

Marzo 2015– Síntesis rápida de evidencia

Estrategias de Implementación para Medicinas Complementarias y/o Alternativas (MCA) en la Atención Primaria

Si bien la pregunta inicial fue buscar estrategias de implementación para la Acupuntura, debido a la falta de evidencia disponible se decidió ampliar la búsqueda a MCA en general.

Mensajes clave

- Contar con un **proceso de formación de especialistas en MCA** y el **rol de las Universidades** en este proceso son 2 aspectos claves para la implementación.
- La colaboración entre profesionales de medicina convencional y de MCA se favorecería con **otorgar roles importantes a las enfermeras, facilitar acceso a lugares comunes** y **establecer claramente los roles** para cada MCA.
- Se ha propuesto avanzar en **sistemas de monitoreo y evaluación, protocolización y definición de roles**, de manera de entregar una buena calidad de MCA.
- Se recomienda la **construcción de una institucionalidad en el Gobierno Central** para la administrar las MCA.
- Se propone regular los **criterios de derivación de pacientes** y avanzar en la **convergencia entre las medicinas convencionales y alternativas**.
- La provisión de MCA debe avanzar en **resguardar la seguridad de los pacientes, respaldar con evidencia científica las prácticas clínicas** y **definir las responsabilidades legales de cada profesional**, la **calidad de los recursos necesarios** para la atención y **certificación de profesionales**.
- Los pacientes perciben de mejor forma la atención de acupuntura que la medicina convencional.
- Contar con una **relación horizontal médico-paciente** en las MCA impacta directamente sobre el autocuidado responsable del paciente.

Este documento se encuentra disponible en

EVIPNET Chile (evipnet.minsal.cl)

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia de una intervención que se realiza en un plazo **no mayor a 15 días hábiles**



Este resumen incluye:

- **Introducción:** Contextualización del problema.
- **Principales hallazgos:** Evidencia que aporta argumentos para la toma de decisiones
- **Datos de la realidad del país:** Breve síntesis sobre la condición actual del país en este tema
- **Actores clave:** Personas que han trabajado extensamente en el área, tanto nacional como internacionalesmente.



No incluye:

- Recomendaciones explícitas para detallar el desarrollo de una política pública
- Consideraciones en la implementación, tales como precio, marcos regulatorios, impacto en equidad, etc.
- Análisis detallado sobre experiencias internacionales y legislación comparada.

El resumen utiliza las siguientes revisiones sistemáticas:

(Schveitzer et al., 2014)

(Jakes et al, 2014)

(Quartey et al, 2012)

(Chung et al, 2012)

Tiempo utilizado para preparar esta síntesis:

10 días hábiles

¿Quién solicitó este resumen?

Esta síntesis fue solicitada por el **Departamento de Políticas Farmacéuticas** del Ministerio de Salud de Chile.

Introducción

Las Medicinas Complementarias y Alternativas (MCA) han sido ampliamente reconocidas y, para algunas de ellas, su efectividad sobre ciertas condiciones ha sido demostrada empíricamente [1][2][3]. Es el caso de la Acupuntura, donde se ha mostrado su efectividad para tratar migrañas, dolores lumbares y problemas osteo-articulares [3][4], esto último respaldado con evidencia local [5].

En términos de financiamiento, la cobertura que el sistema de salud otorga a las MCA ha sido más bien limitada y se ha invertido más bien en investigación [2][6]. Esto es importante puesto que algunas experiencias revelan que los pacientes muestran interés en acceder a las MCA, no obstante preferirían que fuese parte de programas gratuitos de la red pública de salud [7].

Algunos países han trabajado en el reconocimiento de las MCA, en la medida que su demanda ha crecido. Por ejemplo, en Australia las MCA son ampliamente utilizadas y existen muchos profesionales especializados en Naturopatías, Quiropráctica y Acupuntura (principalmente por la influencia de la cercanía geográfica con China) [8]. Similar es el caso de EEUU, donde la acupuntura también ha tenido un alza, principalmente debido a la mayor cobertura que los seguros han ofrecido y por el crecimiento de la oferta de practicantes [9].

En Latinoamérica, Brasil publicó una Política Nacional de Prácticas Integrativas y Complementarias el año 2006, lo que ha generado grandes acciones y proyectos en el área [10]. Además, Cuba ha implementado acupuntura en la Atención Primaria de Salud (APS) desde la década de los 90[11].

En Chile, se han reconocido 3 MCA como profesiones auxiliares de la salud: Acupuntura, Naturopatía y Homeopatía[12]. Adicionalmente, se ha probado una metodología de integración de MCA con la medicina convencional en un grupo de consultorios de la APS, la cual mostró que los médicos derivan pacientes sólo cuando se descarta una patología de origen orgánico, y que éstos las ven como medidas más bien preventivas que curativas [13].

En nuestro país, los pacientes que acuden a recibir acupuntura lo hacen principalmente porque la medicina convencional no encontró una respuesta para su problema (generalmente el dolor), generando una clara división con la medicina convencional [14]. De esta forma, numerosos centros privados han surgido, generando que incluso clínicas privadas hayan adoptado programas de acupuntura.

Esta síntesis rápida de evidencia pretende estudiar la literatura disponible sobre estrategias de implementación para MCA y Acupuntura en la APS, de manera de avanzar en el establecimiento de una estrategia formal de MCA en el sistema de salud chileno.

¿Para quién es este resumen?

Personas tomando decisiones sobre la creación de una política para las medicinas complementarias en el país.

¿Cómo fue preparado este resumen?

Utilizando palabras clave como “Medicinas Complementarias”, “Medicinas Alternativas”, “Acupuntura” y “Estrategias de implementación” se buscó en las bases de datos PubMed, Cochrane Library, PDQ Evidence, Health System Evidence y Health Evidence con el objetivo de identificar revisiones sistemáticas del tema. Se seleccionaron preferentemente aquellas que incluían información relevante y que fueron publicadas en los últimos 5 años.

Adicionalmente, se preguntó a expertos que han trabajado ampliamente con el tema, tanto en el ámbito nacional como internacional

Por último, se utilizó información del Depto de Políticas Farmacéuticas de MINSAL, para obtener datos de la realidad de Chile en esta área.

Objetivo de esta síntesis

Informar la toma de decisiones respecto del efecto de una política de una política para las medicinas complementarias en el país. Se buscan estrategias de implementación, con un foco en acupuntura. Se presentan los principales hallazgos encontrados, y un breve resumen de la realidad del país en indicadores relevantes.

Resumen de Hallazgos

Esta síntesis busca estrategias de implementación efectivas para las medicinas complementarias (con un foco en la Acupuntura), como prestación otorgada en la Atención Primaria. Si bien la pregunta inicial fue enfocada en la Acupuntura, debido a la escasez de evidencia se decidió por ampliar la búsqueda a todas las MCA.

Se utilizaron principalmente 4 revisiones sistemáticas realizadas entre los años 2012-2014, además de literatura que describe la experiencia de otros países en este tema y conversaciones con expertos, tanto en el país como en el extranjero. Se utilizaron datos del Departamento de Políticas Farmacéuticas del MINSAL, para describir brevemente la realidad chilena concerniente a esta política. Finalmente, se investigó el caso cubano como un ejemplo de integración de MCA en la APS.

Se debe señalar que no se encontraron evidencia empírica contundente sobre la efectividad de ciertas intervenciones. El presente informe se basa en el resumen de los estudios primarios, revisiones cualitativas, estudios de casos y recomendaciones encontradas en la literatura disponible.

Hallazgo 1

→ **Formación: La estandarización del proceso de formación de especialistas en Medicinas Complementarias y Alternativas (MCA) y el rol de las Universidades en este proceso son 2 aspectos claves para la implementación. Otorgar roles importantes a las enfermeras, facilitar acceso a lugares comunes y establecer claramente los roles para cada MCA, favorecería la colaboración entre profesionales.**

Formación de RRHH

Para diseñar un plan de formación de especialistas en MCA, algunas experiencias internacionales muestran que es importante definir los requerimientos técnicos, tanto en contenidos como en horas necesarias [15], de manera de contar con un estándar para MCA [7]. Adicionalmente, se debe especificar un estándar similar para la formación continua [10][15][16].

Por otro lado, las Universidades son un ente clave en el proceso de formación de RRHH para MCA. En esa línea, la evidencia señala que, si bien no es necesario que las universidades impartan cursos de MCA [17], se deben incorporar en los contenidos de los programas de formación de profesionales de la salud[2][10]. Más aún, esta educación generaría una mayor utilización e integración de las MCA con la medicina convencional[18].

La duración de los entrenamientos en acupuntura pareciera no tener impacto sobre el resultado del tratamiento entregado[4].

Como experiencia internacional destacada, en Cuba los médicos estudian 6 años inicialmente, para luego tener 2 años de formación complementaria en medicina familiar. Las terapias alternativas están integradas en el currículum de los primeros 6 años, mientras que la Acupuntura está incorporada en cada curso a lo largo de la carrera universitaria. De esta manera, la medicina convencional se integra con la alternativa en el personaje del médico familiar[11], [19], [20].

Parece relevante avanzar en los criterios mínimos necesarios para la formación de especialistas en MCA. Existen ciertas directrices que la OMS ha planteado para acupuntores. En estas directrices, la OMS recomienda separar las necesidades de profesionales de la salud o no. De esta forma, se recomienda al menos 2500 horas prácticas de Acupuntura, mientras que solo 1500 para los médicos que quieran formarse[21].

Tipos de profesionales y roles

La evidencia señala que los profesionales que entregan los servicios de MCA tienen un rol importante para la integración. Se ha mencionado que las enfermeras podrían tener un enfoque más holístico que los médicos, lo que favorecería en la entrega de MCA a los pacientes [10].

Se han estudiado algunas estrategias para facilitar la colaboración entre médicos y terapeutas de MCA, las cuales podrían potenciarse con la existencia de profesionales formados en ambas disciplinas y la ubicación de las prácticas en un mismo lugar físico [22]. Otro estudio realizado en Australia muestra que los médicos convencionales tienden a tener un mayor nivel de interacción en lugares remotos, donde el acceso a la medicina convencional es más restringido[8].

Otros modelos resguardan la práctica de medicinas complementarias para los profesionales calificados, impidiendo que médicos convencionales realicen éste tipo de tratamientos. Así, la única forma en que un médico pueda realizar práctica de MCA, es optar exclusivamente por la medicina alternativa [23]. No obstante, algunas MCA son reservadas únicamente para la práctica médica [23].

Hallazgo 2

➔ **Gestión:** Para entregar buena calidad de MCA, se ha propuesto avanzar en sistemas de monitoreo y evaluación, avanzar en la protocolización de los procesos de atención de cada MCA y establecer las responsabilidades de cada profesional involucrado. Sin embargo, no se ha estudiado empíricamente la efectividad de estas estrategias de implementación.

La literatura existente otorga un lugar importante a los sistemas de monitoreo y evaluación de MCA y, específicamente Acupuntura. De esta forma, se propone monitorear la implementación efectiva de prestaciones [6][15], supervisar las prácticas clínicas para asegurar la calidad entregada [6] y armar sistemas de registro de profesionales [16].

Como parte de estas metodologías, se ha propuesto realizar auditorías permanentes de las competencias de fisioterapeutas[15], desarrollo de estándares clínicos (guías clínicas) [6][15], y desarrollar protocolos de atención que provean un marco de acción para los tipos de MCA entregadas, tipos de profesionales que entreguen las prestaciones y las interacciones con los pacientes [6].

Por último, se propone manejar las responsabilidad, riesgos y obligaciones, promoviendo las prácticas colaborativas al interior de los hospitales, de manera de regular estrictamente los servicios de acupuntura entregados [6]. Esto podría incluso vincularse con el financiamiento (pagar prestaciones de acuerdo al profesional que la impartió).

En Chile, las MCA pueden ser realizadas por cualquier persona que haya sido debidamente certificada por el SEREMI de salud. Por otro lado, en Cuba, la situación es diferente puesto que el médico es el único que lleva la MCA a los pacientes[20]. Sin embargo, esto ha sido una permanente disputa en términos de la regulación de la calidad de la medicina entregada.

Hallazgo 3

→ **Regulación:** Se recomienda construir una institucionalidad en el Gobierno Central para la administración de la entrega de los servicios de MCA. Se propone regular los criterios de derivación de pacientes y avanzar en la convergencia entre las medicinas convencionales y alternativas.

La evidencia define dimensiones organizacionales para establecer un modelo de colaboración en la entrega de MCA a la población. Esto incluye las características del Gobierno y el apoyo que éste entregue para el desarrollo de estas medicinas [3] [22]. De esta forma, para entregar un buen servicio de MCA, se enuncia la importancia de formalizar herramientas que aporten a intercambiar información entre distintas entidades [6], además de buscar criterios de derivación de pacientes [6][24].

Adicionalmente, otro elemento importante para la gestión es la convergencia entre las prestaciones de medicina convencional y alternativas. En esa línea, si bien la evidencia nos muestra un amplio desconocimiento de las MCA por parte de los profesionales de medicina convencional, la mayoría tiene una disposición favorable para incluirlas en los sistemas de salud [25].

Por último, el caso de Cuba muestra que ambas medicinas convergen en un único sistema de salud universal, comprehensivo y gratuito que integra terapias convencionales y alternativas[11]. Además, se crea una Oficina de Medicina Convencional y Natural en el Ministerio de Salud para acelerar un programa de crecimiento de la medicina holística y su integración con la convencional [11].

Hallazgo 4

→ **Regulación:** Algunas recomendaciones señalan que la provisión de servicios de MCA debe avanzar en la regulación y normativas de atención: resguardar la seguridad de los pacientes, respaldar con evidencia científica las prácticas clínicas, responsabilidades legales de cada profesional, calidad de los recursos necesarios para la atención y certificación de profesionales.

Uno de los puntos centrales que se ha mencionado en la evidencia disponible es trabajar en una normativa que asegure la seguridad de los pacientes [7], para lo cual se propone respaldar la provisión de los servicios de MCA con evidencia científica [3][6][7].

Otro punto esencial para avanzar y aclarar antes de proveer oficialmente los servicios son las responsabilidades legales que cada tipo de practicante tendría al proveer los servicios de MCA[6][23], así como también la normativa que regiría los distintos componentes que integran la atención misma de los pacientes (tratamiento de los insumos, dosis, métodos de preparación de productos) [6][10].

Adicionalmente, se señala la importancia de contar con entes reguladores. Algunas experiencias internacionales muestran que puede ser el Ministerio de Salud (Eslovenia) [23] u otras agencias, tales como el FDA (la cual incluso regula las agujas utilizadas en acupuntura), en EEUU[2]. Por último, la experiencia de Reino Unido muestra que es más efectivo dotar a las entidades ya existentes con facultades regulatorias para MCA [3].

Finalmente, otro tema importante de regular es la entrega de licencias profesionales y su certificación [2][6][23] y asegurar el cumplimiento de los derechos de los pacientes en las provisión de servicios de MCA [6][7][23].

Hallazgo 5

→ **Percepción: Los pacientes perciben de mejor forma la atención de acupuntura que la medicina convencional. Contar con una relación horizontal médico-paciente impacta directamente sobre el autocuidado responsable del paciente.**

Algunos estudios reportan que algunas razones que llevan a los pacientes a utilizar acupuntura son la insatisfacción con la medicina convencional, una visión holística y empoderada del modelo de salud [1] y una mayor efectividad percibida [26].

Por otro lado, las experiencias que se han recogido de pacientes muestran que los acupunturistas realizan un diagnóstico en profundidad, lo que es mejor percibido por el paciente. Por otro lado, los pacientes sienten que la explicación del tratamiento es menos precisa y que su sensación física puede ser, tanto de dolor como relajación [1].

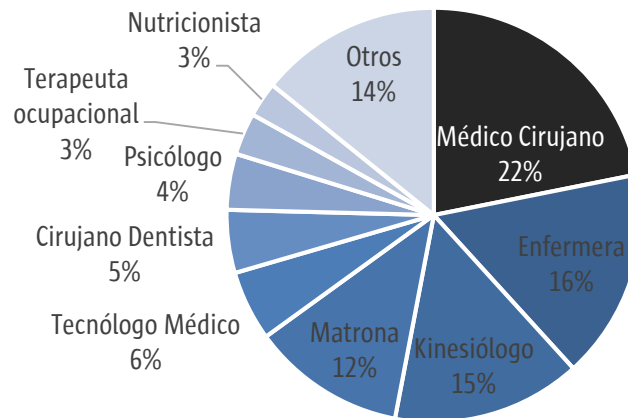
Por otra parte, se muestra en la evidencia que es necesaria una relación horizontal con el paciente, de manera de promover autocuidado responsable como modelo terapéutico de las MCA [1]. De esta forma, esto permitiría controlar las expectativas de los pacientes [27], lo cual se ha visto que podría generar listas de espera[24].

En términos de la relación médico-paciente, el caso cubano muestra que toda la terapia alternativa se lleva a cabo con gran cuidado por parte del médico: pacientes son entrevistados por 2 médicos que discuten y acuerdan el plan a seguir[11].

La realidad de Chile

Chile tiene
568
 acupuntores inscritos en Superintendencia de Salud
701
 han sido certificados por SEREMI.

Distribución de acupuntores con otro título profesional

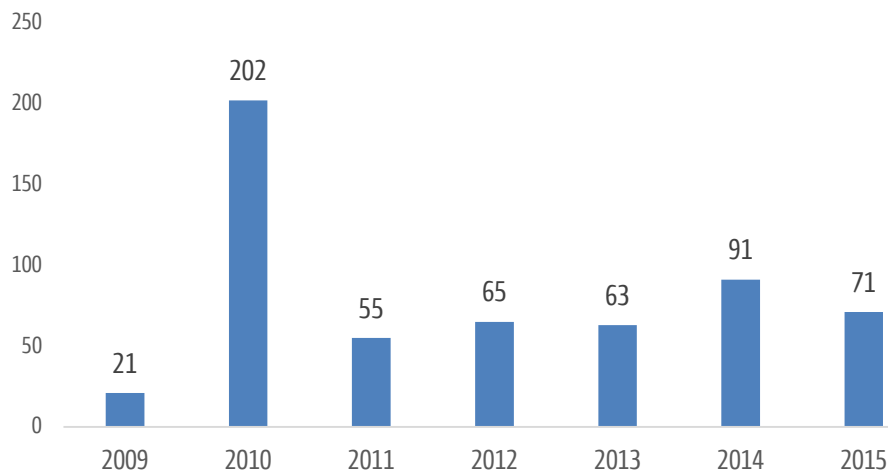


Fuentes

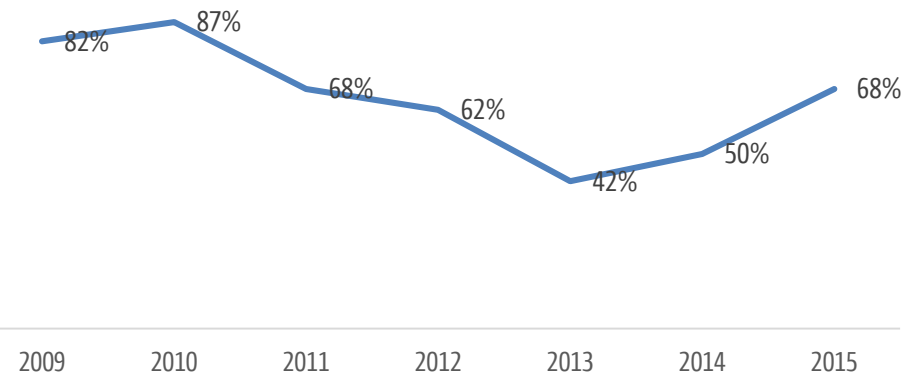
Registro de Prestadores Individuales; Superintendencia de Salud; 2015 [28] Comisión Nacional de Acreditación de Acupuntura.

El
32.3%
 de los acupuntores tiene otra profesión
 Un profesional de acupuntura se forma con al menos
1 600 horas

Número de acupuntores certificados por año



% aprobación examen certificación acupuntores por año



Según los últimos datos del año 2015, Chile cuenta con 701 acupunturistas, de los cuales 568 están inscritos en el Registro de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud [28]. Estos deben aprobar un examen organizado por una comisión. La aprobación de este examen a través del tiempo ha variado sustancialmente, disminuyendo fuertemente desde el año 2009 al 2013, no obstante ha aumentado en los últimos 2 años. Este examen se realiza en base a un set de preguntas propuestas por distintos actores de la Comisión.

Los acupunturistas pueden haber obtenido previamente otro título de profesional de la salud. Cada SEREMI recibe los antecedentes de cada postulante [29]. La mayoría de los acupuntadores que tienen otro título son médicos cirujanos [28].

En términos del acceso a tratamientos de acupuntura, estos pueden realizarse únicamente mediante una consulta médica previa que señale un diagnóstico y referencia para ser atendido. Por otro lado, también se debe firmar un consentimiento informado previo a la atención [29].

Chile no cuenta con una regulación de los programas ofrecidos, ni las escuelas que imparten estos programas de Acupuntura.

Consideraciones de Implementación

Consideraciones económicas

La acupuntura podría evitar el uso de algunos medicamentos. Más aún, en el caso de Cuba, se muestra que la acupuntura se utiliza evita incluso algunas cirugías[11]. Cuba inicialmente adoptó este modelo como una forma de ahorrar debido a su estado económico en un momento determinado [20].

En términos de infraestructura, se debe considerar que para implementar acupuntura en un centro de APS, se necesita una sala en la que haya lugar para 3 a 4 camillas, donde 1 acupuntor pueda tratar simultáneamente a los pacientes.

En términos de formación de especialistas en acupuntura, se debe señalar que al formar profesionales de la salud en MCA, implica un mayor costo en la prestación otorgada a los pacientes.

Información Adicional

Stakeholders Clave

En azul se marcan los actores que se contactaron para la realización de esta síntesis.

Nacional

- [Dr Jaime Sepúlveda](#)
Departamento Políticas Farmacéuticas / División de Políticas Saludables y Promoción, MINSAL Chile.
Contacto: jsepulve@minsal.cl
- Raúl Monares
Acupunturistas Sin Fronteras
Contacto: raulmonares@asfcl.cl
- Lucas Estrella
Contacto: secretariadelucas@hotmail.com
- [Dr Rodrigo Aranda](#)
Director Académico; San Bao Escuela de Medicina China Clásica
Contacto: aranda@escuelasanbao.cl
- [Luis Pedreros](#)
Director Escuela Latinoamericana Medicina China
Contacto: Luis_pedreros@yahoo.com
- [Josefina del Valle](#)
Contacto: josefinadelvalle@hotmail.com

Internacional

- [George Lewith](#)
Professor of Health Research. University of Southampton. Contacto: g13@soton.ac.uk
- [Nick Pahl](#)
Chief Executive British Acupuncture Council, UK
Contacto: Tel: +44(0)20 8735 1219 ; email: nick@acupuncture.org.uk
- [Mike Cummings](#)
Medical Director, British Medical Acupuncture Society; Honorary Clinical Specialist, University College London Hospitals
Contacto: mike.cummings@btinternet.com
- [Claudia Witt](#)
Professor of Medicine, Vice Director of the Institute for Social Medicine, Epidemiology and Health Economics, University Medical Center Charité Berlin; President International Society for Complementary Medicine Research (ISCMR). Contacto: claudia.witt@uzh.ch
- [Benno Brinkhaus](#)
Institute for Social Medicine, Epidemiology, and Health Economics, Charité University Medical Center, Berlin Germany.
Contacto: benno.brinkhaus@charite.de
- [Dr Zhang Qi](#)
Department of Traditional and Complementary Medicine; World Health Organization.
Contacto: qiz@who.int

Citación sugerida

Cristian Mansilla, Víctor Zárata, Cristian A. Herrera. Estrategias de Implementación para Medicinas Complementarias y Alternativas en la Atención Primaria Síntesis rápida de evidencia. Marzo 2015. EVIPNet Chile; Ministerio de Salud, Gobierno de Chile.

Palabras Clave

Acupuncture; Traditional Medicines; Complementary Medicines; Alternative Medicines; Implementation strategy; Rapid Response review;

Referencias

- [1] D. Jakes, R. Kirk, and L. Muir, "A Qualitative Systematic Review of Patients' Experiences of Acupuncture," *J. Altern. Complement. Med.*, vol. 20, no. 9, pp. 663–671, 2014.
- [2] M. Ruggie, "Mainstreaming complementary therapies: New directions in health care," *Health Aff.*, vol. 24, no. 4, pp. 980–990, 2005.
- [3] "House of Lords – Science and Technology – Sixth Report." [Online]. Available: <http://www.parliament.the-stationery-office.co.uk/pa/ld199900/ldselect/ldsctech/123/12302.htm#a1>. [Accessed: 11-May-2015].
- [4] M. Cummings, "Modellvorhaben Akupunktur a summary of the Modellvorhaben Akupunktur – a summary of the ART , ARC and GERAC trials," no. May, 2009.
- [5] J. Del Valle, "Medicina Tradicional China en la unidad de salud del trabajador." .
- [6] J. Gilmour, C. Harrison, L. Asadi, M. H. Cohen, and S. Vohra, "Hospitals and Complementary and Alternative Medicine: Managing Responsibilities, Risk, and Potential Liability," *Pediatrics*, vol. 128, no. Supplement, pp. S193–S199, 2011.
- [7] F. Fischer, G. Lewith, C. M. Witt, K. Linde, K. von Ammon, F. Cardini, T. Falkenberg, V. Fønnebø, H. Johannessen, B. Reiter, B. Uehleke, W. Weidenhammer, and B. Brinkhaus, "A Research Roadmap for Complementary and Alternative Medicine – What We Need to Know by 2020," *Forschende Komplementärmedizin / Res. Complement. Med.*, vol. 21, no. 2, pp. 6–6, 2014.
- [8] J. L. Wardle, D. W. Sibbritt, and J. Adams, "Referral to massage therapy in primary health care: A survey of medical general practitioners in rural and regional New South Wales, Australia," *J. Manipulative Physiol. Ther.*, vol. 36, no. 9, pp. 595–603, 2013.
- [9] A. K. Kanodia, A. T. R. Legedza, R. B. Davis, D. M. Eisenberg, and R. S. Phillips, "Perceived benefit of Complementary and Alternative Medicine (CAM) for back pain: a national survey.," *J. Am. Board Fam. Med.*, vol. 23, no. 3, pp. 354–362, 2007.
- [10] M. C. Schweitzer and E. L. C. P. Zoboli, "Role of complementary therapies in the understanding of primary healthcare professionals: a systematic review," *Rev. da Esc. Enferm. da USP*, vol. 48, no. spe, pp. 184–191, 2014.
- [11] H. Beinfield, "Dreaming with two feet on the ground: acupuncture in Cuba," *Clin. Acupunct. Orient. Med.*, vol. 2, no. 2, pp. 66–69, Jun. 2001.
- [12] Ministerio de Salud, "MEDICINAS COMPLEMENTARIAS-ALTERNATIVAS." [Online]. Available: http://web.minsal.cl/medicinas_complementarias. [Accessed: 26-Mar-2015].
- [13] O. B. G. Eneral, "Estudio de evaluación de Terapias Complementarias en el Sistema Público de Salud Informe Final Centro de Estudios para la Calidad de Vida," 2008.
- [14] C. Castro Kirch, M. Escanilla Figueroa, and M. Muñoz Castillo, "Medicina alternativa y completaría : Caracterización de un grupo de usuarios," Universidad Andrés Bello, 2014.
- [15] C. Guidelines, J. Mitchell, C. Acupuncture, and I. Group, "Peninsula Community Health Clinical Guidelines for the use of Acupuncture within the Physiotherapy Service," 2016.
- [16] Acupuncture Regulatory Working Group, "The Statutory Regulation of the Acupuncture Profession," no. September, p. 60, 2003.
- [17] C. Ozturk, H. Karatas, A. Längler, T. Schütze, R. Bailey, and T. J. Zuzak, "Complementary and alternative medicine in pediatrics in Turkey," *World J. Pediatr.*, vol. 10, no. 4, pp. 299–305, 2014.
- [18] N. K. Quartey, P. H. X. Ma, V. C. H. Chung, and S. M. Griffiths, "Complementary and alternative medicine education for medical profession: Systematic review," *Evidence-based Complement. Altern. Med.*, vol. 2012, no. iv, 2012.
- [19] L. T. Dresang, L. Brebrick, D. Murray, A. Shallue, and L. Sullivan-Vedder, "Family Medicine in Cuba: Community-Oriented Primary Care and Complementary and Alternative Medicine," *J. Am. Board Fam. Med.*, vol. 18, no. 4, pp. 297–303, Jul. 2005.

- [20] D. Appelbaum, B. Kligler, and B. Barrett, "Natural and traditional medicine in Cuba: Lessons for US Medical education," *Nat. Tradit. ...*, 2008.
- [21] "Directrices sobre capacitación básica y seguridad en la acupuntura." [Online]. Available: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_EDM_TRM_99.1_spa.pdf. [Accessed: 21-Apr-2015].
- [22] V. C. H. Chung, P. H. X. Ma, L. C. Hong, and S. M. Griffiths, "Organizational Determinants of Interprofessional Collaboration in Integrative Health Care: Systematic Review of Qualitative Studies," *PLoS One*, vol. 7, no. 11, 2012.
- [23] C. P. Stages and P. Visibility, "The Alternative Medicine Act," no. 10, pp. 1–4, 2007.
- [24] J. H. Lim, "Provision of medical acupuncture service in general practice under practice-based commissioning.," *Acupunct. Med.*, vol. 28, no. 2, pp. 103–104, 2010.
- [25] S. D. C. S. Thiago and C. D. Tesser, "Family Health Strategy doctors and nurses' perceptions of complementary therapies.," *Rev. Saude Publica*, vol. 45, no. 2, pp. 249–257, 2011.
- [26] E. Ernst and a White, "The BBC survey of complementary medicine use in the UK.," *Complement. Ther. Med.*, vol. 8, no. 1, pp. 32–36, 2000.
- [27] R. L. Nahin, C. H. Pontzer, and M. a. Chesney, "Perspective: Racing toward the integration of complementary and alternative medicine: A marathon or a sprint?," *Health Aff.*, vol. 24, no. 4, pp. 991–993, 2005.
- [28] Superintendencia de Salud, "Registro Nacional de Prestadores Individuales," 2015. [Online]. Available: <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/576/w3-article-5587.html>. [Accessed: 12-May-2015].
- [29] Ministerio de Salud, *Reconomiento y Regulación a la acupuntura como profesión auxiliar de la salud*. 2006.