



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE DERECHO

**PROBLEMÁTICA DEL MARCO JURÍDICO DE LA
MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA
Y SUS CENTROS**

Autor: Carlos García-Lozano Aranda

5º E-3 B

Derecho Administrativo

Tutor: José Luis Villegas Moreno

Madrid

Abril, 2023

RESUMEN

La medicina complementaria y alternativa se ha convertido en un recurso cada vez más acudido, tanto en España, como en Europa. A pesar de este crecimiento, en España no ha existido ni existe un marco jurídico totalmente desarrollado que se adapte a esta realidad social. Una escasez normativa unida a una contradicción habitual a la hora de calificar este tipo de técnicas ha hecho que los centros, recursos y profesionales relacionados con estas terapias hayan carecido de un riguroso control administrativo. Esta inseguridad jurídica a la hora de considerar la relevancia sanitaria de este tipo de tratamientos se ha visto parcialmente resuelta gracias a la sentencia 1310/2021 de 3 de noviembre de 2021 del Tribunal Supremo. Esta decisión, fundamental en la elaboración de este trabajo, obliga a todos los centros donde se aplique medicina complementaria y alternativa a recibir la pertinente autorización administrativa que todo establecimiento sanitario debe tener para su apertura. A pesar de que este tipo de medicina parece requerir una especificidad normativa considerable, la equiparación normativa realizada por el Tribunal Supremo sobre todos los centros donde se practique algún tipo de terapia relacionada con la salud supone un avance muy importante en este sector. En consecuencia, esta decisión estaría sometiendo a la medicina complementaria y alternativa al control administrativo de la medicina convencional.

PALABRAS CLAVE

Medicina complementaria y alternativa, autorización administrativa, centro sanitario, integración, sistema sanitario, desarrollo normativo autonómico.

ABSTRACT

Complementary and alternative medicine has become an increasingly popular resource, both in Spain and in Europe. Despite this growth, in Spain there has not been and still is not a fully developed legal framework that adapts to this social reality. A shortage of regulations, together with a common contradiction when it comes to classifying these types of techniques, has meant that the centres, resources and professionals related to these therapies have lacked rigorous administrative control. This legal uncertainty when considering the health relevance of this type of treatment has been partially resolved thanks to Supreme Court ruling 1310/2021 of 3 November 2021. This decision, which is fundamental to the development of this work, obliges all health clinics where complementary and alternative medicine is applied to receive the relevant administrative authorisation that all health establishments must have in order to open. Even though this type of medicine seems to require considerable regulatory specificity, the Supreme Court's regulatory equalisation of all health clinics where any type of health-related therapy is practised represents a very important step forward in this sector. Consequently, this decision would be subjecting complementary and alternative medicine to the administrative control of conventional medicine.

KEY WORDS

Complementary and alternative medicine, administrative authorisation, health clinic, integration, health system, regional regulatory development.

LISTADO DE ABREVIATURAS.....	5
1. INTRODUCCIÓN.....	7
2. MARCO TEÓRICO.....	9
2.1. ¿QUÉ ES LA MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA?..	9
2.2. RELEVANCIA ACTUAL DE LA MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA	10
2.3. CONCEPTOS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS Y TERAPIA NO CONVENCIONAL.....	12
2.4. AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA	13
3. REGULACIÓN ESPAÑOLA PREVIA A LA SENTENCIA 1310/2021 TS... 15	15
3.1. HISTORIA DE LA MCA EN ESPAÑA.....	15
3.2. GENERALIDAD Y POBREZA DEL MARCO LEGAL ESPAÑOL ACTUAL	18
3.3. RAZONES DE LA FALTA DE DESARROLLO NORMATIVO.....	22
4. ANÁLISIS DE LA SENTENCIA 1310/2021 TS.....	24
4.1. STSJ MU 34/2020	25
4.2. ATS 2345/2021.....	28
4.3. STS 3993/2021	29
4.4. CONCLUSIÓN	31
5. TRATO LEGAL INTERNACIONAL DE LA MCA.....	33
5.1. MEDIDAS DE LA UE.....	33
5.2. ENFOQUE DE LA MCA EN LOS PAÍSES EUROPEOS.....	35
5.3. ESTRATEGIA DE LA OMS	37
6. CONCLUSIONES	39
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

LISTADO DE ABREVIATURAS:

AETS: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias

AMS: Asamblea Mundial de la Salud

ATS: Auto del Tribunal Supremo

CGOCM: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos

DGPIFAC: Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano

DOGC: Diario Oficial de la Generalidad de Cataluña

Ibid: obra cita en la nota inmediatamente anterior

IES: Instituto de Estudios de la Salud

LJCA: Ley Jurisdicción Contencioso-Administrativa

MCA: Medicina complementaria y alternativa

OMS: Organización Mundial de la Salud

Op. cit.: Obra citada

OSCO: Orden Ministerio Sanidad y Consumo

RD: Real Decreto

SNC: Sistema Nacional de Salud

SESMI: Sociedad Española de Salud y Medicina Integrativa

STS: Sentencia del Tribunal Supremo

STSJC: Sentencia Tribunal Superior de Justicia de Cataluña

STSJ MU: Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Murcia

TS: Tribunal Supremo

TSJC: Tribunal Superior de Justicia de Cataluña

TSJM: Tribunal Superior de Justicia de Murcia

UE: Unión Europea

1. INTRODUCCIÓN

La medicina complementaria y alternativa (“MCA”) ha sido durante gran parte de la historia reciente un foco de confusión para los tribunales españoles. Conforme al avance de los años, el uso de esta ha sido cada vez más popular. Sin embargo, vamos a estudiar si su incremento de uso ha conseguido el desarrollo de un marco jurídico estable o, sin embargo, la realidad legal no se ha adaptado totalmente a la realidad sanitaria.

El objetivo de este trabajo es analizar y estudiar la regulación y el control administrativo que tiene y ha tenido la MCA en España y, en especial, los centros donde se aplica. La finalidad de este reside en profundizar acerca del enfoque que tiene nuestro sistema legal español sobre un tema tan controvertido como es el uso de terapias que se alejan de la medicina convencional y científica. Aunque se introducirán breves conceptos y legislaciones de carácter sanitario, el objeto de este documento es, en todo momento, examinar la perspectiva y seguridad jurídica que ofrecen la jurisprudencia y el ordenamiento jurídico español sobre estos establecimientos, sus profesionales y la industria en general. Resulta pertinente evaluar qué desarrollo tiene este sector en nuestro sistema legal y ver si concuerda con el aumento en el uso de estas terapias. Tal y como veremos más adelante, la práctica de este tipo de técnicas se encuentra en auge en toda Europa y parece interesante estudiar las diferentes normativas y jurisprudencia referidas a la MCA y sus establecimientos para ver si el marco jurídico español ha sido capaz de adaptar esta nueva realidad. Tal y como analizaremos más en profundidad, en España una de cada cuatro personas ha acudido alguna vez a algún establecimiento donde se practiquen técnicas de MCA y el último informe refleja que la tendencia de crecimiento anual del uso de estas es de alrededor del 4%¹.

En virtud de adentrarse detalladamente en el trato legal que reciben estas técnicas y sus centros, en primer lugar, haremos una pequeña descripción de los conceptos de este tipo de tratamientos y de los centros donde se utilizan, así como de conceptos relevantes como las autorizaciones administrativas necesarias para la apertura de centros sanitarios. Además, antes de comenzar con el desarrollo normativo del asunto, se estudiará la

¹ Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, *10.ª encuesta de percepción social de la ciencia y tecnología – 2020*, 2020, pp. 248-258 (disponible en https://www.fecyt.es/sites/default/files/users/user378/percepcion_social_de_la_ciencia_y_la_tecnologia_2020_informe_completo_2.pdf; última consulta 12/12/2022).

relevancia que tiene la MCA en la actualidad. A continuación, se comprenderá la evolución que se ha ido dando en el marco jurídico de la MCA en España, viendo como las consideraciones hacia la MCA por parte de los legisladores han ido cambiando. Una vez vista la evolución, se abarcará la normativa que aplica en la actualidad sobre los servicios de la MCA y de las características legales que deben tener los establecimientos donde se practica. Para ello, se recogerán las principales normativas, tanto nacionales como autonómicas. Posteriormente, analizaremos en detalle la sentencia 1310/2021 TS del 3 de noviembre de 2021, la cual, por primera vez, obliga a que estos centros estén sometidos a los mismos requisitos administrativos que los centros sanitarios donde se aplica la medicina convencional. Dentro de este estudio principal, se abarcará distinta jurisprudencia reciente que ha ayudado al TS a sentar precedente sobre esta materia. Esta decisión tomada por el alto tribunal supone un punto de inflexión importante en la industria sanitaria al equiparar administrativamente ambos tipos de medicinas. Esta sentencia es uno de los aspectos claves de este trabajo, ya que supone la integración de la MCA en el control administrativo de la medicina convencional. Esto conlleva un gran avance hacia una seguridad jurídica que no existía en el sector de la MCA. Posteriormente, se hará una comparativa del desarrollo legal que existe sobre este tipo de técnicas en Europa en relación con España. Por un lado, se estudiará la actuación de la Unión Europea (UE) y sus objetivos. Por otro, se hará una comparativa entre la situación legal española estudiada en el trabajo y la de diferentes Estados Miembros. Además, debido a la importancia que se le está dando a la MCA internacionalmente, se estudiará el enfoque, la estrategia y los objetivos que prevé la OMS respecto de las técnicas y establecimientos dedicados a la medicina alternativa.

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ¿QUÉ ES LA MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA?

Hoy en día, nos encontramos en un momento en el que la medicina científica es más precisa que nunca. Sin embargo, este avance derivado de la investigación y las nuevas tecnologías no ha sido directamente proporcional a la reducción de los tratamientos de la medicina alternativa, o también llamada, natural o complementaria². Existe un gran debate acerca de la terminología a emplear debido, por un lado, a la generalidad y ambigüedad de los tres adjetivos y, por otro, a la interpretación cultural que existe sobre el ámbito de aplicación de estos tratamientos³. Entre grupos como Cochrane, la Organización Mundial de la Salud (OMS), o el *National Center for Complementary and Alternative Medicine*, tampoco existe unanimidad. Parece que se debería usar natural cuando hay que distinguir claramente de donde provienen los recursos, alternativa cuando se hace de manera exclusiva y complementaria cuando se compenetra con la científica⁴. En aras de no contribuir a la confusión de que se piense que estas técnicas son más naturales que las de la medicina científica y dado que en este trabajo simplemente queremos hacer referencia al trato legal del suministro de tratamientos ajenos a la medicina convencional y el control administrativo de sus centros, nos referiremos en este trabajo con el término medicina complementaria y alternativa (“MCA”).

Por un lado, conviene dar una definición sobre las técnicas a las que nos vamos a referir. Cochrane, organización internacional de profesionales dedicados a la salud y a su investigación, define la MCA como “amplio grupo de recursos terapéuticos que incluye todos los sistemas, modalidades, prácticas de salud, teorías y creencias que los acompañan, diferentes a aquellas intrínsecas al sistema de salud políticamente dominante de una sociedad particular en un período histórico dado”⁵.

² Valtueña, J.A., “Medicinas tradicionales y alternativas”, *Offarm: farmacia y sociedad*, vol. 22, n.11, 2003, pp. 62-66.

³ González E, Quindós A.I., “La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud, Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Fundación la Caixa, 2010, pp. 13-17 (disponible en https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21702/1/2009_8.pdf; última consulta 02/02/2023).

⁴ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, “Nota resumen informe terapias naturales”, 2011, pág. 8

⁵ Flores A, Arias L, Azolas X, et al. “Dolor y Medicina Complementaria y Acupuntura”, *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 25, n.4, 2014, pp. 636-640.

2.2.RELEVANCIA ACTUAL DE LA MEDICINA COMPLEMENTARIA Y ALTERNATIVA

La MCA busca ampliar el campo abarcado por la ciencia a través del aprovechamiento de recursos naturales a pesar de la objetividad y certeza de la medicina convencional. Los también llamados tratamientos naturales juegan un papel que va más allá de razones culturales y tradicionales. El uso de la MCA registra unos datos sorprendentes en el siglo 21 aunque el desarrollo de la ciencia sea constante. En Estados Unidos un 42% de la población asegura haber recurrido al menos una vez a este tipo de tratamientos, en Bélgica un 31%, en Australia un 48%, en Francia un 49% y en Canadá hasta un 70%⁶. En España, el Ministerio de Sanidad formuló una encuesta en la que se preguntaba quién recurría a la MCA y La Encuesta Nacional de Salud de 2017 refleja que en ese año un total de 1.826.200 españoles se habían visto sometidos a tratamientos de MCA⁷. En 2020, gracias a un estudio de la Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, se concluyó que en los dos años transcurrido desde 2018 a 2020 se incrementó el acceso a la MCA en España en un 4,2%. Además, señala en su encuesta que casi un 25% de los españoles han acudido alguna vez a estos servicios, del cual de entre una media entre todas las edades, el 73% lo hace de manera complementaria a la medicina científica y un 27% de manera sustitutiva. A nivel porcentual, este estudio señala que las Comunidades Autónomas donde mayor uso ha habido alguna vez son Canarias con un 40,90% de la población y la Comunidad Madrid con un 30,5%⁸.

Además de los datos acerca del número de personas que acuden a terapias de MCA en España, cabe mencionar cuáles parece que son las razones por las que la gente decide asistir a los centros donde se aplican este tipo de técnicas. Las tres causas más importantes, que coinciden en todos los rangos de edad y en ambos sexos son: en primer lugar, el dolor, que acapara alrededor del 50% de las causas por las que se acude; en

⁶ Homar, J.C., “¿Medicinas complementarias o alternativas? Un dilema para el sistema público”, *Atención primaria*, vol. 25, n.8, 2005, pp. 389-391.

⁷ Instituto Nacional de Estadística, “Visitas a profesionales de medicina alternativa en los últimos 12 meses según tipo de profesional por sexo y nivel de estudios”, 2023, (disponible en <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p02/10/&file=01059.px>; última consulta 3/01/2023)

⁸ Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, *10.ª encuesta de ... op.cit.*, pp. 248-258.

segundo, el estrés o ansiedad, que acapara alrededor de un 20%; y los resfriados, que suponen una estimación del 12% de las razones⁹.

Una vez comentados los datos que reflejan el desarrollo e impacto que están teniendo las técnicas de la MCA en diferentes países del mundo y en España, parece interesante tratar de explicar el porqué de este aumento en el uso de estas. La respuesta parece ir más allá de cuestiones puramente sanitarias y puede ser analizada desde un punto de vista sociológico. Aunque ahora mismo nos encontramos en un momento en el que la biotecnología y la ingeniería biomédica están en plena ebullición, los pacientes han dejado de preocuparse únicamente por la búsqueda de soluciones a un malestar físico. Parece que aquellas personas que sufren una enfermedad o tienen algún tipo de problema de salud comienzan a requerir un carácter multidisciplinar de la medicina que se adentre en el aspecto emocional. En cambio, la impresión de los pacientes sobre la medicina convencional es que esta está realizando una gran inversión en el proceder puramente técnico sanitario gracias a las nuevas tecnologías, pero no está consiguiendo ofrecer soluciones complementarias al tratamiento médico. Además, el avance tecnológico parece alejarse de los problemas cotidianos de malestar y se centra en grandes retos, lo que ha ayudado a que cada vez se planteen nuevas opciones como distintas técnicas de MCA para remediar enfermedades poco ofensivas, pero molestas. Asimismo, ese enfoque técnico de la medicina científica conlleva que, cuando no se tiene éxito con el diagnóstico y tratamiento de un problema, no se dé una alternativa basada en otros conocimientos¹⁰. Además, en relación con el aspecto emocional, el avance biotecnológico que ha vivido la medicina parece que no se ha visto reflejado en una mejora de las capacidades comunicativas de los médicos. Por ello, la falta de soluciones sustitutivas, unida a una pobre atención humanitaria por parte de algunos profesionales sanitarios han supuesto que ciertos pacientes pretendan llenar ese vacío con nuevas terapias¹¹. Este problema se ve acrecentado en parte por el espíritu de la inmediatez con el que el ser humano se ha acostumbrado a vivir y, en consecuencia, la búsqueda de nuevas soluciones que vayan más allá de lo que un profesional les comunique. En definitiva, este aumento en los datos

⁹ *Ibid.* Pág. 259

¹⁰ *Op. Cit.* Homar, J.C., pág. 390.

¹¹ Calderón, C., "Médicos homeópatas y médicos de atención primaria: cómo se ven y como ven a sus pacientes", *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, vol. 21, n.6, 1998 pp. 367-375.

de los usuarios de este tipo de terapias no es casualidad y factores sociológicos y humanitarios han empezado a ser importantes a la hora de decidir donde acudir.

Por otro lado, la OMS en su estrategia 2014-2023 sobre estas técnicas, afirma que estas existen en prácticamente todo el mundo y la demanda de este tipo de servicios no deja de aumentar¹². Tanto la información global a nivel internacional de personas que han recurrido una vez en su vida, cómo los casi dos millones de españoles que en 2017 se sometieron a este tipo de terapias, refleja que el uso de la MCA no es ni mucho menos irrelevante.

2.3. CONCEPTOS DE CENTROS Y SERVICIOS SANITARIOS Y TERAPIA NO CONVENCIONAL

Es pertinente definir uno de los elementos clave sobre el que trata la sentencia principal de este trabajo que analizaremos más adelante: el concepto de centro sanitario. Según el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre la autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (“RD 1277/2003”) este es “el conjunto organizado de medios técnicos e instalaciones en el que profesionales capacitados, por su titulación oficial o habilitación profesional, realizan básicamente actividades sanitarias con el fin de mejorar la salud de las personas. Los centros sanitarios pueden estar integrados por uno o varios servicios sanitarios, que constituyen su oferta asistencial”¹³. Además, este también recoge el concepto de servicio sanitario, incluyendo toda unidad médica con propia organización, medios y profesionales cuyo objeto sea la realización de actividades sanitarias por profesionales titulados o habilitados, pudiendo darse en una organización cuya función primera no sea la asistencia sanitaria. También hace referencia, dentro de las unidades médicas consideradas como servicio sanitario, a la terapia no convencional, definiéndola como “unidad asistencial en la que un médico es responsable de realizar tratamientos de las enfermedades por medios de medicina naturista o con medicamentos homeopáticos o

¹² OMS, “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023”, *Ediciones de la OMS*, pág.25, 2013 (disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf)

¹³ Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOE de 23 de octubre de 2003).

mediante técnicas de estimulación periférica con agujas u otros que demuestren su eficacia y su seguridad”¹⁴.

2.4.AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA

Este Real Decreto mencionado establece las bases generales de la autorización necesaria para todos los establecimientos donde se impartan servicios que puedan ser considerados como prácticas sanitarias. Esta autorización actúa como una especie de licencia administrativa. Consiste en un procedimiento llevado a cabo para comprobar que todo centro que quiera ponerse en funcionamiento cumpla con una serie de requisitos totalmente necesarios para poder ofrecer unos servicios de calidad y seguros.

Tanto la autorización administrativa como su procedimiento correspondiente es llevado a cabo por la consejería de la Comunidad Autónoma en la que se ubica el centro sanitario. Este permiso busca inicialmente el cumplimiento de todas las cláusulas legales y administrativas, así como garantizar las condiciones técnicas sanitarias correspondientes al tipo de servicio que se ofrezca.

Para obtener la autorización administrativa, el establecimiento solicitante debe presentar la solicitud adquirida en la página web de cada Consejería de Salud de cada Comunidad Autónoma. El Real Decreto aporta las indicaciones generales acerca de qué tipo de centros deben solicitarla y concreta, además, qué servicios deben ofrecerse en centros con esta autorización. En aras de una mayor claridad, la normativa define cada tipo de establecimiento y sus servicios correspondientes que están obligados. En virtud de un mayor control, cada Comunidad Autónoma puede aportar de manera complementaria lo que estime oportuno, ya que los requisitos varían en base al tipo de centro, localización, público...Aun así, todas las autorizaciones otorgadas por las Comunidades Autónomas incluyen aspectos sobre el personal, la seguridad de las instalaciones y los medios utilizados, los procedimientos administrativos a tener en cuenta o la organización y gestión de los centros.

¹⁴ *Id.*

Una vez entregada la solicitud y comprobado el cumplimiento de lo requerido, la Administración realiza una inspección técnica. Si esta también cumple con los requisitos, se otorgará la autorización administrativa, que deberá ser renovada periódicamente según estipule cada Administración¹⁵. Cada Comunidad Autónoma desarrolla a través de un Reglamento su normativa, procedimiento y solicitud de este permiso. La autorización permite proteger la salud de todas las poblaciones de las distintas Comunidades Autónomas y garantizar que todo centro donde se practiquen actividades relacionadas con la salud promueve el bienestar de sus pacientes.

A modo de ejemplo para destacar cuales podrían ser algunas de las consecuencias legales por poner en marcha un centro sin la autorización, el Reglamento desarrollador del procedimiento de esta en la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia señala que no sería posible: entrar en el Registro de Recursos Sanitarios de la Región de Murcia, recibir subvenciones de la Comunidad Autónoma, firmar convenios con la Consejería de salud o de practicar sus servicios, siendo objeto de cese de su funcionamiento¹⁶.

De esta manera, es enormemente importante la decisión del TS que se va a analizar posteriormente acerca de si los centros de MCA en España son objeto de esta autorización en aras de mejorar la seguridad, desarrollo y competencias de estos establecimientos.

¹⁵ Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen... *op.cit.*

¹⁶ Decreto 73/2004, de 2 de julio, por el que se regula el procedimiento de autorización de centros, establecimientos sanitarios y el registro de recursos sanitarios regionales (BORM de 19 de julio de 2004).

3. REGULACIÓN ESPAÑOLA PREVIA A LA SENTENCIA 1310/2021 TS.

Como toda realidad que afecte a los ciudadanos, el Derecho trata de regularla. La Ley General de Sanidad, en su artículo 29, establece que todo centro sanitario debe haber recibido previamente autorización administrativa para su funcionamiento legal¹⁷. Sin embargo, hasta noviembre de 2021, como analizaremos luego, no existía jurisprudencia en España concluyente que afirmase que todo centro, aunque opere más allá de la ortodoxia médica, debía ser considerado como sanitario a efectos del control administrativo. De esta manera, la falta de concreción del artículo 29 de la Ley General de Sanidad puede conllevar una inseguridad jurídica difícil de solucionar. Por ello, en este trabajo vamos a analizar tanto la regulación que el Derecho Administrativo ha ofrecido en la historia reciente y ofrece actualmente a la práctica de MCA en España, así como la reciente decisión de la Sala de lo Contencioso del Tribunal Supremo acerca de la consideración y control administrativo que deben recibir los centros donde se aplica la MCA.

3.1. HISTORIA DE LA MCA EN ESPAÑA

Tal y como hemos expuesto, el uso de la MCA ha estado vigente en la historia reciente de la medicina. Hay que remontarse a principios del siglo XX para comenzar a entender el trato legal que se le ha dado a este tipo de prácticas, a sus profesionales y a los establecimientos donde se aplican.

Cabe comenzar en 1926 cuando se instó que la profesión de médico naturista consistía en una especialidad que solo podía ser practicada por una persona licenciada en Medicina. A raíz de esta, todo establecimiento donde se proporcionase algún tratamiento que escapase de la medicina convencional también tenía que estar al frente de un doctor titulado. En base a esto, todos los centros y los profesionales de este tipo estaban afectados por la Ley de Colegios Profesionales¹⁸.

¹⁷ Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29 de abril de 1986).

¹⁸ Gimeno, I., “Situación legal de la Medicina Naturista en Europa”, *Medicina naturista*, n.2, 2000, pág. 58.

Sin embargo, la MCA fue evolucionando y en 1980 el Real Decreto que aprueba el Estatuto General de la Organización Médica Colegial, en su artículo 44 f), prohíbe a los médicos suministrar cualquier tipo de hierba medicinal, droga, producto o técnica no recogida dentro de la medicina científica¹⁹.

Cabe comentar también otra sentencia surgida unos años después a la redacción de dicho Estatuto. La sentencia del Tribunal Supremo de 25 de abril de 1994 afirma que dentro del ámbito de la medicina en general, pueden existir ciertas prácticas curativas o paliativas basadas en terapias naturales y actividades físicas. Sin embargo, la actividad del diagnóstico pertenece a la medicina convencional y un centro que no esté autorizado administrativamente no podrá proporcionar la diagnosis²⁰. Por lo tanto, vemos una aclaración sorprendente respecto de la rotundidad del Estatuto de la Organización Médica Colegial ya que flexibiliza el campo de las practicas sanitarias. Aun así, esta flexibilización no es total ya que restringe la capacidad de diagnosticar únicamente a los profesionales y centros de medicina convencional. De esta manera se generó una confusión acerca de lo que se podía considerar legalmente como práctica sanitaria y lo que no. Esta falta de claridad dio pie a finales del siglo pasado y principios de este a multitud de denuncias relacionadas con la legalidad de la práctica de este tipo de terapias por profesionales no titulados. Sin embargo, la mayoría de ellas han sido resueltas de manera absoluta acudiendo a la Ley de 20 de julio de 1955 sobre Enseñanza, Título y Ejercicio de las Especialidades Médicas y al Real Decreto del 11 de enero de 1984. Estas normativas recogen que dentro del listado de las especialidades médicas no consta la MCA. Por lo tanto, la mayoría de las sentencias concluye que, al no ser una especialidad de la medicina, no puede constituir delito su práctica por alguien que no es médico titulado. De esta manera, faltaría el requisito esencial constituyente de delito ya que esa especialidad no se encuentra dentro de las asignadas a la medicina y que, por ende, debe ser practicada por médicos. Al no considerarse la MCA totalmente como una rama de la medicina científica, ni enseñarse en las facultades, su ejercicio por una persona no titulada no podía incurrir en una ilegalidad basada en la ley sanitaria²¹.

¹⁹ Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (BOE de 28 de mayo de 1980).

²⁰ Sentencia del Tribunal Supremo núm. 349/1994, de 25 de abril de 1994 [versión electrónica – base de datos VLEX. Ref. 1994:349]. Fecha de última consulta: 15 de febrero de 2023.

²¹ Gimeno, I., *op.cit.*, pp.59-61.

Previamente al estudio del marco legal español actual, hay que hacer una especial referencia al “Decreto 31/2007, de 30 de enero, por el que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales” redactado por el Departamento de Salud de la Generalidad de Cataluña. Esta normativa autonómica trataba de regular de una manera específica el conjunto de técnicas de MCA. Para ello, la normativa las dividió en tres tipos para poder ofrecer un trato legal más adaptado. En primer lugar, reconoció las técnicas naturistas, englobando todas aquellas que consistiesen en tratamientos naturales y homeopáticos. En segundo, recogió todas aquellas concernientes a la medicina tradicional china, a la acupuntura y a toda técnica en la que se empleasen agujas. Por último, también incluyó todas aquellas técnicas manuales relacionadas con los masajes y drenajes. Este decreto declaraba que el Instituto de Estudios de la Salud (IES) pasaba a ser el encargado de las siguientes funciones: controlar las competencias y acreditación necesaria de los profesionales que trabajasen en los centros de MCA en Cataluña; establecer las características de estos centros y su equipamiento; fijar los requisitos que debían cumplir los centros para recibir la pertinente autorización de apertura; y elaborar y aplicar un marco normativo sancionador y de control para los centros y sus profesionales²². Este decreto suponía un fuerte avance en el control de la MCA. Consistía en la primera legislación autonómica que regulaba específicamente el control administrativo que debía cumplir la MCA y sus centros. Sin embargo, el Tribunal Superior de Justicia de Cataluña (TSJC) anuló totalmente este decreto frente al recurso de casación interpuesto por el Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (CGCOM). El Tribunal admitió el argumento del CGCOM, que afirmaba que se estaba permitiendo que profesionales que no tenían la acreditación sanitaria necesaria realizasen prácticas relacionadas con la salud. El Departamento de Salud catalán, por el contrario, defendía que el decreto era necesario por razones de interés sanitario ante la inexistente legislación básica ofrecida por el Gobierno español. Debido a la ausencia de un marco básico relacionado con la MCA, el Departamento alegaba que era su deber y competencia regular dicho sector. Sin embargo, el TSJC declaró que la Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias englobaba todo tipo de prácticas sanitarias y que el RD 1277/2003 hace referencia a las terapias naturales, por lo que consideraba el decreto con carácter sustitutivo en lugar de complementario. Por ello, en 2009, dos años después de su

²² Decreto 31/2007, de 30 de enero, por el que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales (DOGC 1 de febrero de 2007).

redacción, el decreto fue anulado por vulnerar la legislación estatal de la materia ²³. Ante esta anulación, la Federación de Asociaciones de Profesionales de Terapias Naturales de Cataluña decidió interponer un recurso de casación fundamentando su argumento en la vulneración a los derechos constitucionales de la protección del art. 43 de las personas y al reparto competencial del 149 de la Constitución Española. Sin embargo, el TS declara no haber lugar al recurso interpuesto y mantiene la postura del TSJC²⁴. Aunque más adelante analizaremos el marco normativo actual de la MCA y sus centros y veremos su escasez, resulta sorprendente como, a pesar del incremento que existe en el uso de estas, el Gobierno español no solo no ha elaborado una normativa más específica, sino que tampoco se le ha permitido a una Comunidad realizarla.

A través de esta evolución, vemos como el marco normativo español en relación con este tema ha sido enormemente confuso y necesitado de una regulación. Antes de analizar el marco actual, ya podemos deducir que en la historia reciente ha existido una inseguridad jurídica considerable. Por un lado, el legislador parece no querer introducir la MCA dentro del sistema de salud general, pero, por otro, al ser prácticas con una intención curativa no quiere dejarlas sin ningún tipo de regulación. En consecuencia, no se podía determinar con claridad que centros eran sanitarios y que centros no.

3.2. GENERALIDAD Y POBREZA DEL MARCO LEGAL ESPAÑOL ACTUAL

El marco legal español acerca de la medicina científica se encuentra extraordinariamente regulado y orientado a la medicina convencional²⁵. Sin embargo, un buen sistema legal y de salud debe adaptarse a todo tipo de situaciones, aunque no sean las hegemónicas. A pesar de que tanto la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (“Ley de cohesión y calidad del SNC”) como el RD 1277/2003, establecen a las Comunidades Autónomas criterios básicos de sanidad y calidad para la

²³ Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, núm. 4892/2009, de 4 de junio de 2009 [versión electrónica – base de datos CENDOJ. Ref. 2009:4982]. Fecha de última consulta: 20 de febrero de 2023.

²⁴ Sentencia del Tribunal Supremo núm. 2334/2011 de 27 de abril de 2011 [versión electrónica – base de datos CENDOJ. Ref. 2011:2334]. Fecha de última consulta: 22 de febrero de 2023.

²⁵ Gimeno, I., *op.cit.*, pp. 58-66.

apertura de centros de terapias no convencionales²⁶, en España hasta noviembre de 2021 estos centros no habían recibido una obligación directa y concisa de cumplimiento de los requisitos de los centros sanitarios convencionales. El Real Decreto habla de los requisitos generales que debe cumplir todo centro sanitario y en su anexo U.101 incluye a los centros donde se aplican terapias no convencionales “que demuestren su eficacia y seguridad”²⁷. Además, la OSCO/3866/2007, de 18 de diciembre regula el fondo y la estructura que deben tener los registros generales de los establecimientos sanitarios²⁸. Sin embargo, parece que el enfoque que le da la ley a la MCA y sus establecimientos carece de precisión y rigurosidad, ya que un recurso tan accesible parece requerir una norma específica que la cubra.

El problema se agrava cuando la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias no hace ninguna referencia específica acerca de aquellos profesionales que aplican técnicas de MCA. El apartado 3 del artículo 2 de esta Ley da pie a la posibilidad de regular formalmente cualquier profesión del ámbito sanitario que conlleve la obtención de un título y esté regulada por Ley²⁹. Sin embargo, debido a la falta de normativa acerca del tema como ya se ha mencionado, no existe ninguna ley que regule como profesión sanitaria la dedicación a las terapias no convencionales³⁰. Por ello, la falta de consideración sanitaria de sus centros y de los profesionales de estos suponía una falta de seguridad jurídica.

La existencia única a nivel nacional de un Real Decreto y una orden que simplemente mencionen este tipo de centros refleja la escasez y superficialidad con la que el sistema legal español ha tratado este asunto.

Esta pobreza regulatoria exige un desarrollo legislativo y jurisprudencial acerca de la MCA y sus centros. Para un recurso tan frecuentado como la MCA parece sorprendente que las pocas normativas existentes solo hagan escasas referencias a estas técnicas sin

²⁶ Tornero, S., Charris-Castro, L., & García, J., “Utilización de medicina complementaria y alternativa en la población infantil de la Encuesta Nacional de Salud de España”, *Anales de pediatría*, vol. 91, n.4, 2003, pág. 268.

²⁷ Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen... *op.cit.*

²⁸ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, “Nota resumen informe... *op cit.*, pág. 29.

²⁹ Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE de 22 de noviembre de 2003).

³⁰ Fernández-Guisasola, F., “Bases jurídicas de la legislación española para sustentar que la homeopatía ha de ser ejercida exclusivamente por médicos colegiados”, *Revista Médica de Homeopatía*, vol. 6, n.2, 2013, pág. 81.

existir una normativa desarrolladora, integradora o una hoja de ruta completa para las Comunidades Autónomas.

Ante la falta de una norma completa y específica, el Derecho español autonómico ha ido cubriendo temas relacionados con la MCA y sus centros a través de ciertas normativas. Aunque estas carecen de la fuerza necesaria, parece interesante estudiar como el Estado y las Comunidades Autónomas trataron de resolver el problema a través de la creación de una Comisión.

El 11 de diciembre de 2007, una proposición no de ley fue elaborada por la Comisión de Sanidad y Consumo. En esta se engloba dentro del término terapia natural, a todas las técnicas alternativas, no convencionales y complementarias. Esta proposición pretende crear una comisión entre las Comunidades Autónomas y Ministerio de Sanidad y Consumo con el fin de que se comiencen a planear entre los diferentes agentes una estrategia para la redacción de una regulación para todas estas técnicas y sus centros. Los componentes de este grupo, constituido el 7 de febrero de 2008, fueron: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (con representación de las subdirecciones generales de Ordenación Profesional y de Alta Inspección y Cartera de Servicios); la Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (AETS), 14 Comunidades Autónomas (no aceptando su participación el Principado de Asturias, Canarias y la Comunidad Foral de Navarra) competentes en materia de autorización administrativa de establecimientos sanitarios; y el Ministerio de Educación, en relación a la titulación a tener por los sanitarios que trabajan en estos centros. Los tres aspectos que este grupo acordó tratar son: los centros donde se aplica la MCA, la formación de sus profesionales y la regulación autonómica existente que clasifica y desarrolla estos tratamientos. Para conocer la situación inicial en la que se encontraban en ese año (2008), se realizó una encuesta técnica a los responsables sanitarios del Gobierno de cada Comunidad Autónoma sobre los tres temas mencionados. Dentro del objetivo de este trabajo, merece la pena destacar aquellas conclusiones técnicas que se sacaron de esa encuesta para analizar la situación de los centros y profesionales de MCA. Las Comunidades recalcaron que la característica definitiva para que un centro se considerase legalmente sanitario era si la dirección de este estaba cargo de un profesional sanitario. Además, todas las Comunidades a excepción de dos, defienden que debería existir una regulación estatal concreta para los establecimientos donde se practica la MCA. Por último, las Comunidades, en general,

contestan que sería favorable la regulación a nivel estatal acerca de la formación exigida para poder trabajar en estos centros, ya que, en el momento de constitución del grupo, realmente las Comunidades solo exigían la presentación de alguna titulación sanitaria³¹. Por lo tanto, a nivel autonómico, el problema parece que también reside en la consideración de a qué se le considera centro sanitario y qué no.

Parece que esta proposición y la creación de este grupo refuerza la idea de la necesidad de una solución nacional a la regulación de la MCA.

A pesar de que la creación de este tipo de grupos resulta importante para el comienzo de una armonización nacional, a día de hoy, todavía no existe una normativa estatal concreta que solucione todos los problemas acerca de estas técnicas y sus establecimientos. El primer paso necesario para una mayor facilidad en el desarrollo legal de estas terapias es la fijación de qué centros de MCA deben considerarse sanitarios y cuáles no. Una vez determinado que un centro es sanitario, sí que se pueden asimilar muchas de las normativas de la medicina convencional a la MCA. Debido a esto, resulta de extrema importancia la decisión del TS que vamos a comentar posteriormente.

Una vez catalogado el centro como sanitario, el desarrollo autonómico comienza a ser más preciso y la mayoría de las Comunidades que participaron en la Comisión tienen una normativa que regula los requisitos y el procedimiento a seguir para obtener una autorización sanitaria en desarrollo del RD 1277/2003. Es relevante destacar que, tal y como presenta el informe de la Comisión de Sanidad y Consumo, todas las normativas autonómicas mantienen las definiciones de centro sanitario recogidas tanto en el artículo 2 como en los Anexos I y II del RD 1277/2003. Tal y como se ha comentado anteriormente, los centros de terapias no convencionales en general están incluidos dentro de estos anexos siempre que las técnicas sean eficaces y seguras.

Por lo tanto, las dudas pueden surgir cuándo se abran centros donde se apliquen técnicas de MCA que no estén consideradas como eficaces y seguras y estos no pretendan tener una consideración sanitaria. En este caso el centro aplicaría tratamientos relacionados con la medicina sin haber recibido un control administrativo previo. Vemos como una vez identificado el centro como sanitario sí que existe un desarrollo autonómico, pero el

³¹ Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, “Nota resumen informe... *op. cit.*, pág.31.

problema está en la ambigüedad de esta calificación. Tal y como refleja el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad en la nota resumen acerca de las terapias naturales, las cifras de centros autorizados comunicados al Ministerio por cada Comunidad no reflejan la realidad de establecimientos asistenciales donde se imparten este tipo de terapias porque solo se contabilizan aquellos donde existe un médico titulado al mando y hay una dedicación exclusiva a la MCA. El problema de esta rigidez en la consideración deriva en una falta de control administrativo de este tipo de establecimientos. Por ello, la sentencia del TS de noviembre de 2021 constituye un punto de inflexión legal en la MCA al considerar todo centro como sanitario a la hora del deber de ser autorizado administrativamente.

3.3.RAZONES DE LA FALTA DE DESARROLLO NORMATIVO

Una vez analizadas las diferentes normativas y los problemas a los que se enfrentan, resulta interesante comentar, antes de estudiar la sentencia del TS, por qué a pesar de que el crecimiento de la MCA es claramente conocido, no se ha dado el paso definitivo a nivel legislativo hacia una regulación completa o hacia una integración total al sistema legal de la medicina convencional. Parece que, hoy en día, las causas para que no exista un desarrollo normativo atienden principalmente a dos orígenes: la falta de ensayos clínicos fiables sobre este tipo de terapias y el trato legal que tienen sus profesionales ante la falta de un claro reconocimiento sanitario de las técnicas.

En primer lugar, la falta de ensayos clínicos y de investigación hace que estas técnicas carezcan de poder en el sistema normativo. Esta investigación resulta complicada porque las técnicas de MCA requieren un enfoque totalmente individualizado llevado a cabo por una serie de profesionales en concreto. Este carácter individual hace muy difícil que se establezca un marco normativo completo nacional que englobe todas las terapias de MCA. Este enfoque que le da la legislación española a todas estas técnicas supone que exista una pobreza y un vacío legal en cuanto a sus profesionales y sus centros.

En segundo lugar, la falta de un registro completo de los trabajadores que se dedican a la MCA, así como la formación concreta que estos necesitan hacen que sea más difícil su regulación. La mayoría de las técnicas de MCA no están reguladas en España, por lo que

no existe una regulación nacional que recoja los requisitos que deben cumplir los profesionales de MCA para poder trabajar en este tipo de centros. La falta de integración de estas terapias en la medicina convencional hace que sea complicado encontrar profesionales especializados en MCA capaces de realizar ensayos clínicos rigurosos. Además, la incompleta asunción sanitaria de estas técnicas hace que la inversión en ellas por parte del Estado y su investigación sea limitada. Esta inexistente consideración sanitaria de estas técnicas se debe a la falta de consenso que existe en toda la comunidad médica científica acerca de estas terapias y a la presión política que niega incluir estas técnicas dentro del sistema sanitario nacional. Los detractores de la MCA argumentan que en términos de salud no se puede aceptar que un conjunto de técnicas que carecen de evidencia científica suficiente sea incorporado en el sistema sanitario de un país³². Esta postura la vemos reflejada en la anulación que realizó el TSJC del decreto 31/2007 comentado por el que Cataluña regulaba el control de la MCA frente a la oposición del CGCOM.

En definitiva, parece que la relevancia de la MCA en España comentada no va de la mano con el desarrollo normativo. El poder legislativo ha huido tanto de crear un marco jurídico específico para la MCA por el carácter extremadamente individual de sus técnicas y, hasta la sentencia del TS que vamos a comentar, el poder judicial tampoco había integrado el control jurídico de la MCA y sus centros en el de la medicina convencional. Por ello, vamos a analizar esta sentencia del TS que supone un inmenso avance en el trato legal de los centros donde se aplica MCA al, tras la decisión del tribunal, pasar a estar sometidos en su totalidad al control administrativo requerido a todo centro sanitario. Esta obligación, como vamos a ver, es independiente de la seguridad o eficacia que demuestren las técnicas y los profesionales que las practiquen. Esta busca la integración y adaptación de todo tipo de práctica curativa al marco jurídico sanitario.

³² Rousseaux, C.G., & Schachter, H., "Regulatory issues concerning the safety, efficacy and quality of herbal remedies", *Birth Defects Research Part B: Developmental and Reproductive Toxicology*, vol. 68, n.6, pág. 508.

4. ANÁLISIS DE LA SENTENCIA 1310/2021 TS

La situación en España no es igual que en otros países como Estados Unidos, Chile, Canadá, Francia o Alemania en los que la MCA también está muy presente. En estos países, ya existía un proceso regulatorio en el que quedaba legislada la seguridad, calidad y cualificación necesaria de los centros y profesionales en los que se aplicasen estos tipos de técnicas. En España, en 2018 se registraron legalmente solo 1178 unidades de MCA. Sin embargo, cabe recalcar que, de esta cantidad, un 96,5 % pertenecían a centros privados y tan solo un 3,5% estaban establecidas en centros sanitarios públicos³³. Teniendo en cuenta que, como hemos indicado, casi 2 millones de personas recurrieron a estas técnicas en 2017, parece obvio que no se están registrando realmente todos los establecimientos de MCA, con el peligro que eso supone. Esta falsedad en los registros, unido a una débil y confusa regulación ya comentada, hace que sea aún más importante la sentencia 1310/2021 de 3 de noviembre de 2021 del TS, a través de la cual los centros en los que se apliquen técnicas alternativas y complementarias deben haber obtenido previamente la autorización que contempla pertinente el RD 1277/2003.

Para analizar en profundidad la sentencia 1310/2021 del TS, debemos resumir el origen, el desarrollo y el desenlace judicial de esta decisión.

Cabe comenzar con los antecedentes a esta decisión y al origen de este caso. El 22 de marzo de 2018, la Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano (DGPIFAC), institución de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, ordenó el cese de la práctica profesional realizada en un centro denominado *The Body Garage*. Esta práctica profesional consistía en el suministro de terapias naturales como la acupuntura, la osteopatía o diferentes tipos de masajes. La razón de esta resolución reside en no cumplir los requisitos pertinentes a la autorización necesaria por todos los centros sanitarios fijados en el Real Decreto 1277/2003. Ante esta decisión, el propietario de dicho centro decide interponer un recurso

³³ Lopera, E., “El debate político sobre las terapias alternativas y complementarias en España en la interfaz entre ciencia, política y sociedad (1979-2018)”, *Perspectivas de la comunicación*, vol. 12, núm. 2, 2019, pág. 158.

de alzada que fue desestimado, manteniendo el cese de la actividad del centro a través una Orden de dicha consejería el 27 de junio de 2018³⁴.

4.1.STSJ MU 34/2020

Sin embargo, el propietario de *The Body Garage* decide interponer un recurso contencioso administrativo frente a la Consejería de Salud por dicha Orden pidiendo la nulidad de la resolución de la DGPIFAC que fue la que originalmente dictó la finalización de la actividad profesional. En virtud de un mayor entendimiento de las pretensiones de cada una de las partes y de la posterior sentencia del Tribunal Supremo, parece importante ver el trato otorgado a las alegaciones del propietario del centro por el Tribunal Superior de Justicia (“TSJ”) de Murcia. En base a la Orden que paraliza el funcionamiento del centro, la parte recurrente alega que las actividades que tienen lugar en *The Body Garage* no pueden considerarse sanitarias por lo que el cumplimiento de los requisitos exigidos a los centros sanitarios no debe ser obligatorio. Se afirma que ni las técnicas utilizadas ni los profesionales encargados de ellas pueden considerarse sanitarias. En base al artículo 1 de la Ley de ordenación de profesiones sanitarias, todos los profesionales sanitarios deben tener el correspondiente registro y los profesionales del centro no lo cumplen. Sin embargo, este argumento parecería insuficiente ya que podría dar pie a que se defendiese que una práctica ilegal no debe ser juzgada por no pertenecer al conjunto de actividades sanitarias. Por ello, el recurrente también aclara que no existe ninguna legislación que prohíba las prácticas de las diferentes técnicas de MCA mencionadas. Este entiende que el considerarlas actividades no sanitarias no conlleva su ilegalidad, sino su trato diferente al tratarse de profesiones y técnicas diferentes. Además, justifica que su trabajo aparece recogido como actividad parasanitaria, diferenciándose de las sanitarias, en el Real Decreto Legislativo sobre las tarifas e impuestos en las actividades económicas³⁵. A continuación, se defiende que en ningún momento se realizan funciones de diagnóstico y

³⁴ Sentencia del Tribunal Supremo núm. 3393/2021, de 3 de noviembre de 2021 (Antecedentes de hecho Primero) [versión electrónica – base de datos CENDOJ. Ref. 2021:3993]. Fecha de última consulta: 25 de marzo de 2023.

³⁵ Real Decreto Legislativo 1175/1990, de 28 de septiembre, por el que se aprueban las tarifas y la instrucción del Impuesto sobre Actividades Económicas (BOE de 29 de septiembre de 1990).

se aporta a los clientes todo tipo de información acerca de la distinción de lo practicado en el centro respecto a un hospital o centro sanitario³⁶.

Una vez resumidas las alegaciones del propietario de *The Body Garage*, cabe destacar cuáles son los argumentos de la Administración murciana para determinar que el cese del centro es pertinente. Viendo las justificaciones del recurrente, parece que el principal debate reside en la consideración sanitaria de dichas actividades en aras de aplicar un marco legal o no.

En cuanto a la postura de la Administración, esta parece enfocarse directamente en la necesidad de considerar dichas prácticas y sus respectivos centros como sanitarios. Para ello, alega que tanto la Ley General de Sanidad, en su artículo 29, como el Decreto que regula el procedimiento de autorización de centros, precisa que todo tipo de establecimiento sanitario, sin importar su nivel, profesionales o categoría, requiere autorización³⁷. Sin embargo, la amplitud de dicho artículo y del Reglamento no ataja el problema completamente ya que su aplicación depende de la consideración sanitaria que se le dé a la MCA. Parece que la generalidad del artículo pretende abarcar e incluir todos los campos en los que existe duda, pero no quedaría totalmente clara con una defensa únicamente basada en esta legislación.

Una vez estudiadas ambas posturas es evidente que el problema que origina este enfrentamiento es la falta de precisión y exactitud acerca de qué requisitos deben cumplirse para que una actividad profesional se considere sanitaria. Para la resolución de este debate, el TSJ de Murcia (TSJMU) decide acudir, en primer lugar, a la comprobación de si existen regulaciones autónomas de cada técnica de MCA ofrecida en *The Body Garage* para ver si existe algún indicio o aclaración legal que permita definir dicha técnica como sanitaria o como no sanitaria.

Para comenzar, el tribunal atiende a la osteopatía. A pesar de que este afirma que no existe una legislación que hable concreta o individualmente de esta técnica, este acude a una sentencia de la Audiencia Nacional del 3 de febrero de 2010, en la que, tal y como se

³⁶ Sentencia Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia núm. 34/2020, de 24 de enero de 2020 [versión electrónica – base de datos CENDOJ. RJ 2020/34]. Fecha de última consulta: 25 de marzo de 2023.

³⁷ Decreto 73/2004, de 2 de julio, por el que se regula el procedimiento de autorización de centros, establecimientos sanitarios y el registro de recursos sanitarios regionales (BORM de 19 de julio de 2004).

apoya el TSJMU, la Audiencia concluye que la osteopatía puede considerarse como un tipo de fisioterapia, por lo que se deduce de manera indirecta que es una práctica sanitaria.

A continuación, el TSJMU hace referencia a la acupuntura. Para su análisis, este alude al Real Decreto 1277/2003 sobre autorización de centros sanitarios. En el anexo de este se destina un apartado para enumerar qué tipos de servicios son los que se encuentran en los centros propiamente sanitarios. En un total de más de cien tipos de servicios, se registran las terapias no convencionales, definidas como técnicas de medicina naturista u homeopática que demuestren ser eficaces y seguras. A pesar de que este enunciado resulta dependiente de la seguridad y eficacia de las terapias, resulta lógico que el tribunal también englobe dentro de actividad sanitaria la acupuntura realizada en este establecimiento.

Además de estos dos recursos legales que favorecen la consideración sanitaria, el TSJMU recurre jurisprudencialmente a una sentencia del TS de la Sala Contencioso-Administrativo del 7 de abril de 2011 (recurso de casación 4383/2009) en la que se afirma que cualquier práctica, ya sea convencional o no convencional, debe integrarse en el marco de la sanidad ya que se desenvuelve en tratamiento de enfermedades y en la salud de sus pacientes. Esta misma sentencia, a pesar de ser mucho anterior, rebate el mismo argumento que aporta el propietario del local³⁸. El TSJMU, además, afirma que una ley puramente fiscal y económica (en referencia al Real Decreto Legislativo sobre las tarifas e impuestos en las actividades económicas comentado) no puede ser relevante en una decisión que debe ser atendida pura y completamente por criterios sanitarios.

En virtud de estas regulaciones y sentencias, el TSJMU concluye mediante sentencia que estas actividades sí que deben considerarse como sanitarias y, por lo tanto, desestima el recurso contencioso administrativo del propietario de *The Body Garage* y declara todas las actuaciones realizadas por la Consejería de Salud murciana como pertinentes³⁹.

³⁸ Sentencia del Tribunal Supremo núm. 1753/2011, de 7 de abril de 2011 [versión electrónica – base de datos VLEX. Ref. 2011:1753].

³⁹ Sentencia Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia núm. 34/2020... *op.cit.*

4.2. ATS 2345/2021

Ante tal resultado, el propietario del centro murciano decidió acudir al Tribunal Supremo porque, en primer lugar, considera que, si las actividades son consideradas como parasanitarias en vez de sanitarias, estas no pueden tener los mismos requisitos. Además, se acoge al condicionante comentado acerca de la seguridad y la eficacia de las terapias y alega que eso no ocurre siempre en las prácticas de su negocio. Además, señala que el TSJMU no pudo referirse de manera individual a la osteopatía y masajes porque no hay certeza en que sean actividades sanitarias. Por estas razones, interpone recurso de casación ante la STSJ MU 34/2020, en aras de que no le sea exigida una autorización administrativa para su desempeño. A través de auto de 8 de junio de 2020, la Sala del TS decide admitir el recurso de casación 2783/2020 por existir interés casacional, tal y como requiere el artículo 88.3 LJCA⁴⁰. Este existe porque la Sala entiende que no hay ningún pronunciamiento de la Sala Contencioso Administrativo acerca de si los centros donde se practiquen distintas terapias de MCA deben solicitar y recibir la autorización sanitaria requerida en los centros sanitarios convencionales⁴¹.

Vemos como la problemática del caso va unida a la inseguridad jurídica y pobreza legislativa del campo de la MCA. Es cierto que el análisis individual de cada terapia realizado por el TSJMU puede ayudar a la resolución de ciertos problemas, sin embargo, existiría mayor seguridad jurídica con la elaboración de un marco legal completo o con la inclusión absoluta de la MCA en el marco legal de la medicina científica. Debido a esto y a la falta de pronunciamientos concretos del TS sobre esta temática, la importancia de la decisión de la Sala de lo Contencioso del TS es vital para poder establecer un criterio firme acerca de la obligatoriedad de autorización que debe tener cualquier centro, más allá de la consideración concreta y, en algunos casos subjetiva, de sus prácticas.

⁴⁰ Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (BOE de 14 de julio de 1998)

⁴¹ Auto del Tribunal Supremo núm. 2345/2021 de 18 de febrero de 2021 [versión electrónica – base de datos CENDOJ. Ref. 2021:2345A]. Fecha de última consulta: 26 de marzo de 2023.

4.3. STS 3993/2021

Una vez admitido por la Sala el recurso de casación 2783/2020 interpuesto por el propietario de *The Body Garage*, el TS se dispone a decidir acerca del conflicto introducido mediante dicho dueño y la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. Esta decisión es de extrema relevancia ya que, tal y como se ha mencionado anteriormente, no existe precedente alguno sobre la autorización necesaria de este tipo de centros.

Ante los antecedentes ya analizados, el TS enfoca su decisión en aclarar cuál es la naturaleza de los centros sanitarios sometidos a autorización por el Real Decreto 1277/2003 para ver si centros donde se aplica MCA necesitan o no de ella.

En cuanto a la legislación base para la toma de esta decisión, la Sala se centra en la Ley General de Sanidad, la Ley de Cohesión y Calidad del SNC y en el propio Real Decreto de bases generales sobre autorización de centros sanitarios.

Dentro de la Ley General de Sanidad, destaca el artículo 29 en el que se afirma que todos los centros sanitarios, independientemente de su tipología, nivel o propietario, deberán recibir una autorización administrativa antes de comenzar a dar servicio. El TS hace hincapié en la generalidad del artículo al abarcar todo tipo de establecimientos sanitarios⁴². Entiende que la intención del legislador fue la de otorgarle una gran amplitud al artículo para englobar bajo sus efectos a diferentes tipos de centros sanitarios.

Respecto al Real Decreto de bases generales sobre autorización de centros sanitarios, el TS afirma que se centra en establecer las bases sobre la requerida autorización. Además, tal y como refleja la sentencia y ya hemos comentado con anterioridad, en el anexo se recoge la clasificación de qué centros y prácticas son sanitarias. Como ya hemos visto, las terapias no convencionales se recogen dentro de los servicios sanitarios, siempre que sean eficaces y ofrezcan seguridad⁴³.

⁴² Ley 14/1986, de 25 de abril, General de ... *op cit.*

⁴³ Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen... *op.cit.*

En base a la Ley de cohesión y calidad del SNC, las garantías de seguridad y competencia requeridas por el Real Decreto comentado deberán ser acordadas en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud⁴⁴.

En cuanto a jurisprudencia que sirve de referencia y base para tomar una decisión acerca de estos centros, el tribunal acude a dos: Sentencia de 7 de abril de 2011, mencionada anteriormente y la Sentencia de 7 de marzo 2006 (recurso contencioso administrativo nº 173/2003).

La primera concluye que todas las terapias naturales deben ser consideradas sanitarias y deben aplicarse bajo un sanitario titulado y en un centro sanitario. Esta sentencia ayuda enormemente a que las técnicas de MCA sean tratadas legalmente como actividades sanitarias. Esta decisión no acabó con el debate, en primer lugar, porque parte de la comunidad científica no acepta la introducción de dichas técnicas en la medicina convencional y porque existen centros, como *The Body Garage*, en lo que se trata de justificar que lo que ahí se practica no debe ser considerado como terapias naturales que deban ser asimiladas a la medicina convencional ya que no ofrecen diagnóstico.

Respecto de la segunda sentencia, el TS declaró que la obligación de ser autorizado administrativamente a cualquier centro donde se aplique homeopatía, acupuntura o técnicas parecidas no consiste en algo puramente subjetivo. La sentencia expone que en estos centros y sus técnicas deberán ser revisados por un profesional de la medicina licenciado. De esta manera, el TS relaciona dichas prácticas directamente con el sistema de salud y por ello pretende asegurarse de que dichas aplican con medios seguros, competentes para su servicio y eficaces.

Por ello, tanto los pretextos legales como la diferente jurisprudencia hacen determinar que *The Body Garage* debe ser considerado como centro sanitario a efectos administrativos. Esta decisión la basa en que a pesar de que las técnicas no pertenezcan a la medicina científica convencional, su intención es puramente terapéutica y tratan de combatir enfermedades y episodios de dolor. La Sala estima que la osteopatía, acupuntura, masajes y todo tipo de terapias naturales están directamente relacionadas con la salud del paciente que acude y no cabe desvincularlas del sistema de salud. En virtud

⁴⁴ Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE 29 de mayo de 2003).

de la jurisprudencia, aunque en ninguna se trate específicamente las características de los centros donde se aplica MCA, sí que se valora la naturaleza de los servicios ofrecidos. En ellas se determina que el trato que deben recibir distintas terapias de MCA debe ser asimilado al de la medicina científica. Por lo tanto, parece obvio y congruente que esta sentencia asimile también los centros donde se practican. Como consecuencia, el tribunal concluye que todo centro en los que se aplique MCA, debe ser objeto de autorización administrativa antes de comenzar a aplicar sus servicios⁴⁵.

4.4. CONCLUSIÓN

Esta sentencia supone un punto de inflexión a la hora de tratar a los centros donde se aplican técnicas de MCA. Durante todo el trabajo hemos podido analizar como la principal causa de confusión a la hora de aplicar o no las diferentes leyes era si la práctica que se juzgaba era sanitaria o no. Sin embargo, el TS huye de todo tipo de subjetividad en la consideración e interpreta que la MCA tiene unos rasgos asimilables a la salud. Esta consideración supone un gran avance ya que, a niveles administrativos, asimila la MCA a la medicina convencional. De esta manera, esta decisión sirve como precedente para que no prospere ningún caso en el que el propietario de un centro de estas características alegue que en su establecimiento no se da una práctica sanitaria. A partir de esta, es independiente la eficacia y seguridad que demuestren las técnicas ofrecidas en cada establecimiento o la normativa individual que tenga cada una de las terapias ofrecidas. Todos los centros deberán pasar por el control administrativo que resulta de la autorización requerida por el RD 1277/2003, de tal manera que no solo los establecimientos gozarán de una mayor seguridad, sino que también se evaluará la formación de los profesionales, los tratamientos y el diagnóstico ofrecidos. Además, esta mayor transparencia y control de la MCA en general ayudará también a reducir el engaño que puede darse en la aplicación de ciertas técnicas menos conocidas que no tienen una normativa individual.

En definitiva, el TS otorga a todos los tipos de finalidades terapéuticas el mismo trato legal. Tal y como hemos ido planteando durante el trabajo, las dos alternativas que

⁴⁵ Sentencia del Tribunal Supremo núm. 3393/2021, de 3 de noviembre de 2021 [versión electrónica – base de datos CENDOJ. Ref. 2021:3993]. Fecha de última consulta: 25 de marzo de 2023.

parecían viables en España eran, o bien introducir la MCA en el sistema legal de salud general, o bien crear una serie de normativas que desarrollasen los requisitos concretos de los centros y técnicas de MCA. En este primer avance que supone la sentencia del TS, este opta en una dirección basada en la primera opción relacionada con la integración. Como hemos comentado anteriormente, la gran mayoría de las Comunidades Autónomas constituyeron un grupo para investigar acerca del uso de la MCA en España y concluyeron que era conveniente el desarrollo de un marco jurídico a nivel nacional. El constante auge del uso de estas técnicas y de la apertura de clínicas donde se practican no se estaba viendo registrado legalmente por la falta de rigidez y seguridad jurídica. Por ello, las Comunidades Autónomas clamaban urgentemente un desarrollo jurídico nacional. Sin embargo, esta petición conjunta comenzó en 2007 como se ha estudiado y, a día de hoy, aún no existe un marco jurídico completo específico de la MCA. Por ello, parece que, de momento, ante esta situación, la opción de asemejar la MCA a la medicina convencional ofrece al menos garantías jurídicas. Esta integración jurídica dada tras la decisión, es comparada por el TS con la que se da entre medicina convencional con la fisioterapia. Por lo tanto, no parecería complicada hasta que se desarrolle un marco jurídico específico. Además, esta integración supondrá una mejora en la calidad y fiabilidad de los servicios ofrecidos por este tipo de establecimientos al deber cumplir una serie de requisitos sanitarios y de gestión para la posibilidad de apertura.

5. TRATO LEGAL INTERNACIONAL DE LA MCA

Una vez analizada la situación normativa de la MCA y sus centros en España y el punto de inflexión tras la sentencia comentada del TS, cabe comentar la situación en Europa con un interés comparativo. Tal y como hemos observado anteriormente, el incremento en el uso de estas terapias es generalizado en toda Europa. Debido al incremento que se está dando en el número de usuarios, la industria de la MCA en Europa ha duplicado sus ingresos hasta mover cerca de 1000 millones de euros⁴⁶. Sin embargo, ¿cómo es la regulación de estas y de los centros donde se aplican? ¿qué diferencias encontramos con la normativa y jurisprudencia española? ¿existe una intervención fuerte de la UE?

Mientras que, en España, como se ha podido comprobar, la situación normativa de la MCA y sus centros se encuentra en sus inicios del proceso legislativo, la situación es diferente en otras potencias de la UE. En el siglo XXI en España ha existido un marco legal contradictorio y confuso, donde parecía fácil acogerse a diferentes normativas en función del interés y no existía una seguridad jurídica tranquilizadora. En España no disponemos ni de una regulación específica sólida de este tipo de terapias ni ha existido ninguna integración completa, clara y definitiva de la MCA en el marco legal de la salud, generando un vacío que ha conllevado incertidumbre e inseguridad.

5.1.MEDIDAS DE LA UE

Tanto el Parlamento Europeo, como el Consejo de Europa defienden que cada Estado miembro debe gestionar y regular principalmente todo lo concerniente a su sistema sanitario y, dentro de este sistema, la UE introduce la MCA. La UE considera la MCA como un complemento a la medicina convencional y ha emitido directivas en las que proclama que se debe proteger a todos los pacientes que reciben este tipo de técnicas. Sin embargo, la responsabilidad de regular la MCA y sus centros la deja en manos de cada Estado miembro y, como veremos más adelante, este enfoque individual unido al segundo plano que decide tener la UE hace que el trato varíe de un país a otro.

⁴⁶Burgarin, I., “La medicina alternativa gana terreno en Europa” *BBC Mundo* (disponible en https://www.bbc.com/mundo/ciencia_tecnologia/2010/02/100219_0024_medicina_alternativa_europa_jg_medicina_alternativa; última consulta 15/03/2023).

Cabe destacar que, aunque la responsabilidad la deje en manos de los Estados miembros, la UE creó hace unos años un proyecto como hoja de ruta para conseguir esa anhelada armonización en el trato legal de la MCA y sus establecimientos en Europa. Este proyecto financiado por la UE se denomina “Consortio CAMbrella” y pretende huir de la heterogeneidad que hay en Europa respecto de la MCA. Este consorcio, creado desde 2010 hasta 2012, está formado por 12 países europeos (entre los que se encuentra España), la OMS, el Instituto Samueli y un grupo de académicos de todo el mundo. Como objetivos generales, este proyecto tenía dos prioridades en base al tiempo. A corto plazo, pretendía analizar cuál era la situación en ese momento de la MCA en Europa. A largo plazo, busca crear una red global de investigación de las terapias de MCA en toda Europa que permita investigar en el futuro de manera conjunta y aplicar unas medidas en común en Europa. En cuanto al primer objetivo, la UE se percató gracias al estudio de lo dispersa que estaba la regulación ya que era diferente en cada país, la poca integración que había de la MCA en los sistemas de salud nacionales, la pobreza en cuanto a la investigación y financiación nacional de ensayos clínicos de MCA y el incremento en la demanda de estas técnicas respecto a años anteriores⁴⁷. Esta situación hizo reflexionar a la UE acerca de la necesidad de un marco normativo común. Sin embargo, a día de hoy no existe más que la intención y el empuje a que los Estados miembros cooperen entre ellos, a pesar de que instituciones como la Sociedad Española de Salud y Medicina Integrativa (SESMI) han presentado una petición al Parlamento Europeo para la elaboración de un marco normativo común en Europa que garantice que cada país de la UE tenga una MCA segura y eficaz⁴⁸.

En términos comerciales la UE sí que se muestra más participativa en aras de promover la colaboración entre los países en la compra y venta de medicamentos naturales para garantizar la seguridad y bienestar de la atención sanitaria transfronteriza con directivas como la Directiva 2011/24/EU. La UE presenta una regulación estricta en cuanto a la comercialización y uso de los medicamentos utilizados en las técnicas de MCA. Esta los considera, en términos generales, complementarios a los tratamientos de la medicina convencional y establece que deben cumplir los mismos estándares y criterios de calidad, eficacia y peligrosidad que el resto de los productos farmacéuticos utilizados en la

⁴⁷ Koldo, J.V., “CAMbrella. Una red europea de investigación en medicina complementaria y alternativa”, *Revista Internacional de Acupuntura*, vol. 5, n. 4, 2011, pág. 131.

⁴⁸ Sociedad Española de Salud y Medicina Integrativa, “El Parlamento Europeo mantiene abierta la petición de un marco regulador de la medicina alternativa”, 2021 (disponible en <https://sesmi.es/se-mantiene-abierta-la-peticion-de-un-marco-regulador-para-profesionales-de-medicina-integrativa/>; última consulta 16/03/2023).

medicina científica. A modo de ejemplo, la UE prohibió la comercialización de productos dietéticos conformados por determinadas hierbas al no ofrecer estas suficientes garantías⁴⁹.

En definitiva, la UE cede la responsabilidad a los Estados miembros cuando se refiere a la armonización legal de cómo estructurar y catalogar las técnicas de MCA y sus centros, pero permanece más rigurosa cuando la MCA se involucra en el comercio entre países. En aras de mantener un comercio de productos sanitarios seguro, la UE decide aplicar los mismos criterios que utiliza para los tratamientos de la medicina científica a los utilizados en MCA. Vemos como, al igual que el TS, opta por una integración al sistema sanitario global antes que elaborar un nuevo marco específico para las terapias de MCA.

5.2. ENFOQUE DE LA MCA EN LOS PAÍSES EUROPEOS

Como hemos visto, la UE no es invasiva en cuanto a la regulación y organización que deben tener las técnicas y centros de MCA en Europa. Por ello, parece interesante analizar cómo tratan a la MCA en distintos países europeos para poder hacer una comparativa con España y ver cómo de desarrollado está nuestro sistema.

En los países europeos existen dos puntos de vista de los cuidados sanitarios. Por un lado, se encuentran países como Francia o Italia en los que se defiende que todo cuidado sanitario debe ser practicado por un profesional titulado. Por otro, existen países como del norte como Reino Unido, Irlanda y Noruega en los que toda persona puede practicar estos cuidados y se reservan ciertas actuaciones a los médicos titulados. En relación con la MCA, podría parecer que estas diferencias influyesen en el desarrollo de la MCA según la corriente sanitaria que se dé. Sin embargo, esto no parece ser así y todo parece depender de la importancia que se le dé a la MCA, independientemente de quién practique los cuidados sanitarios en general. En Gran Bretaña desde 1950 y en Bélgica desde 1999, existen leyes específicas que reconocen en ellas específicamente, por un lado, diferentes técnicas de MCA como la acupuntura, la homeopatía y los masajes quiroprácticos y, por otro una estructura y procedimientos claros acerca de los requisitos que se deben seguir

⁴⁹ Wiesener, S., Falkenberg, T., Hegyi, G., Hök, J., di Sarsina, P. R., & Fønnebø, V., “Legal status and regulation of complementary and alternative medicine in Europe”, *Complementary Medicine Research*, vol. 19, n. 2, 2012, pág. 32.

para regularizar una técnica de MCA y los establecimientos donde se aplica. De esta manera, Bélgica y Gran Bretaña le da a las MCA un carácter propio, sin incluirla dentro del sistema legal de la medicina convencional, que igualmente le otorga una independencia acompañada de seguridad jurídica. En el caso de Francia, en cambio, sí que existe una integración plena dentro del sistema legal de salud pública de todas estas técnicas, considerándolas legalmente como actividades sanitarias. Esto supone una integración total en las normativas de la salud pública. En Alemania, van más allá de la integración en el sistema de salud y directamente forma parte de este practicándose los distintos tratamientos de MCA en los propios hospitales y consultorios médicos. En Suiza también se encuentra anexa al marco legal de la medicina científica y los seguros médicos cubren la mayoría de los tratamientos relacionados con la MCA⁵⁰. Por otra parte, Dinamarca y Suecia tienen respectivamente una normativa en la que se habilita a personal no sanitario a ejercer la MCA siempre que cumpla con los requisitos concretos fijados en la normativa.

Vemos como la diferencia que existe entre estos países con España es la claridad e importancia que le da el sistema legal a la MCA al concretar cómo debe ser su trato. No existe un modo de actuar común ya que algunos integran estas técnicas en el sistema general de la salud mientras otros crean un marco legal diferenciado. Sin embargo, la importancia radica en que estos países, a diferencia de España, tienen desde hace años una regulación completa, clara y efectiva que hace que estas terapias, sus centros y los profesionales que las practican tengan una normativa concreta a la que acogerse. En España, sin embargo, el trato hacia la MCA es meramente superficial. Ese carácter lo podemos ver en el Real Decreto de bases generales sobre autorización de centros sanitarios, en el que la única referencia que hace a la MCA es en uno de los anexos y simplemente a través de una mención a las terapias no convencionales, sin ningún tipo de desarrollo ni concreción.

A partir de la analizada sentencia 1310/2021 de la Sala de Contencioso Administrativo del TS, parece que en España se va a poder ir integrando la MCA en el sistema nacional de salud. Aunque no existe una normativa que hable de las técnicas en concreto y de su total asunción como sanitarias, el hecho de que los centros donde estas técnicas se

⁵⁰ Urios, C., et al. “Estrategias regulativas para las medicinas complementarias y alternativas: hacia un modelo de entendimiento de prácticas de salud”, *Atención primaria*, vol. 38, núm. 10, 2006, pág. 575.

practican sean considerados como sanitarios a efectos administrativos hace que todo lo concerniente a la MCA quede más controlado. Esto supondría un inicio de integración que seguiría una estrategia parecida a la de países como Alemania, Suiza o Francia.

5.3. ESTRATEGIA DE LA OMS

Una vez comentada la situación en Europa, es interesante ver qué planificación quiere seguir una institución mundial importante en el campo de la salud como es la OMS. Esta elaboró una estrategia de 2014 a 2023 sobre la MCA después de que en 2009 la Asamblea Mundial de la Salud (“AMS”) lo solicitase. Años atrás habían elaborado una estrategia para el período de 2002 a 2005 pero la AMS requirió un mayor desarrollo y un nuevo enfoque en base a los nuevos desafíos que puedan surgir. Gracias a la estrategia de 2002-2005, se comenzó a profundizar un poco más en la salud y bienestar de las personas que accedían a este tipo de recursos. La estrategia mundial que propone la OMS desde 2014 destaca la idea de que el sistema público de salud atienda de manera segura, asequible, efectiva a todas aquellas personas que quieran acceder a la MCA. Para ello, la OMS propone de manera general, en primer lugar, apoyar a los Estados Miembros en el ofrecimiento de atención sanitaria a través de la aplicación de MCA y, en segundo, promover la regulación específica de estos tratamientos, su aplicación y los profesionales que los suministran.

Para la consecución de estos objetivos globales, la OMS propone una serie de medidas estratégicas y legales tanto para los Estados Miembros, por un lado, como para la propia OMS por otro. En este trabajo, vamos a destacar aquellos que parecen relevantes en un ámbito regulatorio.

En cuanto a los Estados Miembros, la OMS les empuja a reconocer el papel de la MCA de manera extensa y concreta en el marco legal de su sistema de salud. Para ello, aclara que los países deben hacer un estudio profundo acerca de los usuarios y los profesionales de estas terapias. Además, se recomienda invertir en un sistema de protección legal que ampare y certifique la eficacia y calidad de cada uno de los tratamientos que se apliquen en cada centro. Por eso, la OMS pretende que cada Estado miembro analice los diferentes reglamentos y políticas ya existentes en su sistema legal para fomentar la accesibilidad y

visibilidad a estos tratamientos, así como una mejora en su calidad y seguridad. Se hace especial hincapié en utilizar la regulación base de la medicina convencional de los sistemas de salud públicos. La OMS también sugiere la elaboración individual de los Estados de un marco regulatorio nuevo que refuerce las garantías de la MCA. Para ello, propone basarse las medidas de salud públicas, pero con una clara especialización adaptada a las infraestructuras de cada territorio. Esta además alienta a los países a invertir más investigación nacional sobre el uso de estas terapias en su territorio. Aunque la propuesta consiste en la redacción de una normativa nacional, la OMS insta a los países a colaborar y cooperar entre ellos para obtener una mayor riqueza normativa. En resumen, todas estas medidas legales sugeridas buscan el reconocimiento de la MCA como parte del sistema nacional sanitario. Esta introducción en el sistema conllevaría el desarrollo de las legislaciones existentes y la elaboración de nuevas⁵¹.

En cuanto a la propia OMS, pretende actualizar todos los documentos técnicos concernientes a la seguridad, calidad y uso de las técnicas de MCA. Para una mayor seguridad jurídica, la OMS quiere dar acceso a los centros donde se aplica la MCA a todos los puntos de información internacionales de medicina. Además, quiere desarrollar una red global normativa para ayudar al intercambio de posturas y medidas legales y servir como base jurídica para la implementación del desarrollo legal pertinente⁵².

Vemos como el objetivo de esta institución no se aleja de los comentados en este trabajo tanto por las diferentes instituciones españolas como por la UE. Todas las instituciones son conscientes de la importancia que tiene actualmente la MCA. Sin embargo, parece un sector donde todavía queda mucho por trabajar ya que esta armonización no se ha producido todavía y el desarrollo normativo de la MCA parece ir más despacio de lo requerido en países como España.

⁵¹ OMS, *op.cit.*, pp. 43-48.

⁵² *Ibid.* pp., 48-52.

6. CONCLUSIONES

Gracias a este estudio hemos podido concluir que en España ha existido, hasta la decisión del TS analizada, un desequilibrio entre la presencia y popularidad que tenía la MCA en el país y el control normativo sobre estas técnicas. A pesar de que tanto el RD 1277/2003, como la Ley General de Sanidad parecen dejar intuir que todo tipo de establecimientos sanitarios deben recibir la pertinente autorización administrativa para su apertura, la amplitud del conjunto de técnicas de MCA y su escasa regulación han generado una atmósfera de inseguridad jurídica constante. El carácter individual que el ordenamiento jurídico le da a este tipo de técnicas conlleva un vacío legal cuando se dan casos en los que la terapia en concreto no goza de una normativa específica. La individualidad y amplitud de estas daban pie a que muchas técnicas y establecimientos, como *The Body Garage*, considerasen que no debían estar dentro del ámbito sanitario y pudiesen huir del control administrativo. Sin embargo, lo que resulta realmente asombroso es que, a pesar de las solicitudes a nivel mundial, europeo y nacional y del crecimiento en el número de usuarios de MCA, no exista una normativa desarrollada que trate específicamente el conjunto de técnicas de MCA y sus centros. Ante la inexistencia de este desarrollo normativo, el TS crea precedente al establecer que todo centro donde se aplique cualquier tipo de terapia de MCA debe recibir la correspondiente autorización sanitaria por la Consejería de Salud de su Comunidad Autónoma requerida por el RD 1277/2003. De esta manera, se le requiere a este tipo de establecimientos el mismo nivel de calidad, transparencia o eficacia que a los centros sanitarios tradicionales. Esta decisión supone una equiparación muy importante de la MCA a la medicina convencional. Gracias a ella, los tratamientos que se apliquen y los centros donde se ofrezcan tendrán que superar el estándar de seguridad y eficacia que cada Comunidad Autónoma especifique en función de variables como el tamaño, la función o la peligrosidad de las terapias. Gracias a esta, la MCA dejará de poder ser un mercado libre que no encuentra un control administrativo riguroso y concreto. Esta sentencia también supone un avance hacia la integración de la MCA dentro del sistema de la medicina convencional. Una vez analizadas las diferentes sugerencias y voluntades de las Comunidades Autónomas en España y de instituciones extranjeras como el Parlamento europeo o la OMS, podemos concluir que la elaboración de una normativa específica de la MCA no parece inmediata. Esta elaboración parece ser objetivo de la mayoría de las instituciones, pero esta solo es posible si previamente la MCA en su conjunto consigue ser considerada por todos como una actividad plenamente

sanitaria. Por ello, la decisión del TS en la que se imita la estrategia de Francia o Alemania de integración total puede suponer el primer paso para que la realidad social se vea controlada por un ordenamiento jurídico actualizado. Este avance jurídico, además, facilitaría la solución a los problemas planteados como la falta de inversión e investigación, la inexistencia de una acreditación y formación reglada para sus profesionales o el enfrentamiento entre los trabajadores de la medicina tradicional y la MCA.

7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Legislación

Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (BOE de 29 de abril de 1986).

Ley 29/1998, de 13 de julio, reguladora de la Jurisdicción Contencioso-Administrativa (BOE de 14 de julio de 1998).

Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud (BOE de 29 de mayo de 2003).

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias (BOE de 22 de noviembre de 2003).

Real Decreto Legislativo 1175/1990, de 28 de septiembre, por el que se aprueban las tarifas y la instrucción del Impuesto sobre Actividades Económicas (BOE de 29 de septiembre de 1990).

Real Decreto 1018/1980, de 19 de mayo, por el que se aprueban los Estatutos Generales de la Organización Médica Colegial y del Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos (BOE de 28 de mayo de 1980).

Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios (BOE de 23 de octubre de 2003).

Decreto 73/2004, de 2 de julio, por el que se regula el procedimiento de autorización de centros, establecimientos sanitarios y el registro de recursos sanitarios regionales (BORM de 19 de julio de 2004).

Decreto 31/2007, de 30 de enero, por el que se regulan las condiciones para el ejercicio de determinadas terapias naturales (DOGC 1 de febrero de 2007).

Jurisprudencia

Sentencia del Tribunal Supremo núm. 349/1994, de 25 de abril de 1994 [versión electrónica – base de datos VLEX. Ref. 1994:349]. Fecha de última consulta: 15 de febrero de 2023.

Sentencia del Tribunal Supremo núm. 1753/2011, de 7 de abril de 2011 [versión electrónica – base de datos VLEX. Ref. 2011:1753]. Fecha de última consulta: 30 de marzo de 2023.

Sentencia del Tribunal Supremo núm. 2334/2011 de 27 de abril de 2011 [versión electrónica – base de datos CENDOJ. Ref. 2011:2334]. Fecha de última consulta: 22 de febrero de 2023.

Sentencia del Tribunal Supremo núm. 3393/2021, de 3 de noviembre de 2021 (Antecedentes de hecho Primero) [versión electrónica – base de datos CENDOJ. Ref. 2021:3993]. Fecha de última consulta: 25 de marzo de 2023.

Auto del Tribunal Supremo núm. 2345/2021 de 18 de febrero de 2021 [versión electrónica – base de datos CENDOJ. Ref. 2021:2345A]. Fecha de última consulta: 26 de marzo de 2023.

Sentencia del Tribunal Superior de Justicia de Cataluña, núm. 4892/2009, de 4 de junio de 2009 [versión electrónica – base de datos CENDOJ. Ref. 2009:4982]. Fecha de última consulta: 20 de febrero de 2023

Sentencia Tribunal Superior de Justicia de la Región de Murcia núm. 34/2020, de 24 de enero de 2020 [versión electrónica – base de datos CENDOJ. RJ 2020/34]. Fecha de última consulta: 25 de marzo de 2023.

Obras doctrinales

- Calderón, C., “Médicos homeópatas y médicos de atención primaria: cómo se ven y como ven a sus pacientes”, *Atención primaria: Publicación oficial de la Sociedad Española de Familia y Comunitaria*, vol. 21, n.6, 1998 pp. 367-375.
- Fernández-Guisasola, F., “Bases jurídicas de la legislación española para sustentar que la homeopatía ha de ser ejercida exclusivamente por médicos colegiados”, *Revista Médica de Homeopatía*, vol. 6, n.2, 2013, pp. 81-85
- Fisher, P., & Ward, A., “Medicine in Europe: complementary medicine in Europe”. *Bmj*, vol. 309, n.6947, 1994, pp. 107-111.
- Flores A, Arias L, Azolas X, et al. “Dolor y Medicina Complementaria y Acupuntura”, *Revista Médica Clínica Las Condes*, vol. 25, n.4, 2014, pp. 636-640.
- Gimeno, I., “Situación legal de la Medicina Naturista en Europa”, *Medicina naturista*, n.2, 2000, pp. 58-66.
- Guerrero, R. “La medicina alternativa en el Parlamento catalán: Un paso adelante hacia la regulación oficial”, *Natura Medicatrix: Revista para el estudio y difusión de las medicinas alternativas*, núm.51, 1998, pp. 38-41.
- Homar, J.C., “¿Medicinas complementarias o alternativas? Un dilema para el sistema público”, *Atención primaria*, vol. 25, n.8, 2005, pp. 389-391.
- Kemppainen, L. M., Kemppainen, T., T., Reippainen, J. A., Salmenniemi, S. T., & Vuolanto, P. H., “Use of complementary and alternative medicine in Europe: Health-related and sociodemographic determinants”, *Scandinavian journal of public health*, vol.46, núm.4, 2018, pp. 448-455.
- Koldo, J.V., “CAMbrella. Una red europea de investigación en medicina complementaria y alternativa”, *Revista Internacional de Acupuntura*, vol. 5, n. 4, 2011, pp. 130-134.
- Lopera, E., “El debate político sobre las terapias alternativas y complementarias en España en la interfaz entre ciencia, política y sociedad (1979-2018)”, *Perspectivas de la comunicación*, vol. 12, núm. 2, 2019, pp. 155-193.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, “Nota resumen informe terapias naturales”, 2011, pp. 3-111.
- Muñiz, F., “Bases jurídicas de la legislación española para sustentar que la homeopatía ha de ser ejercida exclusivamente por médicos colegiados”, *Revista Médica de Homeopatía*, vol. 6, n.2, pp. 80-85.

- Rousseaux, C.G., & Schachter, H., “Regulatory issues concerning the safety, efficacy and quality of herbal remedies”, *Birth Defects Research Part B: Developmental and Reproductive Toxicology*, vol. 68, n.6, pp. 505-510.
- Tornero, S., Charris-Castro, L., & García, J., “Utilización de medicina complementaria y alternativa en la población infantil de la Encuesta Nacional de Salud de España”, *Anales de pediatría*, vol. 91, n.4, 2003, pp. 268-271.
- Urios, C., Caminal, J., Rodríguez, N., Puigpelat, F., . “Estrategias regulativas para las medicinas complementarias y alternativas: hacia un modelo de entendimiento de prácticas de salud”, *Atención primaria*, vol. 38, núm. 10, 2006, pp. 574-575.
- Valtueña, J.A., “Medicinas tradicionales y alternativas”, *Offarm: farmacia y sociedad*, vol. 22, n.11, 2003, pp. 62-66.
- Wiesener, S., Falkenberg, T., Hegyi, G., Hök, J., di Sarsina, P. R., & Fønnebø, V., “Legal status and regulation of complementary and alternative medicine in Europe”, *Complementary Medicine Research*, vol. 19, n. 2, 2012, pp. 29-36.

Recursos de internet

Burgarin, I., “La medicina alternativa gana terreno en Europa” *BBC Mundo* (disponible en

https://www.bbc.com/mundo/ciencia_tecnologia/2010/02/100219_0024_medicina_alternativa_europa_jgmedicina_alternativa; última consulta 15/03/2023).

Fundación Española para la Ciencia y Tecnología, *10.ª encuesta de percepción social de la ciencia y tecnología – 2020*, 2020, pp. 248-258 (disponible en https://www.fecyt.es/sites/default/files/users/user378/percepcion_social_de_la_ciencia_y_la_tecnologia_2020_informe_completo_2.pdf; última consulta 12/12/2022).

González E, Quindós A.I., “La incorporación de terapias naturales en los servicios de salud, Escuela Universitaria de Enfermería Santa Madrona, Fundación la Caixa, 2010, pp. 13-17 (disponible en https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21702/1/2009_8.pdf; última consulta 02/02/2023).

Instituto Nacional de Estadística, “Visitas a profesionales de medicina alternativa en los últimos 12 meses según tipo de profesional por sexo y nivel de estudios”, 2023, (disponible en <https://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2017/p02/10/&file=01059.px>; última consulta 3/01/2023).

OMS, “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023”, *Ediciones de la OMS*, 2013 (disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95008/9789243506098_spa.pdf; última consulta 25/03/2023).

Sociedad Española de Salud y Medicina Integrativa, “El Parlamento Europeo mantiene abierta la petición de un marco regulador de la medicina alternativa”, 2021 (disponible en <https://sesmi.es/se-mantiene-abierta-la-peticion-de-un-marco-regulador-para-profesionales-de-medicina-integrativa/>; última consulta 16/03/2023).