

Betty Espinosa y William Waters, editores

Transformaciones sociales y sistemas de salud en América Latina



FLACSO
ECUADOR

Índice

Presentación	9
Introducción	
Visiones comparativas de las transformaciones sociales y los sistemas de salud en América Latina	11
<i>William F. Waters</i>	
SECCIÓN 1	
SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD EN ECUADOR Y AMÉRICA LATINA	
Buen gobierno en salud: un desafío de todos	27
<i>Nilhda Villacrés</i>	
Los modelos de atención de salud en el Ecuador	49
<i>Fernando Ortega Pérez</i>	
Los servicios públicos de atención de salud del DMQ: cantidad, calidad y costos	65
<i>Ruth Lucio</i>	
Los contenidos de la agenda local de salud: heterogeneidades y problemas transversales en municipios del Conurbano Bonaerense, Buenos Aires, Argentina	85
<i>María Mercedes Di Virgilio y María Canel</i>	
Un acercamiento al pluralismo médico en los Andes	101
<i>Jos Demon</i>	

© De la presente edición:

FLACSO, Sede Ecuador
La Pradera E7-174 y Diego de Almagro
Quito-Ecuador
Telf.: (593-2) 323 8888
Fax: (593-2) 3237960
www.flacso.org.ec

ISBN:
Cuidado de la edición: Paulina Torres
Diseño de portada e interiores: Antonio Mena
Imprenta: Rispergraf
Quito, Ecuador, 2008
1ª. edición: junio, 2008

SECCIÓN 2

POLÍTICAS DE SALUD Y PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN EL ÁMBITO NACIONAL E INTERNACIONAL

Desde el diseño a la implementación de políticas públicas: el caso de la reforma de salud en Chile	123
<i>Óscar Arteaga</i>	
A política de saúde e o Programa Saúde da Família no debate da seguridade social no Brasil: o olhar do serviço social	145
<i>Laurita Wiese</i>	
Educación ciudadana y políticas públicas en salud	163
<i>Juan Camilo Salas Cardona</i>	
Ecuador offers an alternative option to international aid and health policies	177
<i>Jean-Pierre Unger, Nancy Vásconez y Pierre De Paepe</i>	
Salud familiar integral y Asamblea Constituyente	189
<i>Edgar Rodas Andrade</i>	

SECCIÓN 3:

PRÁCTICAS EN LAS PROFESIONES DE SALUD

Formas simbólicas y tránsitos identitarios: una aproximación teórico-metodológica a las percepciones, usos y apropiación de la noche entre los enfermeros y enfermeras nocturnos	207
<i>Andrés López Ojeda</i>	
De la identidad institucional a la figura de estatus en la profesión de enfermería: un estudio de caso con enfermeras del sector público en la Ciudad de México	227
<i>Hedaldid Tolentino Arellano</i>	
Medicalización e industria del nacimiento	249
<i>Raúl Mideros Morales</i>	

Los modelos de atención de salud en el Ecuador

Fernando Ortega Pérez*

Introducción

Lo “tradicional”, lo “convencional” y lo “alternativo” son formas distintas con las cuales la población del mundo contemporáneo responde al reto planteado por la enfermedad. La posibilidad de encontrar distintos caminos de solución para prevenir y tratar las enfermedades es un hecho tan antiguo como la existencia del ser humano. La atención de la salud es una más de las manifestaciones culturales de los pueblos del mundo y por tal razón existen tantas iniciativas de salud, cuantas culturas existen.

Esta presentación acoge la temática propuesta por el congreso y procura combinar los aspectos teóricos relacionados con cada modelo de salud con observaciones prácticas sobre la aplicación de los modelos en el Ecuador. Temas como identidad, diversidad cultural, y relaciones entre los conocimientos locales y no locales son tratados para destacar la importancia de la participación de la población local en demandar atención, según su propia conceptualización de salud y el surgimiento de modelos de salud alternos o complementarios.

El sector salud ecuatoriano está constituido por un sinnúmero de individuos y una multiplicidad de instituciones públicas y privadas, con y sin

* MD. MA. PhD. Director del Departamento Desarrollo Comunitario Integral de la Universidad San Francisco de Quito. Doctor en Medicina, Master en Antropología, PhD en Salud Pública. Áreas de interés: antropologías andina, médica y nutricional. Atención primaria de la salud, bioética, desarrollo comunitario, investigación en medicina social.

finés de lucro, que tratan de responder ante los problemas de salud desde distintos enfoques, los mismos que obedecen a diversas formas en que la vida, la salud, la enfermedad, los servicios y los recursos de salud son concebidos por la heterogénea sociedad ecuatoriana.

En un esfuerzo por comprender cómo actúan tan distintos actores es conveniente recordar que la oferta de servicios obedece a uno o varios tipos de demanda y que esta a su vez está determinada, entre otros, por factores como:

- la interpretación personal y cultural de la realidad de cada individuo, el espacio circundante y las relaciones sociales que lo rodean,
- los conceptos de salud y enfermedad del individuo, de su familia y de su comunidad,
- las respuestas históricas que han generado las sociedades pre-ecuatoriana y ecuatoriana frente a la necesidad de salud,
- la información disponible respecto de los modelos de salud y de los agentes de salud,
- la accesibilidad física, cultural y económica a los distintos agentes de salud,
- la gravedad de las dolencias y la pertinencia de una atención general o especializada,
- la calidad y calidez de la atención recibida previamente,
- el curso de la enfermedad,
- la eficacia y efectividad del método terapéutico referido o experimentado, y
- el pronóstico recibido.

Oferta y demanda están ambas inmersas en modelos distintos de atención de salud que responden a patrones culturales diversos. A continuación se presenta un esfuerzo sinóptico para explicar cómo en el Ecuador, trece culturas distintas con trece procesos de salud/enfermedad distintos coexisten, sin llegar a contar con un sistema nacional de salud.

Culturas del Ecuador según regiones geográficas		
Costa Awa, Chachi, Tzáchila, Epera, Afro, Mestizo, Montubio	Sierra Quichua, Afro, Mestizo	Amazonía Cofán, Siona-Secoya, Huaos, Zapara, Shuar, Achuar, Quichua, Afro, Mestizo,
Modelos de atención de la salud		
Tradicional	Convencional/Occidental	Alternativo
Awa, Chachi, Tzáchila, Epera, Cofán, Siona-Secoya, Huaos, Zápara, Shuar, Achuar, Quichua, Afro.	Medicina Familiar, Medicina Interna, Especialidades Médicas Farmacias, Laboratorios, Aseguradoras.	Homeopatía, Acupuntura, Terapia Neural, Iridología, Aromaterapia, Hidroterapia y Termalismo, Medicina Bioenergética, Pendulismo, etc.
Conceptos de salud		
Modelos tradicionales	Modelo convencional	Modelos alternativos
Don, poder hacer, estar feliz, relacionarse, equilibrio con la naturaleza.	Completo estado de bienestar.	Equilibrio de la energía vital.
Modalidad de aplicación		
Modelos tradicionales	Modelo convencional	Modelos alternativos
Andino, Amazónico, Afro, Otros.	Público/Privado Curativo Preventivo/Curativo	H: Unicismo/Complejismo Energéticos/No Energéticos. Naturalistas/No Naturalistas.
Oferta y demanda		
Modelos tradicionales	Modelo convencional	Modelos alternativos
Consultorios privados que atienden una población tanto aborigen como mestiza. Se paga con favores, en especies o con dinero.	Consultorios públicos o privados atienden a la población general, tanto en servicios de beneficencia, servicios pagados en efectivo, tarjetas o cheques, Medicina Prepagada, Aseguradoras.	Consultorios privados brindan servicios que deben ser pagados en dinero en efectivo, tarjetas o cheques.

Recursos terapéuticos		
Modelos tradicionales	Modelo convencional	Modelos alternativos
Procedimientos sin medicamentos Remedios tradicionales.	Procedimientos y Farmacopea genérica o Farmacopea de marca.	Diversos tipos de procedimientos medicamentosos o no.

Fuente: Fernando Ortega. Quito. 2007.
 Nota importante: Evidentemente la construcción de un cuadro sinóptico obvia detalles. Su mérito es poner en contraste elementos que en unos casos pueden ser antagónicos y en otros complementarios. Por ejemplo, no son categorías equivalentes la "homeopatía" y el "pendulismo", sin embargo ambas son proposiciones alternativas frente a la medicina convencional. Tampoco son similares la medicina tradicional andina y la medicina tradicional amazónica pese a encontrarse ubicadas en un mismo casillero. Cada lector tendrá una visión particular que complemente o disienta los criterios aquí expuestos. Lo importante es tomar en consideración la existencia de numerosos elementos, no necesariamente, articulados que cuentan a la hora de enfrentar al reto de la enfermedad.

“Lo bueno, lo malo y lo feo” no es más que el título de una película, que nos recuerda una encarnizada lucha donde sólo uno se supone tenía la razón y el derecho a sobrevivir, eliminando a los demás.

Lo “tradicional”, lo “convencional” y lo “alternativo” son modelos distintos con los que el mundo contemporáneo responde al reto planteado por la enfermedad. La posibilidad de encontrar distintos caminos de solución para prevenir y tratar las enfermedades es un hecho tan antiguo como la existencia del ser humano. La atención de la salud es una más de las manifestaciones culturales de los pueblos del mundo y por tal razón existen tantas iniciativas de salud, cuantas culturas existen.

La existencia de un solo modelo para enfrentar a la enfermedad era creencia ampliamente extendida en el mundo médico de “occidente” hasta hace pocos años”. Este modelo prevaleciente durante el siglo XX, se basó en los principios de la escuela de Alcmeón de Crotona, en la que los fundamentos hipocráticos de los años 400 antes de Cristo dieron nacimiento a una escuela médica, que luego de fortalecerse con los aportes medievales y del renacimiento europeos se nutriría enormemente del método y la tecnología científica contemporánea, para convertirse en el sistema médico más expandido a nivel mundial.

Este modelo de atención de la enfermedad también conocido como sistema de salud oficial, moderno, científico, occidental o convencional, ha demostrado por largo tiempo eficacia, efectividad y eficiencia en la aplica-

ción de procedimientos curativos orientados principalmente a contrarrestar procesos biológicos que deterioran la salud de los individuos o de la población en forma aguda o crónica. Este modelo convencional a fines del siglo pasado, no prestó mayor atención a la existencia paralela de otros modelos de atención a la enfermedad como son el tradicional y el alternativo, por considerarlos elementales, sin evidencias y sin sustento científico.

Lo “tradicional” por su parte, como modelo de atención de la enfermedad representa lo genuino, lo autóctono, lo primigenio, lo ancestral del conocimiento de los pueblos del mundo en su esfuerzo por explicar el origen y el curso de las enfermedades. En lo “tradicional”, los pueblos del orbe exploran empíricamente en el laboratorio natural, tanto técnicas diagnósticas como procedimientos terapéuticos que demuestran eficacia para tratar las enfermedades. Lo tradicional conceptúa al ser humano integrado por elementos naturales o biológicos que conforman su cuerpo físico, el mismo que está íntimamente relacionado con un componente social, que genera un comportamiento de grupo; y otro espiritual, que constituye la esencia de la vida, el sustento de los valores del ser humano y la conexión con un mundo sobrenatural. Estos tres elementos constitutivos se hallan inmersos en un ambiente a su vez físico (la naturaleza), social (la comunidad) y espiritual (los valores morales y los sentimientos).

Según la visión de lo “tradicional”, los seres humanos no enferman únicamente del cuerpo. Cuando un individuo enferma, enferma de manera integral y por lo tanto, su recuperación depende de un proceso de “sanación” de carácter holístico. Ejemplos de “lo tradicional” mencionados y reconocidos internacionalmente son las medicinas china, ayurveda (india o hindú) y unani (árabe). Recientemente, la caracterización de las medicinas andinas y amazónicas ha generado gran interés en el mundo contemporáneo debido a sus ancestrales aportes al bienestar de la humanidad.

Lo “alternativo”, es decir, proposiciones de salud distintas a lo “tradicional” y a lo “convencional”, surge como un hecho social basado en conocimientos y destrezas que plantean mecanismos diferentes e interpretaciones distintas de la etiología y curso de las enfermedades, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos diversos. Algunos de estos esfuerzos son conocidos como terapias: hidroterapia, aromaterapia, terapia neural, terapia bioenergética; otros son conocidos por el tipo de praxis desarrolla-

do: iridología, reflexología, pendulismo, acupuntura, digito-presión, reiki, magnetismo; otros revestidos de teorías más complejas tienen aplicaciones prácticas que incluyen procedimientos diagnósticos y terapéuticos que utilizando o no sustancias medicamentosas proponen un enfoque alternativo e integrador, por ejemplo, la homeopatía y la osteopatía.

El hecho de valorar al ser humano como un ser integrado, por un cuerpo biológico animado por la energía vital, donde lo social, lo psicoafectivo y lo espiritual se afectan igualmente en forma integral, permite diferenciar la interpretación alternativa de la interpretación convencional de salud y vida, que se ha caracterizado por priorizar lo somático separándolo de los demás componentes del ser integral.

En un mundo cercanamente interconectado, que cuenta con los avances más recientes de cada una de estas manifestaciones de lucha contra la enfermedad, encontramos a la heterogénea sociedad ecuatoriana, multiétnica y multicultural, que busca su autodeterminación en salud, es decir, la posibilidad de ejercer su derecho para escoger con libre albedrío la respuesta que más adecuadamente satisfaga su necesidad, en apropiados términos culturales, a un costo social y económico que le sea asequible.

¿Por qué lo “tradicional” y lo “alternativo” toman fuerza frente a lo convencional?

Lo “tradicional” para el caso ecuatoriano debe ser analizado dentro de cada contexto cultural. Así, el término “tradicional” incluye tanto a la tradición popular mestiza, a la tradición afroecuatoriana y a la tradición de los pueblos aborígenes o indígenas. Esta última, merece a su vez, ser estudiada en sus variedades regionales: Costa (Tzáchila, Chachi, Awa y Epera), Andes (Kichua) y Amazonía (Cofán, Secoya-Siona, Huao, Shuar, Achuar, Zápara y Kichua Amazónica).

Lo tradicional y lo alternativo toman fuerza debido a: las limitaciones del modelo dominante; la generación de proposiciones distintas en un mundo de interacciones sociales más estrechas, donde lo novedoso tiende a propagarse y compartirse con relativa mayor facilidad, y los dinámicos cambios de relación entre grupos sociales.

Limitaciones del modelo dominante

De la misma equivocada manera en que algunas personas creen que ciencia es únicamente el conocimiento basado en la física o en la matemática para explicar los fenómenos naturales; en materia de salud, equivocados están aquellos que pretenden explicar la enfermedad en términos únicamente biológicos. Bajo esa perspectiva, el modelo dominante ha considerado que el único conocimiento infalible para recuperar la salud es aquel que se basa exclusivamente en el estudio del cuerpo humano, sus reacciones fisiológicas y sus mecanismos de defensa bioquímicos e inmunológicos.

Lo “convencional” apoyado sobre una infraestructura tecnológica magnífica, con capacidad de estudiar fenómenos fisiológicos y patológicos a nivel celular, molecular y atómico, no ha desarrollado en igual magnitud su entendimiento sobre la mente humana, ni sobre los hechos sociales que explican comportamientos tan simples como por ejemplo: negarse a recibir atención de salud por una convicción religiosa; o porque los agentes de salud, ya sea en lo interpersonal, en lo económico o en lo conceptual no responden a la aspiración del paciente o su familia.

Lo “convencional” al tratar de explicar las condiciones de salud de los pueblos ha utilizado por largo tiempo, datos estadísticos que en lugar de hablar de salud más bien nos hablan de morbilidad o mortalidad. Recién en las dos últimas décadas, la calidad de vida y la proporción de la población satisfecha con la calidad de vida son empleadas como indicadores de importancia.

Lo “privado” dentro del modelo de lo “convencional” es un subsector que no considera de su responsabilidad por ejemplo: la dotación de agua potable, la letrización o el alcantarillado, el control de plagas o enfermedades causadas por vectores.

La promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a escala masiva y con responsabilidad pública ha sido confinada al subsector de lo “convencional público” es decir, a entidades dependientes organizativa y económicamente del Estado.

La crisis financiera del país amplificada por una miopía gubernamental respecto de las necesidades a ser atendidas por el sector social del Esta-

do, no ha permitido por décadas la asignación de un presupuesto nacional real para la ejecución de la obra pública necesaria, que garantice igualdad de condiciones en salud para todos los ecuatorianos. Frente a este panorama de escasez y desigualdad, el paciente, su familia y su comunidad reaccionan seleccionando la opción que a su juicio podría responder a su diaria necesidad.

El surgimiento de proposiciones distintas

Las dispares condiciones socio-económicas del mundo contemporáneo han exigido en diversas sociedades la búsqueda de opciones diferentes. Aún, en los países más desarrollados han aparecido iniciativas distintas al modelo convencional que proponen comportamientos de salud distintos. Así, en las tres últimas décadas se ha producido una tendencia creciente a demostrar una actitud de búsqueda de hábitos saludables más activa. En muchos países del mundo quienes toman decisiones en salud, los profesionales de la salud y la población usuaria de los servicios enfrentan cotidianamente interrogantes sobre la seguridad, eficacia, calidad, accesibilidad y futuro de las nuevas o antiguas alternativas existentes.

Para los seres primigenios de América lograr una vida armónica con la naturaleza y con los demás seres vivos han sido por siglos su pasaporte a la felicidad, a la paz y a la tranquilidad, conceptos que contrastan inmensamente con aquellos de la urbanizada sociedad de occidente.

La enfermedad, producto bio-sico-social de una relación desequilibrada entre el ser humano y su entorno, requiere de mecanismos preventivos y reparadores de tal desbalance. Lo “tradicional” aplicado no sólo al individuo sino al grupo social del cual nace, propone preceptos positivos y establece tabúes al comportamiento considerado inapropiado. Propone por ejemplo: abrigarse ante el frío, protegerse del excesivo calor, hacer dieta, evitar el contacto con personas enfermas, evitar mojarse, y fortalecer la personalidad y el carácter. Proscribe la envidia, el odio, el ocio, la promiscuidad y los excesos. Propone el trabajo cooperativo, la solidaridad, el sentimiento de comunión y de comunidad.

Lo “alternativo” de igual modo, propone hábitos saludables como: el cuidado de una dieta equilibrada, la higiene corporal y el ejercicio, la responsabilidad del individuo en su propia salud y en la de los suyos.

Si bien, el modelo convencional creó la solución de electrolitos como solución para la deshidratación, no ha podido solucionar la diarrea. No se percató que es indispensable atacar la causa de raíz, es decir la contaminación del agua, de los alimentos o de las manos. No se percató que el antibiótico no puede ser administrado en toda la población conforme a la farmacopea más actualizada, por sus altos costos. No se preparó para mantener al personal de salud actualizado, remunerado en forma acorde a su esfuerzo, o educado para entender a un paciente que concibe al mundo en forma distinta. Punitivamente frente a la mala práctica médica, impuso mecanismos de certificación diagnóstica costosa, sofisticada y muchas veces no justificada. Se olvidó de la beneficencia social favoreciendo el surgimiento de seguros de salud privados que descuidan a millones de ciudadanos, quienes por condiciones financieras o de desempleo se hallan totalmente desprotegidos.

Lo “convencional” se especializó tanto, que su sector privado se confinó al trabajo intramural, en espacios estériles y restringidos, sin interesarse en la dotación de agua segura para que en las poblaciones disminuyera la prevalencia diarreica; mientras su sector público sufre de un presupuesto estatal establecido sin criterio para garantizar el bien común.

El modelo de atención convencional público es el único que desarrolla una oferta de servicios con orientación a la problemática de la población. Realiza esfuerzos evidentes por integrar la promoción y los demás componentes de la atención de salud (prevención, curación y rehabilitación). Si bien ha venido aplicando por más de veinte y cinco años la estrategia de atención primaria de la salud, persisten aún los problemas fundamentales de organización, gestión y financiamiento. En años recientes ha realizado esfuerzos por desarrollar una articulación conceptual y operativa con las prácticas ancestrales y alternativas de salud, sin embargo el modelo ha permanecido enfocado en lo curativo, hospitalario e intramural.

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2001) en la actualización del perfil del Sistema de Servicios de Salud del Ecuador, el modelo convencional público está constituido por 48 000 funcionarios

de seis grandes instituciones públicas: ministerio de Salud Pública, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Fuerzas Armadas, Policía, Junta de Beneficencia de Guayaquil y Sociedad de lucha contra el cáncer. El número de unidades de atención ambulatoria es de 2 759 y 168 hospitales. A esta información deben sumarse las unidades de salud municipal y de otras entidades públicas.

El modelo de atención convencional privado está compuesto de manera no coordinada por hospitales, clínicas, dispensarios, consultorios, farmacias, empresas de medicina pre-pagada y organizaciones privadas sin fines de lucro como organizaciones no gubernamentales, organizaciones populares de servicios médicos, asociaciones de servicio social, y otras. Representan 14.6 por ciento de los establecimientos del país y emplean a 12 025 personas en instituciones con fines de lucro, 1 659 en establecimientos sin fines de lucro, totalizando 13 684 personas, que trabajan en 367 establecimientos con internación (351 con fines de lucro, 16 sin fines de lucro) y 148 unidades de tipo ambulatorio (1 con fines de lucro y 147 sin fines de lucro). Además existen 10 000 consultorios médicos particulares, por tanto el modelo convencional cuenta con aproximadamente 72 000 individuos al servicio de la población del país (OPS, 2001).

Actualmente existen 16 escuelas de medicina en el Ecuador, ninguna tiene orientación comunitaria. Varias realizan trabajos de asistencia a comunidades prescribiendo medicinas de bajo costo o gratuitas, varias han empezado programas de promoción y prevención, sin embargo no hay aún una coordinación real entre el Estado y las instituciones de formación de recursos en salud.

La salud del entorno humano requiere una orientación ética y práctica respecto del tamaño de la población, de su distribución y de su hacinamiento. La salud del entorno debe detener la destrucción del hábitat, la contaminación por ruido, el incremento de desechos sólidos y líquidos, la utilización indiscriminada de pesticidas y fertilizantes científicamente creados, y la generación descontrolada de "smog". Sin embargo, la sociedad y el modelo de salud dominante no parecen haberse percatado de su importancia, igual que no se han dado cuenta que el rencor, la envidia, el odio o el miedo no se tratan con sedantes, ni que la lujuria desatada en

forma televisada debió y debe ser prevenida para contrarrestar al síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Procesos sociales dinámicos de renovación en la relación de grupos sociales

Un esfuerzo mundial y regional por generar iniciativas de salud para los pueblos menos favorecidos permitió a nivel internacional el reconocimiento, la valoración y el rescate de la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de pueblos autóctonos minorizados por la sociedad prevaleciente. El nacimiento de la estrategia de la atención primaria de la salud y la inclusión en la misma del reconocimiento al valor de la medicina tradicional de los pueblos, demuestran a nivel mundial, un proceso de cambio de actitud en quienes planifican la salud internacional desde 1978.

El vacío dejado por quienes gobiernan al mundo sin responder al pueblo por el manejo incoherente de los recursos, no ha podido ser resuelto por lo "convencional", ni por lo "alternativo", ni por lo "ancestral o tradicional". La sociedad humana indiferente a la guerra, al crimen diario o a la corrupción, está enferma y se halla en busca de una respuesta que no encuentra. De estos antecedentes surgen las múltiples proposiciones que tratan de superar la crisis de salud social, espiritual, biológica y ambiental, con una perspectiva diferente.

Lo "complementario"

Lo "convencional", lo "tradicional" y lo "alternativo" en tanto respuestas adaptativas del ser humano en su esfuerzo por contrarrestar al reto de la enfermedad son procesos sociales legítimos y auténticos. Ninguno sustituye al otro. Cada uno tiene su ámbito de aplicación, sin embargo, existen áreas de interrelación o puntos de encuentro, así como existen limitaciones y puntos de extremo contraste. La posición inteligente de convertir a la salud humana en el propósito fundamental de todos los esfuerzos indica que la complementación debería ser la conducta madura que guíe

el comportamiento de cada opción para lograr su fin. Pretender la hegemonía de una opción frente a las demás demuestra desconocimiento, arrogancia y obstinación.

Existen por tanto retos importantes que han sido identificados por diversos organismos internacionales, entre ellos la Organización Mundial de la Salud, la misma que a través de sus sedes en América, Asia y Europa ha convocado periódicamente a expertos para que faciliten la discusión y el establecimiento de estrategias para el reconocimiento de las medicinas tradicionales y alternativa, así como para la confección de un atlas global de los modelos de atención de la salud, y para la elaboración de una guía para el uso apropiado de dichos modelos. A continuación revisaremos estos retos, estrategias y guías.

En la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional para el periodo 2002 – 2005 se señalan como retos principales los siguientes: falta de redes de trabajo organizadas, falta de una sólida evidencia de la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos tradicionales, necesidad de medidas que aseguren un apropiado uso de las medicinas tradicionales, y que protejan y preserven los recursos tradicionales y naturales necesarios para su aplicación sostenida, y la necesidad de medidas para el entrenamiento y acreditación de los agentes de la medicina tradicional.

La estrategia considera a su vez cuatro ejes de acción:

- en políticas de salud propone un amplio reconocimiento de la medicina tradicional apoyando su integración de manera apropiada en el sistema nacional de salud, y protegiendo el conocimiento indígena;
- en seguridad, eficacia y calidad el trabajo de la OMS es expandir la base de conocimiento en medicina tradicional y elevar su credibilidad;
- en acceso, se propone trabajar para incrementar la disponibilidad y asequibilidad, especialmente para poblaciones de escasos recursos; y
- en relación al uso racional de la medicina tradicional, la meta es asegurar el uso apropiado y sustentable por parte de consumidores y prove-

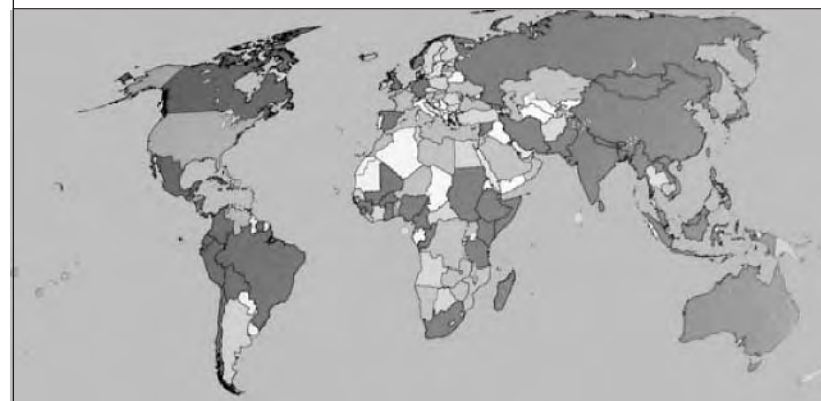
edores, preservando y protegiendo las plantas medicinales como recursos, y el conocimiento de la medicina tradicional (WHO, 2002:22).

En septiembre de 2001 y junio de 2003 organizadas por el Centro para el Desarrollo de la Salud de la OMS con sede en Kobe, Japón, se realizaron dos reuniones con la participación de 73 expertos de 45 países del mundo, interesados en colaborar en la confección del atlas global de las medicinas tradicionales, complementaria y alternativa de la OMS.

Los temas centrales en que el atlas global se enfocó fueron: legislación nacional y políticas de salud; existencia de financiamiento público; estatus de la educación y regulaciones profesionales; reconocimiento legal de agentes tradicionales por tipo de terapia; profesionales convencionales autorizados para ejercerlas y, popularidad mundial de las MTA.

A continuación y a manera de imagen demostrativa del atlas se reproduce la imagen de la distribución mundial de la utilización de las plantas medicinales. Los países que figuran en blanco no reportaron información. Los de gris más intenso son aquellos donde el uso es altamente difundido.

Gráfico No. 1
Utilización de plantas medicinales / medicina tradicional



Fuente: WHO Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. World Health Organization. Center for Health Development. Kobe, Japan. 2005. Page: 46 Map Volume.

En diciembre de 2003, bajo los auspicios de la Organización Mundial de la Salud y con la municipalidad de Lombardía como anfitriona, se realizó en Milán otra reunión internacional de expertos para desarrollar una guía de información para el consumidor sobre el manejo apropiado de la MTA.

Para asegurar el uso apropiado de las MTA se requiere la participación de los consumidores, los gobiernos, las ONG, las autoridades de salud, las organizaciones profesionales, las diversas asociaciones de agentes de salud y los investigadores. El “uso apropiado” es un término relativo influenciado por la cultura y el contexto local que depende primariamente del conocimiento individual y de la habilidad para minimizar riesgos y maximizar beneficios.

En dicha reunión nos planteamos una serie de preguntas básicas que aplicadas no sólo a las medicinas tradicional y alternativa, sino a todos los modelos existentes en el mundo, pudieran darnos la oportunidad de revisar procedimientos o prácticas que en el mundo son observadas.

Las preguntas planteadas fueron las siguientes:

- ¿Es la terapia apropiada para la dolencia?
- ¿Es capaz de prevenir, aliviar o curar síntomas, o de contribuir a mejorar la salud o calidad de vida del paciente?
- ¿Es provista por un agente calificado (de preferencia certificado y acreditado) con antecedentes de entrenamiento, destrezas y conocimiento?
- ¿Los procedimientos, remedios o medicamentos son de calidad asegurada?
- ¿Cuáles son sus indicaciones, contraindicaciones y efectos secundarios?
- ¿Son asequibles a precios razonables?

Al reflexionar sobre estas preguntas y sus probables respuestas, surgen aspectos importantes sobre el uso apropiado de las medicinas tradicionales y alternativas, tales como:

- Control de calidad de procedimientos y recursos terapéuticos.
- Desarrollo de guías de tratamiento confiables.
- Entrenamiento y práctica calificada de agentes de salud.
- Colaboración entre medicina convencional y MTA.
- Comunicación entre pacientes y agentes convencionales y tradicionales o alternativos.
- Organización de los agentes de las MTA.

Los esfuerzos por alcanzar un proceso de complementación entre modelos continuarán por varias décadas y serán facilitados mientras seamos más concientes que en el mundo de la salud, debemos reducir las diferencias de enfoque, debemos obviar el etnocentrismo y debemos procurar la convivencia de modelos de salud diferentes. Este proceso deberá llevar como bandera, la necesidad de los seres humanos de compartir mecanismos y estrategias que faciliten mejores condiciones de salud y vida para esta y para futuras generaciones. La siguiente tarea es tratar el tema a mayor profundidad analizando al menos cinco elementos importantes respecto de todos los modelos de atención, incluido el convencional: equidad, eficiencia, efectividad, calidad y calidez.

Bibliografía

- OPS (2001). “Perfil del sistema de servicios de salud de Ecuador”. Ecuador.
- Ortega, Fernando (2007). “Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo”. En: Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) . *La equidad en la mira. Salud pública en Ecuador durante las últimas décadas*. Quito: OPS/OMS/CONASA).
- Villacís, José. (2003) “Ministerio de Salud Pública: Organización por Procesos”. Presentación realizada en el XIV Congreso Internacional sobre Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. Quito / Ecuador.
- WHO (2002). “WHO Traditional Medicine Strategy 2002 – 2005”. Geneva
- WHO (2005). Center for Health Development. Kobe, Japan. Global Atlas of Traditional, Complementary and Alternative Medicine. Text Volume and Map Volume.