1,2	2,6
Naturista	2,0	1,9	1,8	1,1	1,5	1,1	3,2
Acupuntor/a	2,1	1,9	1,5	0,5	0,6	0,9	2,6

Fuente: Encuesta de Salud de Cataluña (2002).

de Salud de Cataluña, realizadas en 1994²³ y 2002²⁴, en varios de sus apartados relacionados con la utilización de servicios sanitarios se han interesado por el uso de homeópatas, naturistas y acupuntores. Los datos más significativos, obtenidos en relación con las visitas realizadas en los últimos 12 meses, se muestran en las tablas 1 y 2. Varias cuestiones parecen claras. Las mujeres de edad media son las que más acuden en Cataluña a las CAM. La Encuesta de Salud de Cataluña del año 2002 también nos permite comprobar al mayor uso que de estas alternativas hacen las clases medias y altas. Todo ello resulta coherente con los datos internacionales. Asimismo, resulta evidente que en los últimos 8 años se ha incrementado el uso de las CAM en Cataluña, pero con cifras inferiores a las de los países de nuestro entorno.

La Encuesta de Salud de la ciudad de Barcelona (2000-2001)²⁵ también se interesó por la visita a ho-

meópatas, naturistas y acupuntores (tablas 3 y 4), y confirmó que las mujeres de edad media conformaron el grupo que más acudió a las CAM. Los porcentajes de uso barceloneses son algo más altos que los generales para Cataluña, dato que también confirma la propia Encuesta de Salud de Cataluña del año 2002, especialmente para el caso de los homeópatas (tabla 5). La Encuesta de Salud de Barcelona también nos confirma que las visitas a los proveedores de CAM son más frecuentes en las clases sociales medias y altas, con un gradiente muy claro en el caso de las mujeres.

Otras encuestas de salud, a pesar de haberse planteado conceptualmente el problema, no parecen haber obtenido datos. Así, por ejemplo, si bien la Encuesta de Salud de Canarias²⁶ (1997), al hablar de profesionales sanitarios señala: «Damos a este concepto un sentido amplio ya que comprende a médicos, dentistas, en-

Tabla 3. Porcentaje de encuestados que declaran haber realizado durante el último año visitas a profesionales alternativos (homeópata, naturista, acupuntor/a), por sexo y edad (Barcelona, 2000)

Sexo	Total	Grupos de edad							
		0-14 años	15-24 años	25-34 años	35-44 años	45-54 años	55-64 años	65-74 años	75 años o más
Hombres	2	3	1,7	1,5	2,6	3,5	1,4	0,7	1,1
Mujeres	4,8	4,7	5,2	6,1	7,8	6,1	3,2	2,3	2,4

Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona (2000).

Tabla 4. Porcentaje de encuestados que declaran haber realizado durante el último año visitas a profesionales alternativos (homeópata, naturista acupuntor/a) por clase social, estandarizados por edad (Barcelona, 2000)

Sexo	Clase social				
	Grupo I	Grupo II	Grupo III	Grupo IV	Grupo V
Hombres	3,6	1,5	2,3	1,3	0,9
Mujeres	6,8	5,8	5,1	4,1	3,3

Fuente: Encuesta de Salud de Barcelona (2000).

fermeras, curanderos, brujos, farmacéuticos, ópticos, psicólogos, asistentes sociales, los dedicados a la medicina alternativa (acupuntores, homeópatas, etc.)», no aporta información sobre la frecuencia de utilización de esta amplia gama de instancias asistenciales en los datos publicados.

Otro referente cuantitativo son los datos publicados por la OCU²⁷ en 1991. Se afirmaba que un 9% de los encuestados, una muestra de la población española mayor de 15 años, había consultado a un practicante de las medicinas alternativas en los 12 meses anteriores. Pero la información sobre la cualidad técnica de esta encuesta es escasa. También existen datos de 1991 sobre el consumo de medicamentos homeopáticos⁵. España, en comparación con otros países europeos, era de las naciones que menos gasto realizaba per cápita.

En conjunto, pensamos que los datos recogidos hasta ahora son demasiado exiguos, excepto en el caso de Cataluña, para poder realizar un diagnóstico de la situación, y a la misma conclusión llega el reciente número sobre el particular de la revista *Humanitas*^{28,29}. Aun así, las cifras catalanas nos alejan bastante del entorno europeo^{4,5,30}, si bien hay que tener en cuenta que en las condiciones de financiación del acceso a los proveedores de CAM de muchos países europeos es posible tanto la subvención estatal como la de aseguradoras privadas, algo que no está extendido en nuestro país.

Como hemos señalado, en el ámbito de las CAM otro asunto que concita la atención es la formación.

¿Dónde se forman los proveedores de las CAM en España? Por ahora no existen titulaciones oficiales en estas formas de medicina, por lo que la mayoría de los proveedores se han formado en el extranjero, en centros universitarios que sí permiten acceder a un entrenamiento regular en este campo, o a través de cursos de dudosa calidad ofrecidos por los propios laboratorios que fabrican productos complementarios o alternativos. En los últimos años desde diversos departamentos universitarios (p. ej., en las universidades de Barcelona, Murcia, Santiago, Sevilla y Zaragoza, entre otras), y en el contexto de la formación posgraduada, han puesto en marcha cursos que permiten acceder a las CAM. El nuevo escenario de reforma de la enseñanza superior que ha puesto en marcha el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte para lograr la integración europea traerá, sin duda, novedades en este sentido.

Conclusiones

Con los datos que tenemos a nuestra disposición resulta prácticamente imposible hacernos una idea de cuál es la realidad del pluralismo asistencial en nuestro país. Los estudios antropológicos tienden a subrayar la importancia del recurso a los sanadores tradicionales, pero se restringen a ámbitos locales que no nos permiten conocer con detalle cómo los utiliza la población. En cuanto al uso de las CAM, excepto en el caso de Cataluña, no contamos, por ahora, con estudios.

Recomendaciones

A la vista de lo anterior parece adecuado y urgente llevar a cabo proyectos de investigación bien diseñados y con base poblacional que permitan conocer cuánto, cómo y quién utiliza las CAM y los sanadores «populares», así como abordar la realidad de la automedicación y la autoayuda desde un punto de vista no prescriptivo.

Tabla 5. Porcentaje de encuestados que declaran haber realizado durante el último año visitas a profesionales alternativos (homeópata, naturista, acupuntor/a) por región sanitaria (Cataluña, 2002)

Tipo de profesional	Región sanitaria								
	Total	Lleida	Tarragona	Tortosa	Girona	Costa de Ponent	Barcelona Nord Maresme	Centre	Barcelona Ciutat
Homeópata	1,9	1,8	1	1,9	1,6	1,2	1,6	2	3
Naturista	1,5	0,7	0,9	2,7	2,2	1,0	1,6	1,5	2
Acupuntor/a	1,1	0,3	0,6	1,9	1,2	1	1	0,9	1,8

Fuente: Encuesta de Salud de Cataluña (2002).

Estos estudios realizados con metodología cuantitativa deberán combinarse con otros hechos desde la perspectiva sociosanitaria y con métodos cualitativos. La dificultad de acceder al conocimiento global de las conductas de la población frente a la enfermedad a través de métodos de encuesta aconseja la utilización de técnicas etnográficas que permitan entender qué hace la gente frente a la enfermedad y caracterizar las personas a las que acuden.

La diversidad de formación que ofrecen hoy día los proveedores de las CAM en nuestro país, un asunto atisbado pero no conocido con detalle, parece aconsejar que aquí, como en otros países, comiencen a diseñarse políticas que proporcionen seguridad al consumidor que quiere acercarse a las CAM como una de las alternativas asistenciales y terapéuticas que tiene a su disposición.

Bibliografía

1. Perdiguero E. Healing alternatives in Alicante, Spain, in the late nineteenth and late twentieth centuries. En: Gijswijt-Höfs-trat M, Marland H, De Waardt H, editors. *Illness and healing alternatives in Western Europe*. London: Routledge, 1997; p. 205-23.
 2. Perdiguero E. Con medios humanos y divinos: la lucha contra la enfermedad y la muerte en Alicante en el siglo XVIII. *Dynamis* 2002;22:121-50.
 3. Lewith G, Aldridge D. *Complementary medicine and the European Community*. Cambridge: Saffron Walden, The C.W. Daniel Company Limited, 1991.
 4. Sharma U. *Complementary medicine today*. London: Routledge, 1992.
 5. Fisher P, Ward A. Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *BMJ* 1994;309:107-11.
 6. Bodeker G, Kronenberg F. A public health agenda for traditional, complementary, and alternative medicine. *Am J Public Health* 2002;92:1582-91.
 7. Ernst E. Prevalence of use of complementary/alternative medicine: a systematic review. *Bull World Health Organ* 2000;78:252-7.
 8. Eisenberg DM, Kessler RC, Foster C, Norlock FE, Calkins DR, Delbanco TL. Unconventional medicine in the United States. *N Engl J Med* 1993;328:246-52.
 9. Eisenberg DM, David RB, Ettner SL. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990-1997. Results of a Follow-up National Survey. *JAMA* 1998;280:1569-75.
 10. MacLennan AH, Wilson DH, Taylor AW. The escalating cost and prevalence of alternative medicine. *Prev Med* 2002;35:166-73.
 11. Vidal MC. La evolución de la reglamentación de los medicamentos desde la promulgación de la Ley del Medicamento en 1990. Período 1990-2000. Su problemática. *Derecho y Salud* 2000;8:95-109.
 12. Co-operation in Science and Technology. A survey of knowledge and understanding of unconventional medicine. Cost B4. Mayo 1999 [consultado 27/02/2003]. Disponible en: http://www.rccm.org.uk/static/Report_COST.asp
 13. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: OMS, 2002.
 14. Gómez García P, editor. *El curanderismo entre nosotros*. Granada: Universidad de Granada, 1997.
 15. Andolz R. *De pilmadores, curanderos y sanadores en el Alto Aragón*. Zaragoza: Mira Editorial, 1987.
 16. Fernández García J. *Curanderos y santos sanadores. Curanderismo y medicina popular en Asturias*. Oviedo: Gea, 1995.
 17. Lison Tolosana C. *Brujería, estructura social y simbolismo en Galicia*. 2.ª ed. Madrid: Akal, 1984.
 18. Reviriego Almohalla MC. *Medicina popular y espiritismo (un estudio el Valle del Vinalopó)*. Alicante: Instituto de Cultura Juan Gil Albert, 1995.
 19. Perdiguero E, Comelles JM, Erkoreka A. Cuarenta años de antropología de la medicina en España (1960-2000). En: Perdiguero E, Comelles JM, editores. *Medicina y cultura. Estudios entre la antropología y la medicina*. Barcelona: Bellaterra, 2000; p. 353-446.
 20. Reverte JM. Resultados de una encuesta sobre curanderismo en España. *Rev Esp Med Legal* 1983;10:47-74.
 21. Fernández E. Usuarios de curanderos en el área hospitalaria norte de la provincia de Granada. En: González Alcantud JA, Rodríguez Becerra S, editores. *Creer y curar: la medicina popular*. Granada: Diputación Provincial, 1996; p. 337-360.
 22. Párido Jávega E. *Medicinas alternativas en Catalunya: Desarrollo y articulación de los modelos médicos subalternos [tesis doctoral]*. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili, 1996
 23. Enquesta de Salut de Catalunya (1994) [consultado 10/11/2002]. Disponible en: <http://www.gencat.es/sanitat/portal/cat/ensalut1994.htm>
 24. Enquesta de Salut de Catalunya (2002) [consultado 16/09/2003]. Disponible en: <http://www.gencat.es/sanitat/dep-san/units/sanitat/html/ca/plasalut/doc5365.html>
 25. Enquesta de Salut de Barcelona (2000) [consultado 16/09/2003]. Disponible en: <http://www.aspb.es/quefem/enquesta.htm>
 26. Encuesta de Salud de Canarias (1997) [consultado 12/11/2002]. Disponible en: <http://www.gobcan.es/psc/esc/>
 27. Las terapias paralelas. *OCU-Compra Maestra* 1991;134:24-9.
 28. Ballvé JL. ¿Quién utiliza las medicinas no convencionales y por qué? *Humanitas. Humanidades Médicas* 2003;1:125-34.
 29. Gol-Freixa JM. Las medicinas no convencionales en España. *Humanitas. Humanidades Médicas* 2003;1:135-40.
 30. Ernst E, White A. The BBC Survey of complementary medicine in the UK. *Complemet Ther Med* 2000;8:32-6.
-