

COSTO – EFECTIVIDAD EN EL ANALISIS DE POLITICAS DE SALUD: DEBE LA ACADEMIA ABRIR LA PUERTA A LAS MEDICINAS ALTERNATIVAS?

Cost-effectivity in health policy analysis: would academy open the door to alternative medicine?.

Juan Manuel Ospina Diaz¹; Fred Gustavo Manrique-Abril ²; Abel F Martinez-Martin³.

1. MD. MSc Epidemiología. Profesor Titular Escuela de medicina Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Investigador GISP-UPTC. Tunja duendex56@gmail.com.
2. RN. PhD Salud pública. Profesor Asociado Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Profesor Titular Universidad Nacional de Colombia. Director GISP. CIECOL.. fred.manrique@uptc.edu.co
3. MD MSc Historia. PhD(c). Profesor Asociado Escuela de medicina Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja. abelfmartinez@gmail.com.

Recibido:	20	08	2013	Revisado:	22	09	2013
Corregido:	01	12	2013	Aceptado:	28	12	2013

Estilo de referencias: Vancouver APA 6 Harvard ICONTEC

RESUMEN:

Se hace un análisis del costo beneficio y de su aplicación en el sector salud: el análisis costo efectividad. Se esboza el impacto del componente farmacoterapéutico sobre las finanzas del sistema de salud y sobre la economía familiar en los últimos años en Colombia. Se propone como medida razonada de respuesta a esta problemática la evaluación del impacto financiero y el estudio científico de las implicaciones terapéuticas y económicas que podría tener la implementación de técnicas de curación fundamentadas en las llamadas medicinas alternativas o complementarias, en especial la fitoterapia sobre el manejo de los cuadros no complicados de enfermedades crónicas de alto costo como la Hipertensión Arterial, Trastornos del perfil lipídico, Diabetes Mellitus tipo II y Artritis reumatoidea. Se recomienda incluir contenidos curriculares al currículo de medicina.

Palabras Clave: Costo-beneficio, Costo-efectividad, Medicinas Alternativas, Fitoterapia

ABSTRACT

We make a detailed analysis of the overall scheme of cost-benefit concept and its application in the health sector: the cost-effectiveness analyses. It outlines the enormous overall impact on the finances of the social health and household economy in recent years in Colombia of the Pharmacy-therapeutic component in Colombia. It is proposed as a reasoned response to this problem, the financial impact assessment and the scientific study of the therapeutic and economic implications that could be the implementation of techniques of healing founded on so-called alternative or complementary Medicine, especially herbal medicine on the management of high-cost, uncomplicated diseases as chronic: hypertension, lipid disorders, type II diabetes mellitus and rheumatoid arthritis. It outlines a comprehensive proposal to formally include in the curricula of medicine program these issues.

Keywords: *Cost-benefit, Cost-effectiveness, Alternative medicine, Fitotherapy*

INTRODUCCION

El sector salud en Colombia se enfrenta a la más devastadora crisis desde la creación de los Sistemas de salud en 1975. Prueba de ello es el incremento acelerado en el número de acciones de tutela interpuestas por los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), buscando garantías jurídicas para acceder a la prestación oportuna y eficaz de servicios sanitarios. Esta avalancha de reclamaciones llevó a la Corte Constitucional a pronunciarse enérgicamente en la sentencia T-760 de 2008; en este documento se ha expresado que un apreciable porcentaje de las tutelas presentadas en contra de estamentos del sector salud corresponden a la negación o dilación de bienes y/o servicios médicos que ya están legalmente reconocidos a los usuarios en el Plan Obligatorio de Salud, llamó la atención sobre graves fallas en los órganos estatales de control y protección del derecho a la salud, tales como, Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud, la Comisión de Regulación de la Salud y el Ministerio de la Protección Social, y detectó omisiones de los entes de vigilancia del sector, como la Superintendencia Nacional de Salud.

Un análisis de profundidad pone en evidencia serios problemas que en síntesis se manifiestan en deficiente cobertura, corrupción y serias falencias estructurales que comprometen oportunidad y calidad en la prestación de los servicios de salud; para complicar aún más el sombrío panorama, el sistema carecer por completo de una estructura financiera sólida que permita ofrecer servicios de calidad a costos razonables a quienes requieran de los servicios, un adecuado flujo de recursos y mejoramiento de las condiciones laborales de los trabajadores del sector salud.

En la práctica, la crisis se manifiesta como una hidra de más de siete cabezas, que deja entrever la creciente deuda del consorcio Fidu-Fosyga, la incapacidad financiera de los entes territoriales para cubrir el costo de los eventos clasificados como no POS, la precarización consecuente de la infraestructura tecnológica de los servicios de salud, el maltrato y la censura operativa impuesta por los operadores del sistema a los profesionales de la salud, por parte de los llamados “intermediarios laborales”, la intervención forzosa de muchas Empresas Sociales del estado que luego son revendidas a precios de feria a operadores particulares, el crecimiento no previsto del pasivo prestacional y de las cuentas atribuidas a las llamadas enfermedades catastróficas(1).

Analizado desde la perspectiva de estructura y operatividad como cadena productiva, el sistema de salud permite identificar como miembros primarios, a los llamados clientes, los proveedores de insumos, las EPS's y las IPS's; Funciona como un sistema de mercado regulado, bajo la vigilancia y control del Ministerio de la Protección Social, el Consejo Nacional de Seguridad Social en salud y la Superintendencia Nacional de Salud. El análisis demuestra que la cadena presenta altos costos de transacción por la incertidumbre de la demanda y la naturaleza compleja de los insumos que se negocian; se hace notorio el hecho de que el ámbito de las transacciones reviste características de oligopolio e incluso de monopolio(2). Si en sus comienzos, el sistema se diseñó con la expectativa de establecer un libre mercado regulado que disminuyera los costos de operación y generara superávit para financiar a los inscritos del régimen subsidiado, esta expectativa no ha pasado de ser una idea, que por ahora es imposible de concretar, en razón al desequilibrio numérico y de costos entre los regímenes contributivo y vinculado.

La nueva normatividad, contempló de manera bastante superficial las actividades de promoción y fomento de la salud, y prevención de la enfermedad, es decir la Atención Primaria en Salud, estableciendo de manera muy ambigua la ejecución de unas actividades centradas sobre todo en la Educación en Salud y en los programas específicos de Control prenatal, inmunizaciones y control y seguimiento del crecimiento y desarrollo como ejes de este importante componente, lo que en la práctica se tradujo en un profundo retroceso respecto de los avances logrados con el antiguo Sistema Nacional de Salud, como los incrementos en las que se llamó enfermedades reemergentes, de las enfermedades transmitidas por vectores como Malaria y dengue, de la mortalidad infantil y perinatal y descenso en las coberturas de vacunación(3).

Puestas así las cosas, no es de extrañar que a finales de 2010 se decretara formalmente la existencia de una profunda crisis en el sector salud, fruto de las falencias estructurales y operativas del sistema, a las que se sumó la sincronía con un momento de recesión económica mundial. El déficit, estimado inicialmente en unos 900 mil millones de pesos puso de presente el profundo caos en la regulación, sobre todo si se tiene en cuenta que, en 2005, las cinco EPS con mayores volúmenes de afiliación reportaron al mismo tiempo sustanciales utilidades en sus balances(4).

Si bien la reforma contemplo profundos cambios en la forma de prestación de los servicios de salud, poco o nada se ocupó del fondo concreto de ellos, es decir de las características y competencias deseables de los operadores del sistema: los trabajadores de la salud.

La Ley 100 de 1993 se sustentó en las premisas del mercado y la competencia como reguladores de calidad, eficiencia y equidad; pero la práctica se ha comprobado, con dolorosas evidencias, por ejemplo el cierre paulatino de hospitales como La Hortúa, Infantil, Universitario de Manizales y otros, que el sistema es incapaz de aplicar eficientemente mecanismos de regulación ni control, y segundo, que ninguno de los operadores del sistema se empeña en atender a los pacientes clasificados como del régimen subsidiado o quienes no tienen con qué pagar, ni por los consumidores crónicos de servicios de salud, como hoy, se denomina a los enfermos con padecimientos degenerativos o enfermedades que demanden altos costos de tratamiento. Paradójicamente, quienes más necesitan los servicios. Precisamente tal atención corre por cuenta de los hospitales públicos, los cuales se han visto profundamente afectados por la manera errónea como se ha implementado la reforma de la salud. El ISS, por su parte, tiene la mayor carga de enfermos crónicos y de alto costo, en flagrante desproporción frente a las EPS privadas³.

Es así como los temas de calidad y oportunidad en la prestación de los servicios de salud ha sido una arista relativamente poco estudiada en los análisis de impacto de la Ley 100/93, en la medida que la calidad debe ser un complemento necesario al incremento en las coberturas de salud(5). Es evidente que el sistema ofrece servicios de deficiente calidad en todos los niveles de atención, pero particularmente en la atención básica, hasta el extremo de permitir que hagan carrera conceptos como el de los “paseos de la muerte” o el imperativo de acudir a la Acción de tutela, que desprestigian y restan credibilidad al sistema de salud, hasta llevar a sectores de opinión a pedir su abolición (6), en la medida en que los actores del sistema, EPS e IPS muestran desmesurado interés por los resultados económicos, aun a expensas del sacrificio de los beneficios sociales que se derivarían de unos servicios de calidad, oportunos y eficientes (7).

Si bien el concepto de análisis costo beneficio se considera emergiendo desde la perspectiva de los inversores del sector privado, interpretando el beneficio como una magnitud cuantitativa mensurable en dinero, para efectos de tomar decisiones en función de la viabilidad de realizar una inversión (8), en el campo de la salud este mismo concepto trasciende las fronteras del beneficio económico y se dirige a evaluar los beneficios en función del impacto que las inversiones o intervenciones pueden tener sobre el estado y nivel de salud en una población dada, en consideración a que la profunda diferencia existente entre recursos y necesidades obliga a priorizar unas decisiones y a postergar otras, consideradas menos catastróficas.

Por esta razón, en el plano teórico, en el que importa determinar no el beneficio económico, sino la rentabilidad social (9), se ha dado un viraje para enfocar el análisis de la prestación de servicios de salud en el concepto de Costo-Efectividad, con el propósito de seleccionar entre varias opciones o alternativas, la que permite obtener el mejor resultado posible, a los menores costos. Lo anterior en consideración que el ejercicio de los trabajadores de la salud se fundamenta en la toma de decisiones que deben incidir sobre la salud de las comunidades, en el caso de la salud pública, o también sobre la salud del individuo en el caso del trabajo de los clínicos.

Se conocen diversos mecanismos para medir la efectividad: disminución de la mortalidad, de la incidencia o de la prevalencia de determinada enfermedad. La utilidad es también una forma de medir la efectividad y se trata de un concepto procedente de la economía de la salud, referido al bienestar subjetivo que las personas asociamos a diferentes estados de salud (10).

Una de las aristas del problema que representa el mayor impacto financiero generador de la crisis, y a la vez, el más improbable de conjugar es el de los costos crecientes de los medicamentos. En el alto costo de los medicamentos hay factores externos, ajenos a los procesos de producción, que tienen que ver con las múltiples estaciones de intermediación, que se consideran son los escollos que atrapan el mayor volumen de utilidades en la cadena de producción y distribución, mismas que llevan a que las instituciones difieran la entrega de los medicamentos, imponiendo al usuario en muchas ocasiones la obligación de adquirirlos por cuenta propia, con lo cual, los costos se cargan al consumidor final, todo esto ha venido ocurriendo frente a los entes de vigilancia del estado, que debiendo actuar como regulador, se ha comportado de manera laxa y complaciente, olvidando su obligación de defender el interés de usuarios y comunidades.

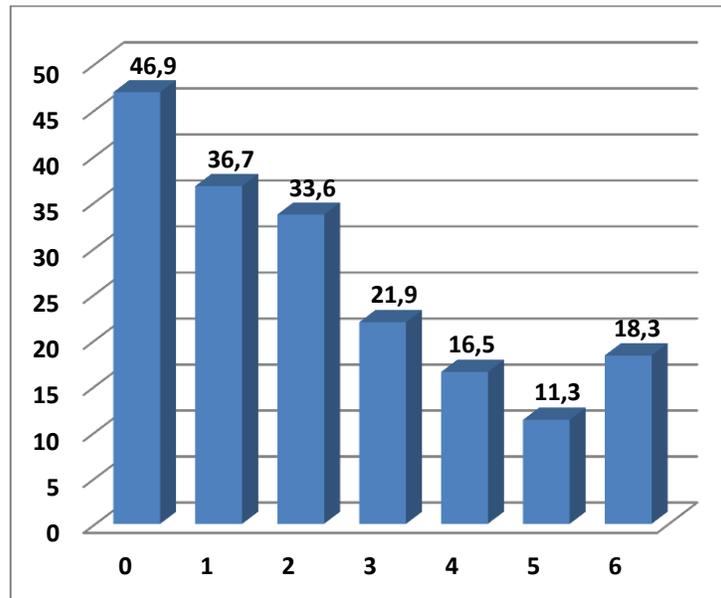
Un elemento que conforma el sistema, aunque con muy pocas probabilidades de regulación es sin duda, el sector farmacéutico, enorme industria multinacional que se ufana de encaminarse a movilizar un trillón de dólares para el año 2014. Se estima que ese crecimiento va a estar jalonado por Latinoamérica y los países llamados emergentes (11). Cabe preguntarse cual es el significado real de esas estimaciones, en particular si se considera que el presupuesto global para la salud de los colombianos en 2011 ascendió a 12 billones de pesos, y que los ingresos generales de esta industria en el mismo período fueron de 3,6 billones de pesos (30% del total).

Hacia 2003 se registraban funcionando en el país 170 laboratorios nacionales y 71 internacionales certificados con buenas prácticas de manufactura (BPM), de las cuales se habían inspeccionado 107 encontrándose 70 (65,4%) violaciones a la normatividad del INVIMA, la cual incluye los procesos de producción, expendio, comercialización y distribución de los medicamentos; estas cifras son apenas un reflejo de la problemática que plantea la inexistencia de un sistema integrado y organizado de Vigilancia y Control, razón por la cual con cierta frecuencia se reporta el hallazgo de lotes de medicamentos falsificados, vencidos o adulterados prontos a ser comercializados (12).

También se ha reportado que el grado de insatisfacción de los medicamentos formulados dentro del sistema alcanza el 40%(13). Dos años más tarde en otro estudio similar se encontró en pacientes no asegurados una entrega incompleta de medicamentos del 69,8% (IC95%: 61,3-77,3) (14).

Situaciones como las descritas se reflejan en un creciente porcentaje de los ingresos familiares que debe destinarse a la adquisición de medicamentos, con la preocupante particularidad de que los más pobres son los más afectados, pues evidente que ellos deben destinar casi la mitad de sus magros ingresos a la adquisición de medicamentos tal como se aprecia en la gráfica 1.

Gráfica 1. Porcentaje de ingresos destinado a adquisición de medicamentos según estrato socioeconómico. Colombia 2003. Fuente: Colombia-OPS. Política Farmacéutica Nacional. Bogotá D.C. 2003.



Una de las aristas más preocupantes del problema terapéutico tiene que ver con el uso prescrito y automedicado de los antibióticos, ya que se conoce que el 30% de las prescripciones orales y el 13,3% de las inyectables corresponden a esta categoría de medicamentos, solamente en el primer nivel de atención, sobre todo si se tiene en cuenta que los estándares estimados ascienden al 20 y 10 por ciento respectivamente (15). Estos resultados son coincidentes con estudios adelantados en Argentina en los que se evidencia que Los resultados de encuestas domiciliarias muestran como la proporción de los ingresos familiares dedicada a gastos de bolsillo en medicamentos es más alta en los sectores pobres de la población urbana argentina debido a que carecen de seguro de salud, ya sea social o privado (16).

Las falencias operativas del sistema de salud, que en el plano del acceso a los medicamentos para el tratamiento de las enfermedades crónicas, se traduce en elevados gastos del presupuesto familiar, han llevado a las personas a la búsqueda de técnicas terapéuticas diferentes a las de la Medicina Alopática; es así como se reconoce que tan solo en Los Estados Unidos, alrededor de 83 millones de personas emplea habitualmente técnicas de medicina alternativa y complementaria para el abordaje terapéutico de sus problemas de salud, a un costo de 33,9 billones de dólares (17). En África se estima que el 80% de la población utiliza las medicinas alternativas y en la China hasta un 40% de la población. No es raro tampoco que en los países desarrollados, importantes volúmenes de población acudan a estas tecnologías terapéuticas: 70% en Canadá, 48% en Australia, 38% en Bélgica y 75% en Francia (18). Todo parece indicar que esta tendencia es creciente a nivel mundial.

El concepto de Medicina Alternativa ha sido definido en los Estados Unidos por el Centro nacional 'para la Medicina Alternativa y Complementaria (NCCAM) como "un grupo de diversos sistemas, prácticas y productos médicos y del cuidado de la salud, que no están considerados en la actualidad como parte de la medicina convencional" (19).

En Colombia se encuentran normas referidas a la práctica de atención en salud diferente de la medicina formal desde 1869 (20), cuando se dio permiso al Instituto Homeopático para utilizar una sala de hospitalización y establecer en ella un hospital homeopático, sometido a inspección y vigilancia, la sala estaría puesta al servicio de todas aquellas personas que libre y voluntariamente quisieran acceder a esta forma de terapéutica, incluidos los pacientes clasificados como incurables por parte de la Medicina Alopática.

En 1905 se autorizó al Instituto Homeopático de Colombia a expedir títulos para el ejercicio de la medicina homeopática, aunque los graduandos deberían haber cursado en una Facultad de Medicina por lo menos las materias de primer año, Anatomía, Fisiología y Patología general (21). En 1914 se amplió este último requisito a tres cursos de patología.

En 1990 el Ministerio de Salud de Colombia oficializó de cierta manera la práctica de las medicinas alternativas, tradicionales y naturistas, creando un consejo asesor para la conservación y desarrollo de estas, definiendo la cultura médica tradicional, y las terapéuticas alternativas (22), lamentablemente y pese a haber sido oficializado en 1992, hasta 2006 este Consejo no había sido convocado.

A nivel mundial, se encuentra una marcada tendencia que busca incorporar las medicinas alternativas o complementarias con los esquemas terapéuticos de la industria farmacéutica. Es así como ya se encuentra que en diversos ámbitos académicos se están canalizando esfuerzos de investigación hacia la efectividad de diversas alternativas terapéuticas no convencionales; podría decirse que la llamada Medicina Naturista, la terapia neural, la homeopatía y la acupuntura, ya han podido mostrar resultados esperanzadores en la intervención de algunas de las patologías más frecuentes y costosas (23).

En la literatura se encuentra como ya algunas Instituciones formadoras de médicos, hospitales y servicios de salud en Norteamérica ofrecen a la par, cursos de capacitación en medicinas alternativas y complementarias, y opciones de elección de estas técnicas para los usuarios (24). En este sentido, algunos analistas ya avizoran en

la aplicación de técnicas alternativas o complementarias un alivio a los agobiantes costos de las técnicas terapéuticas convencionales (18, 25).

De la misma manera, las revistas especializadas registran estudios de diferente magnitud que constituyen evidencia sólida en favor del empleo con fines terapéuticos, de diferentes productos naturales como el ajo (26), la caléndula, flores de majagua, pseudotallo del plátano (*musa paradisiaca*), aloe, caraili y muchas otras, en el tratamiento de enfermedades crónicas tales como la hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II, enfermedades articulares y respiratorias crónicas como asma y EPOC (27).

Desde los años 70's del siglo XX ha venido utilizándose con fines de manejo terapéutico y del dolor una técnica conocida como terapia neural que he resultado ser muy útil en el manejo clínico de cuadros complejos de difícil abordaje con la farmacología convencional (28).

La Universidad Nacional de Colombia, ofrece un programa de formación postgraduada en el campo de las medicinas alternativas, a nivel de maestría y ya comienzan a incluirse en sus publicaciones periódicas estudios referidos a las diferentes técnicas consideradas medicinas complementarias o alternativas.

En la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia se han hecho algunos intentos que buscan fundamentalmente explorar los usos fitoterapéuticos de las comunidades campesinas del altiplano cundiboyacense (29); también en los diseños curriculares del programa de Enfermería se ha incluido la temática en el contexto de una asignatura opcional. No obstante, parece ser llegado el momento de considerar seriamente la conveniencia de incluir en el proceso curricular la temática de las medicinas alternativas, al menos aquellas que resulten ser más significativas en los contextos populares boyacenses, como parece ser el caso de las plantas medicinales.

Naturalmente, el punto de partida debe focalizarse en estudios basados en diseños epidemiológicos que permitan una aproximación valedera a los problemas crónicos de salud que tienen en el momento mayor impacto, tanto económico como sanitario. Por esta razón vale considerar las terapéuticas de corte fitomedicinal que en la actualidad abordan las enfermedades cardiovasculares, la diabetes mellitus tipo II, las enfermedades articulares degenerativas y algunas enfermedades crónicas degenerativas de carácter neurológico como el Parkinson y la demencia senil.

Al respecto vale mencionar que existen estudios que presentan un panorama alentador en el caso de la hipertensión arterial, los trastornos del perfil lipídico basados en el uso del ajo (*Allium sativum*) con fines medicinales. De este producto se han identificado unos 30 ingredientes con efecto beneficioso potencial, principalmente en casos de Hipertensión arterial, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, además se ha mostrado cierto grado de efecto inhibitor de la coagulación (30), lo que de demostrarse cierto, haría de el ajo, el medicamento ideal para el manejo preventivo y terapéutico de la hipertensión arterial en el nivel de Atención Primaria en Salud.

De la misma manera, en la literatura se encuentran descritas unas diez y siete plantas medicinales que podrían potencialmente ser útiles en el manejo de la diabetes mellitus no complicada, aunque en la base de datos NAPRALET se describen unas 1700. Las que más han sido estudiadas son las que contienen sales de Cromo (Arándano, judía) y mucílagos (algarrobo, goma guar, ispagula, lino zaragotona, altea, ficus) (31).

El harpagophytum procumbens, conocido popularmente en África como uña del diablo o garra del diablo ha sido ampliamente estudiado como alternativa fitoterapéutica en los casos de artritis reumatoidea (32). A una planta, originaria de la Amazonia y conocida como uña de gato (*Uncaria tomentosa*), se le atribuyen propiedades curativas similares (33).

Los ejemplos mencionados constituyen sustrato más que apropiado para abrir un debate amplio y razonado sobre las posibilidades que en reducción del impacto económico podrían tener sobre las finanzas de los sistemas de salud convencionales la incorporación de técnicas terapéuticas alternativas, sin perder de vista eso sí, la necesidad de estructurar evidencia científica sólida que soporte las decisiones médicas en el campo de la Atención Primaria en salud.

En principio, es importante considerar que el campo terapéutico más cercano al raciocinio científico convencional es el de la medicina natural o fitoterapia, habida cuenta de la amplia gama de estudios científicos que se han realizado, y los que se pueden realizar en nuestro medio para abrir campo al empleo, con fines terapéuticos de productos vegetales, soportados en diseños de tipo cuasi experimental o de ensayos clínicos controlados que evalúen con el mínimo de dudas, el verdadero potencial de estos esquemas de tratamiento.

Por otro lado, es imprescindible la asociación con los investigadores de las Facultades de Ciencias básicas con experiencia en el análisis fitoquímico, para avanzar en el

reconocimiento de los principios activos presentes en las plantas y su potencial aislamiento y estabilización para ser producidos en cantidad.

En lo que tiene que ver con los contenidos curriculares de los programas de Medicina, las evidentes limitaciones económicas de los servicios de salud deben ser motivación suficiente que lleven al establecimiento formal de al menos una cátedra dedicada a la descripción y empleo de los productos naturales ya reconocidos por la evidencia científica, así como la manera de diseñar estudios de evaluación terapéutica de productos vegetales en el manejo de enfermedades crónicas.

La crítica situación financiera y organizativa del sector de la salud obliga a replantear muchos aspectos, sin desconocer los esfuerzos y logros de la medicina convencional, que hasta el momento de la implementación de la Ley 100 de 1993 habían esbozado caminos claros a la Medicina Preventiva, consideramos que ha llegado el momento de hacer propuestas innovadoras, y sobre todo costo-efectivas en busca de resolver lo que hasta el momento parece dirigirse a la debacle total.

REFERENCIAS

1. Muñoz-Paredes C. Crisis de la salud en Colombia. Declaración de emergencia social y económica. . Consultorsalud.com; 2012 [cited 2012 30-01-2013]; Available from: www.consultorsalud.com
2. Gorbaneff Y, Torres S, Contreras N. Anatomía de la cadena de prestación de salud en Colombia en el régimen contributivo. Innovar. 2004;23:168-81.
3. Patiño J. El proyecto de Ley 052 (Editorial). Rev Colomb Cir. 2005;20(4):176-8.
4. Nieto J. Evolución de la educación médica en Colombia. Rev Colomb Cir. 2005;20(4):179-91.
5. Uribe J. Perspectivas del Sector Salud y de la Práctica Médica en el país. Revista Colombiana de urología. 1999;8(3): <http://www.encolombia.com/medicina/urologia/urologia8399-laperspectiva.htm>
6. Midgley J. ¿La Seguridad Social ha perdido relevancia? Revista internacional de Seguridad Social. 1999;52(2):111-21.
7. Franco A. Seguridad Social y salud en Colombia: estado de la reforma. Rev Salud Pub. 2000;2(1):1-16.
8. González-Posse E. Sobre el análisis costo beneficio en inversiones e investigaciones en salud. Cuadernos del CES. 2008:11-5.
9. Mugarra I, Cabasés J. Análisis costo-beneficio del programa de detección precoz de enfermedades metabólicas en la comunidad autónoma vasca. Gaceta Sanitaria. 1990;19(4):140-4.
10. Rodríguez J. Análisis coste-efectividad de la medicina intensiva en la insuficiencia respiratoria grave. . Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 2002.

11. Arcila-Gómez R. De donde venimos y para donde vamos en el mercado farmacéutico en Colombia? Bogotá: Cámara de la Industria farmacéutica de Colombia-ANDI.; 2011 [cited 2012 01/02/2012]; Available from: <http://www.andi.com.co/downloadfile.aspx?id=71f1c879-5f18-4dc4-bef4-15c4ae113426>
12. Colombia-Ministerio de la Protección Social-OPS. Monitoreo de la situación farmacéutica en Colombia. Bogotá D.C.2003.
13. Colombia. Defensoría del Pueblo. Encuesta nacional de calidad en salud percibida por los usuarios. Bogotá D.C: Defensoría del Pueblo; 2000.
14. Vacca C, Orozco J, Holguín E. Equidad en el acceso y calidad de la terapia farmacológica en el marco de la Ley 100/93 de Seguridad Social en Colombia. Bogota D.C: Organización Panamericana de la Salud; 2002.
15. Colombia-Ministerio de la Protección Social-OPS. Política Farmacéutica Nacional. Bogotá D.C.: OPS-MINPROTECCION SOCIAL; 2003.
16. Alonso V. Consumo de medicamentos y equidad en material de salud en el área metropolitana de Buenos Aires. Rev Panam Salud Publica. 2003;13(6):400-6.
17. Nahin R, Barnes P, Stussman B, Bloom B. Costs of complementary and alternative (CAM) and frequency of visits to CAM practitioners: United States 2007. National health Stat Report. 2009;18(1):1-14.
18. Organización Mundial de la Salud OMS. Estrategia de la OMS sobre Medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud OMS,; 2002.
19. National Center for Complementary and Alternative Medicine. National Center for Complementary and Alternative Medicine. <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/#12011> [cited 2012 23/09/2012].
20. Ley 15 de 1868., Ley 15 (1868).
21. Decreto reglamentario 592 de la Ley 12 de 1905., Decreto 592 (1905).
22. Resolución N° 5078 de 1990, Resolución 5078 (1990).
23. Vandembroucke J, De Craen A. Alternative medicine: a «mirror image» for scientific reasoning in conventional medicine. Ann Intern Med. 2001;135:507-13.
24. Cooper R, Stoflet S. Trends in the education and practice of alternative medicine clinicians. Health Aff Millwood. 1996;15:226-38.
25. Spiegel D, Stroud P, Fyfe A. Complementary medicine. West J Med. 1998;168:241-7.
26. Ried K, Frank O, Stocks N. Aged garlic extract lowers blood pressure in patients with treated but uncontrolled hypertension: a randomised controlled trial. Maturitas. 2010;67(2):144-50.
27. Mahabir D, Gulliford M. Use of medicinal plants for diabetes in Trinidad and Tobago. Rev Panam Salud Publica. 1997;1(3):174-9.
28. Avellaneda-Lopez D. Evaluación experimental en roedores, de la toxicidad de la Procaína en algunos esquemas de utilización como neural terapéutico [Tesis de Maestría]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. ; 2011.
29. Romero M, Rodríguez M. Uso de plantas medicinales en el área urbana de Tunja. Perspectiva Salud Enfermedad. 1989;5(1):11-26.
30. García L, Sánchez F. Revisión: efectos cardiovasculares del ajo (*allium sativum*). Archivos Latinoamericanos de Nutricion. 2000;50(3):219-29.

31. Moreno-Royo L. Fitoterapia en sobrepeso, obesidad y diabetes tipo II. http://www.sefit.es/actividades/presentaciones/pdf/Diabetes_L_Moreno.pdf. SEFIT; 2012 [cited 2012 21/08/2012].
32. García P, López F, Martín B, Álamo C. Propiedades antiinflamatorias de Harpagophytum procumbens: Usos tradicionales o evidencia científica? Revista de Fitoterapia. 2004;4(2):155-56.
33. Aguilar J, Vega E. La uña de gato. Un camino por recorrer (Editorial). Revista peruana de Reumatología. 1998;4(1):1.

COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Ospina JM, Manrique-Abril FG, Martínez-Martin AF. Costo – efectividad en el análisis de políticas de salud: debe la academia abrir la puerta a las medicinas alternativas?. Rev.salud.hist.sanid.on-line 2014; 9(1): 3-15 (Enero-junio). Disponible en <http://www.shs.histosaluduptc.org/> Fecha de consulta ()

*Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.
Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.*

Copyright. Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-UPTC
Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2014