

La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas



La equidad. en la mira:

La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas

La realización de esta publicación ha sido posible gracias al apoyo técnico y financiero de los proyectos de la representación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en Ecuador, y gracias al respaldo institucional del Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Consejo Nacional de la Salud (CONASA).

Las opiniones expresadas, recomendaciones formuladas, denominaciones empleadas y datos presentados en esta publicación son responsabilidad de los autores, y no reflejan necesariamente los criterios o las políticas de la OPS/OMS o sus Estados miembro, ni del MSP y el CONASA.

Comité editorial:

Plutarco Naranjo
Margarita Velasco Abad
Miguel Machuca
Edmundo Granda
Fernando Sacoto
Elizabeth Montes

Compilación:

Margarita Velasco Abad

Edición y corrección de estilo:

Álvaro Campuzano Arteta

Diseño gráfico:

Lápiz y Papel

Diseño de portada:

Liliana Gutiérrez, Lápiz y Papel

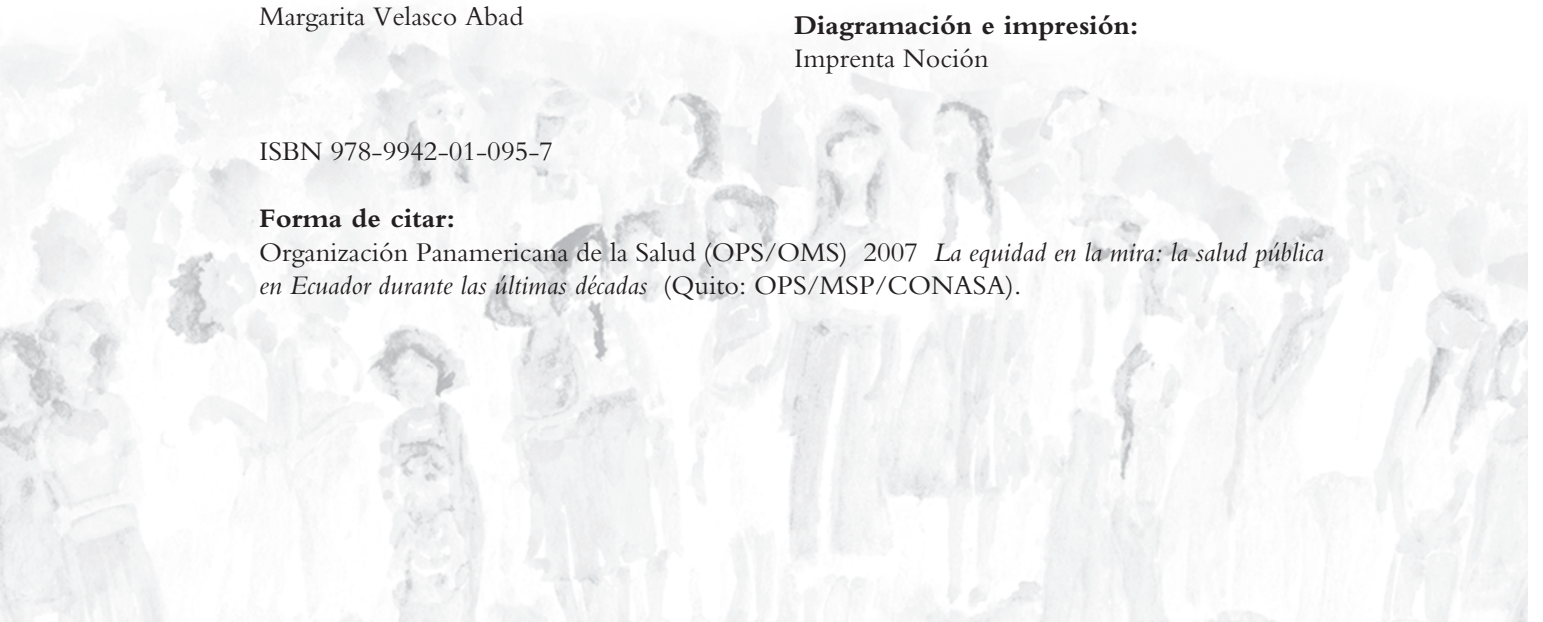
Diagramación e impresión:

Imprenta Noción

ISBN 978-9942-01-095-7

Forma de citar:

Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) 2007 *La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas* (Quito: OPS/MSP/CONASA).





Índice

 Presentación	I
<i>Caroline Chang</i> Ministra de Salud Pública	
 Prólogo	III
<i>Jorge Luis Prosperi</i> Representante de OPS/OMS sede Ecuador	
 Introducción	IV
<i>Consejo editorial</i>	

PARTE I



NEOLIBERALISMO Y GLOBALIZACIÓN: LOS ASEDIOS A LA SALUD PÚBLICA

 Transformaciones en el rol del Estado como proveedor de bienestar	3
<i>Fernando Bustamante</i>	
 La salud pública en América Latina	13
<i>Margarita Velasco</i>	










PARTE II

CONDICIONES CONTEMPORÁNEAS DE LA SALUD EN ECUADOR




SOCIEDAD, POLÍTICA Y SALUD


 Tendencias sociopolíticas del Ecuador contemporáneo	31
<i>Santiago Ortiz</i>	
 Cambios en las condiciones de vida de la población ecuatoriana	41
<i>Margarita Velasco</i>	

CAUSAS PRINCIPALES DE ENFERMEDAD Y MUERTE


 Mortalidad materna 57 <i>César Hermida</i>
 Situación alimentaria y nutricional 61 <i>Plutarco Naranjo</i>
 Obesidad 74 <i>Rodrigo Yépez</i>
 VIH / SIDA 87 <i>Alberto Narváez Olalla y Eulalia Narváez Grijalva</i>
 Tuberculosis 97 <i>Miriam Benavides</i>
 Malaria 104 <i>Marcelo Aguilar</i>
 Dengue 111 <i>Lenin Vélez</i>
 Cáncer 122 <i>José Yépez Maldonado</i>
 Violencia social 134 <i>Dimitri Barreto Vaquero</i>


EL ENTORNO EN QUE VIVE LA GENTE

 Los riesgos naturales <i>Marcelo Aguilar, Xavier Coello, Othón Cevallos y Patricia Coral</i> 145
 La salud ambiental 158 <i>Ana Quan</i>
 Los plaguicidas 166 <i>Guido Terán Mogro</i>

 El ambiente de trabajo y la salud de los trabajadores 177 <i>Óscar Betancourt y Bolívar Vera</i>


CAMBIOS EN LA VIDA DE GRUPOS HUMANOS PRIORITARIOS


 La salud de las niñas, niños y adolescentes 195 <i>Juan Vásconez</i>


 La salud y los derechos sexuales y reproductivos 203 <i>Lily Rodríguez</i>


PARTE III


LA RESPUESTA DEL ESTADO


 Las políticas de salud y el sueño de la reforma 213 <i>Ramiro Echeverría</i>

 Los recursos humanos en salud 222 <i>Cristina Merino</i>



 Las acciones y políticas nutricionales 238 <i>Marcelo Moreano Barragán</i>

 La política de medicamentos 249 <i>Luis Sarrazin Dávila</i>
--

 El Programa Ampliado de Inmunizaciones 256 <i>Nancy Vásconez, Guadalupe Pozo e Irene Leal</i>
--





 La gestión del conocimiento y la tecnología en el campo de la Salud 271 <i>Mario Paredes Suárez, Ramiro López Pulles y Guillermo Fuenmayor Flor</i>
--

 El proceso de construcción del Sistema Nacional de Salud 284 <i>César Hermida Bustos</i>

 La promoción de la salud en el Ecuador 294 <i>Carmen Laspina</i>	294
 Aseguramiento universal en salud: instrumento de la reforma sectorial 301 <i>Nilhda Villacrés</i> <i>Marco Guerrero</i>	301




PARTE IV



LOS MODELOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

 Los modelos de atención de la salud en Ecuador 317 <i>Fernando Sacoto. Fundación Ecuatoriana para la Salud y del Desarrollo (FESALUD)</i>	317
 La seguridad social y la reforma de salud 368 <i>Edison Aguilar Santacruz</i>	368
 El seguro social campesino 378 <i>Pedro Isaac Barreiro</i>	378
 Los servicios de salud de la Policía Nacional del Ecuador 386 <i>Fernando Salazar</i>	386

PARTE V



NUEVOS PLANTEAMIENTOS SOBRE SALUD PÚBLICA

 Salud y globalización 393 <i>Edmundo Granda</i>	393
 Apuntes sobre bioética en América Latina 407 <i>Fernando Lolas Stepke</i>	407
 Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo 414 <i>Fernando Ortega Pérez</i>	414






 Interculturalidad y salud: la experiencia de Cotacachi 424 <i>Luz Marina Vega</i>	424
 Las tecnologías de la información y la gestión del conocimiento en salud 428 <i>Arturo Carpio y Patricio Yépez</i>	428









PARTE VI

BALANCE Y DESAFÍOS

 Las desigualdades en Ecuador y sus efectos en la salud 441 <i>David Acurio</i>	441
 Objetivos de Desarrollo del Milenio en Ecuador 448 <i>Pablo Salazar</i>	448

LISTA DE RECUADROS

 Los micronutrientes y el combate de la desnutrición 70 <i>Rodrigo Fierro Benitez</i>	70
 La Corporación KIMIRINA y sus aliados, las poblaciones clave, en la prevención del VIH/SIDA 96 <i>Amyra Herdoiza</i>	96
 La reforma desde la perspectiva del ministro de Salud (1998 – 2000) 277 <i>Edgar Rodas Andrade</i>	277
 El CONASA 290 <i>Entrevistas a Jorge Albán y Marco Guerrero</i>	290
 Los organismos internacionales y su apoyo a la reforma de salud 299 <i>Diego Victoria</i>	299

 Municipio saludable 350 <i>Paco Moncayo Gallegos</i>
 La provincia saludable: un nuevo desafío 352 <i>Ramiro González</i>
 Cotacachi, una experiencia de descentralización en salud 353 <i>Auki Tituaña</i>
 Control comunitario de tuberculosis en la Amazonía ecuatoriana 363 <i>Fernando Sacoto</i>
 Nanegalito: una experiencia de atención primaria 365 <i>Entrevista a Jorge Cueva</i>
 El Hospital de Machachi: ¿cómo cambiar lo público? 366 <i>Entrevista a Carlos Velasco</i>
 ¿Cómo lograr un país equitativo? 446 <i>León Roldós Aguilera</i>
 ÍNDICE ALFABÉTICO DE AUTORES 453

Otras opciones en la atención de la salud: lo tradicional y lo alternativo

Fernando Ortega Pérez*

Introducción

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. Por lo tanto, hay tantas iniciativas de salud cuantas culturas existen. Desde hace más o menos 2500 años, la perspectiva instaurada en el mundo occidental, basada en una visión euro-céntrica, amalgamó un modelo de atención para la enfermedad, cuyas raíces históricas se sustentan en los principios de la escuela de Alcmeón de Crotona, a su vez basados en los fundamentos hipocráticos (400 AC). Este legado dio nacimiento a una escuela médica que, tras fortalecerse con los aportes medievales y del renacimiento europeos, se nutriría enormemente del método y la tecnología científica moderna para convertirse en el sistema médico más expandido del siglo XX. Frente a este legado de las culturas de occidente, auto-considerado como un modelo universal, es importante señalar la existencia de otros modelos distintivos de diversos pueblos del mundo en su esfuerzo por explicar el origen y el curso de las enfermedades. En efecto, a través de la historia, los pueblos del orbe han explorado empíricamente, en el laboratorio natural, tanto técnicas y procedimientos diagnósticos como recursos terapéuticos que demuestren eficacia para tratar las enfermedades. A la luz de ello, resulta interesante revisar dichos modelos con el propósito de recuperar otras herencias culturales

que complementen al saber de occidente con un enfoque más holístico que integre los elementos físico-biológicos con los de carácter social y emocional.

Desde esta visión que recupera el saber mundial de lo “tradicional” en salud, se procura entender que los seres humanos no enferman únicamente del cuerpo. Cuando un individuo enferma, enferma de manera integral, y su recuperación depende de un proceso de “sanación” más que de uno de curación. Algunas de estas formas de tratar enfermedades son conocidas como terapia neural, osteopatía, hidroterapia, talasoterapia, aromaterapia, homeopatía, acupuntura, bioenergía, entre otros. En términos generales, ejemplos de la medicina “tradicional” mencionados y reconocidos internacionalmente son las medicinas china, ayurveda (hindú) y unani (árabe). Recientemente, la caracterización de las medicinas andinas y amazónicas también ha despertado gran interés en el mundo contemporáneo, debido a sus aportes al bienestar de la humanidad.

Todas estas proposiciones distintas a la medicina “convencional” (léase, occidental), surgen de procesos histórico-sociales mediante los cuales el ser humano ha desarrollado conocimientos y destrezas que proponen mecanismos diferentes e interpretaciones distintas tanto en lo referido a la etiología y curso de las enfermedades, como a los procedimientos de diagnóstico y terapia. La valoración del ser humano como un ser integrado por un cuerpo biológico animado por

* Director, Departamento de Desarrollo Comunitario Integral – Colegio de Ciencias de la Salud de la Universidad San Francisco de Quito

energía vital, donde lo social, lo psico-afectivo y lo espiritual se imbrican en forma integral, diferencia a estos esfuerzos alternativos de la interpretación convencional de salud y vida, que ha tendido a priorizar lo somático separándolo de los demás componentes que integran al ser humano.

En un mundo social global e interconectado, que en principio cuenta con los recursos tecnológicos más avanzados en la lucha contra la enfermedad, encontramos algunos sectores de la heterogénea sociedad ecuatoriana (multiétnica y multicultural) en búsqueda de su autodeterminación en el campo de la salud. Es decir, en búsqueda de ejercer su derecho para escoger la respuesta médica que más adecuadamente satisfaga sus necesidades, a partir de parámetros culturales y costo económicos. Lo “tradicional” para el caso ecuatoriano, debe ser analizado dentro de la especificidad de cada contexto. Así, el término “tradicional” incluye tanto a la tradición popular mestiza, a la tradición afroecuatoriana, como a la tradición de los pueblos aborígenes o indígenas. Esta última, merece a su vez, ser estudiada en sus variedades regionales: costeña (tzachila, chachi, awa y epera); andina (kichwa); y amazónica (cofán, secoya-siona, huao, shuar, achuar, zápara, y kichwa amazónica).

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

Varios son los factores que responden a esta incógnita. Entre ellos, dos revisten mayor importancia. Primero, las falencias u omisiones del modelo dominante explican la búsqueda de alternativas. Segundo, en un mundo social globalizado, donde las interacciones socio-culturales tienden a ser más estrechas, las proposiciones distintas tiende a propagarse y compartirse con relativa mayor facilidad. A continuación, exploro cada uno de estos factores.

Falencias u omisiones del modelo dominante

El mismo tipo de error que cometen quienes presuponen que la ciencia es únicamente el conocimiento que, basado en la física o en la matemática, explica los fenómenos naturales, lo cometen en materia de salud aquellos que pretenden explicar la enfermedad en términos únicamente biológicos. Desde esta perspectiva, se considera que el único conocimiento válido para recuperar la salud es aquel que se basa exclusivamente en el estudio del cuerpo humano, en sus reacciones fisiológicas y en 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 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-cultural, no responden a la aspiración del paciente o su familia.

Al tratar de explicar las condiciones de salud de los pueblos, la perspectiva de lo “convencional” 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 su calidad de vida, son empleadas como indicadores estadísticos de importancia.

Dentro del marco de lo “convencional”, la privatización de los servicios de salud, una marcada tendencia durante las últimas décadas, implica la renuncia de la responsabilidad social en la dotación de agua potable, en la letrinización o el alcantarillado, o en el control de plagas o enfermedades causadas por vectores. El sector

privado de la salud, hiper-especializado, se ha confinado al trabajo intramural, en espacios estériles y restringidos, sin interesarse, por ejemplo, en la dotación de agua segura para que en las poblaciones disminuya la prevalencia diarreica. Como complemento a este problema, el sector público de la salud sufre los estragos de un presupuesto establecido sin criterio para garantizar el bien común. La reciente crisis financiera del país, amplificada por una miopía gubernamental respecto de la importancia de la inversión en el sector social, no ha permitido contar con un presupuesto nacional real para la ejecución de la obra pública necesaria para garantizar la igualdad de condiciones en salud para todos los y las ecuatorianas. Además, la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades a escala masiva, responsabilidad eminentemente pública, a cargo de entidades dependientes organizativa y económicamente del Estado, también se ha visto confinada a la perspectiva del modelo “convencional”.

Para mencionar algunos ejemplos específicos de los límites de la perspectiva “convencional”, si bien este modelo creó la solución de electrolitos para resolver la deshidratación causada por la diarrea, todavía no ha logrado solucionar el origen mismo de la diarrea. Asimismo, quienes sólo observan el problema de la salud desde el prisma “convencional”, parecen no haberse percatado de que el antibiótico no puede ser administrado conforme a la farmacopea más actualizada, por una simple y contundente razón: su costo. Y en el campo del sector estatal de la salud, como ya se señaló, sus autoridades no se han encargado de 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.

La salud del entorno humano requiere detener la destrucción del hábitat, el incremento del hacinamiento, la contaminación por desechos sólidos y líquidos, la utilización indiscriminada de pesticidas y fertilizantes científicamente

creados, y la emisión descontrolada de *smog*. La sociedad y el modelo de salud dominante no parecen haberse percatado de la importancia y magnitud de estos problemas. De igual manera, ciertas perspectivas convencionales parecen no haber comprendido que los conflictos sociales, el rencor, la envidia, el odio o el miedo, no se tratan con sedantes.

Frente a este gris panorama, el paciente, su familia y su comunidad, han reaccionado seleccionando opciones que a su juicio podrían responder a su diaria necesidad de salud.

El surgimiento de proposiciones distintas

Las condiciones socioeconómicas dispares del mundo contemporáneo, han exigido la búsqueda de opciones diferentes en diversas sociedades. Muchas de estas alternativas señalan que 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. Desde estas alternativas, se proponen hábitos saludables que no sólo atañen al cuerpo, sino a la vida social y emocional de las personas, esto es, que guardan relación con la responsabilidad del individuo en su propia salud y en la de quienes le rodean.

Un esfuerzo mundial y regional por generar iniciativas de salud para los pueblos menos favorecidos ha permitido el reconocimiento, la valoración y el rescate de la riqueza cultural y la sabiduría ancestral de pueblos minorizados por la sociedad dominante.

La sociedad humana contemporánea, indiferente a la guerra y al crimen diario de la desigualdad, está enferma y se halla en busca de una respuesta que no encuentra. De estos antecedentes surgen en estas últimas décadas las múltiples proposiciones que tratan de paliar la crisis de salud social, espiritual, biológica y ambiental, con una perspectiva diferente.

Lo “convencional”, lo “tradicional” y lo “alternativo”, en tanto respuestas adaptativas del ser humano en su esfuerzo por responder al reto de la enfermedad, son todos procesos sociales legítimos y auténticos. Ninguno sustituye al otro. Cada uno tiene un ámbito de aplicación. Es más, existen varias áreas de interrelación o puntos de encuentro. Sin embargo, puntos de extremo contraste señalan limitaciones para esta posible complementariedad. 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 testarudez.

Por fuera de este tipo de posturas, han existido experiencias de interrelación entre distintas concepciones sobre la salud. Se puede pensar en un ejemplo histórico de acercamiento entre lo “tradicional” y lo “convencional” que, para los americanos, viene a ser tan antigua como la relación de culturas establecida desde la llegada de los conquistadores al continente americano. En aquella época, cronistas y religiosos indicaban al Rey en sus escritos, que no era menester traer médicos o medicamentos (usuales en Europa) al Nuevo Mundo, ya que de éstos había muchos y muy efectivos. Cuando los europeos se enteraron de los conocimientos médicos de los conquistados, descubrieron un saber ancestral basado en una interpretación distinta del cosmos, en la utilización de procedimientos curativos diferentes, así como en el uso de un gran arsenal terapéutico basado en las plantas y animales de la región.

Desde aquella época hasta el presente, el interés de aprendizaje sobre la medicina tradicional ha variado en intensidad, dependiendo principalmente de las condiciones de la relación entre la sociedad dominante y la tradicional. Por muchos años, el saber tradicional fue

peyorativamente calificado como brujería o ignorancia. Pese a ello, por curiosidad, por interés cultural o científico, a lo largo de la vida republicana se han presentado numerosos trabajos relacionados con la etno-botánica, principalmente andina, del Ecuador (Cordero, 1911, Varea, 1915, Naranjo, 1970, Acosta Solís, 1971). Sin embargo, estas búsquedas de contacto con el campo médico “tradicional”, se enfocaron más en aspectos materiales (referidos a recursos naturales con uso médico) que en la explicación socio-cultural y psicológica del saber autóctono.

Dando un paso adelante, hace aproximadamente treinta años, un pequeño grupo de indígenas de la provincia de Imbabura consideró que era hora de articular a curanderos y médicos bajo un mismo techo. La creación de una casa de salud, o *Jambi Wasi* en kichwa, había surgido en la ciudad de Otavalo, centro de convergencia de indígenas y mestizos. Quienes trabajaban en esta casa de salud, pensaron que era hora de acreditar oficialmente su esfuerzo y acudieron a la institución rectora de la atención de salud de los ecuatorianos. Lastimosamente, a principios de los años ochenta, el Ministerio de Salud Pública (MSP) como institución no contaba con un corpus legal que le permitiera tomar una decisión frente a la petición de los médicos y curanderos del *Jambi Wasi*.

Para ese entonces, la estrategia de atención primaria de la salud se expandía por el mundo, fruto de la reunión de Alma Ata. La adopción de esta estrategia por parte del gobierno ecuatoriano marcó el inicio de una participación comunitaria más activa en la toma de decisiones en salud y, por tanto, permitió el diálogo entre distintas formas de concebir a la salud. El libro *Medicina aborigen* de Eduardo Estrella (1977) marcó, a finales de los setenta, el inicio de una serie de publicaciones que a lo largo de la década siguiente abonaron el terreno para el diálogo y la reflexión sobre la relación entre lo “tradicional” y lo “convencional”. Son numerosos los

trabajos editados a partir de entonces por el propio MSP. Estas publicaciones han versado sobre entrenamiento de parteras, uso de plantas medicinales y formación de promotores de salud comunitarios. Tales documentos antecedieron la realización de dos seminarios nacionales sobre sistemas de salud en Ecuador, en 1985 y 1986, bajo el auspicio del Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales (ININMS) con el respaldo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). En estos seminarios, se destacó “la importancia de un proceso coordinado y cooperativo de acciones que exigen de cada sistema una mayor apertura hacia el trabajo mancomunado”, y se advirtió sobre “la imposibilidad del dogmatismo que entorpece una interrelación franca entre sistemas y subraya la búsqueda de soluciones concretas que ajustándose a la realidad socio-económica, política y cultural de los pobladores, permitan prever resultados prácticos y eficaces en pro de su salud” (Ortega, 1987: 1-2).

Fortaleciendo estos avances, a fines de los años setenta, algunos médicos y estudiantes de medicina establecieron contactos con la homeopatía. Estudiando este campo del saber médico, procuraron ejercer y desarrollar una especialidad hasta entonces desconocida en el país. Recién hacia 1983, el gobierno reconoció a la homeopatía como una práctica médica (en 1986, dicho sea de paso, también se confirió ese estatus a la acupuntura). Por su parte, la Federación Médica Ecuatoriana reconoció sólo en 1988 a la homeopatía como una especialidad médica.

Durante los años noventa se incrementaron las oportunidades de discusión sobre la interrelación entre los modelos de atención médica. En las universidades ya se discurre sobre la articulación, vinculación o complementación de modelos. Y en el contexto internacional, la Asamblea General de las Naciones Unidas expidió una iniciativa de salud de los pueblos indígenas

de América, hecho que, al finalizar la década, fortaleció la posición político-cultural de los pueblos indígenas del Ecuador.

Respuestas del Estado

El devenir socio-político del país permitió que en la misma década de los noventa, en el seno de la Asamblea Constituyente de 1998, se discutieran las reformas a los artículos que hacen referencia a la atención de salud de los ecuatorianos. El nuevo enfoque partió del reconocimiento oficial de la existencia de diversas opciones de atención de la salud. La nueva Constitución Política del Ecuador se refiere a las medicinas tradicionales y alternativas, en un sentido amplio, para luego enfatizar más específicamente sobre los sistemas de conocimientos y prácticas en salud de los pueblos indígenas y afroecuatorianos (destacando la existencia de un pueblo multiétnico, plurilingüe y multicultural, donde cada manifestación cultural merece respeto). Literalmente, el artículo 44 de la Constitución menciona lo siguiente: “El Estado establecerá la política nacional de salud y vigilará su aplicación; controlará el funcionamiento de las entidades del sector; reconocerá, respetará y promoverá el desarrollo de las medicinas tradicional y alternativa, cuyo ejercicio será regulado por la ley, e impulsará el avance científico-tecnológico en el área de salud, con sujeción a principios bioéticos” (Constitución Política, 1998: 32). Y más adelante, en el artículo 84 se lee: “El Estado reconocerá y garantizará a los pueblos indígenas, el respeto al orden público, los derechos humanos, y los derechos colectivos”. Entre éstos últimos, el derecho número 12 hace referencia a “sus sistemas, conocimientos y prácticas de medicina tradicional, incluido el derecho de protección a los lugares rituales y sagrados, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés vital”. Finalmente, en el artículo 85 se ratifica lo anterior, pero esta vez aplicado al pueblo afroecuatoriano: “El Estado

reconocerá y garantizará a los pueblos negros o afroecuatorianos, los derechos determinados en el artículo anterior, en todo aquello que les sea aplicable” (Ibid, 2003: 44-45).

En concordancia con la Constitución Política de la República, los lineamientos de la Política Nacional de Salud mencionan que todas las prestaciones de salud “se realizarán a través de un modelo de atención familiar en los servicios formales y en los de medicina tradicional y alternativa” (MSP, CONASA, 2002:33). En relación al “Desarrollo Integral de los Talentos Humanos”, es parte de la misma Política “formar multidisciplinariamente el talento humano para el desarrollo de la salud con carácter intercultural, que articule la medicina tradicional y las otras medicinas alternativas y complementarias a la práctica de los servicios de salud”. En esta línea, se establece que “el Ministerio de Salud Pública a través de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas, establecerá la regulación para el licenciamiento y acreditación de los servicios de salud tradicional y para la certificación y re-certificación de los actores de las prácticas tradicionales, basados en procesos de consulta que garanticen el respeto al legado cultural ” (MSP, CONASA, 2002:36).

Por último, en lo que se refiere a la nueva apertura estatal hacia sistemas de salud alternativos o tradicionales, el 25 de septiembre del 2002 se publicó en el Registro Oficial 670 la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Esta ley establece los principios y normas generales para la organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Para el cumplimiento de sus objetivos, se ha propuesto un Plan Integral de Salud que se desarrollará en base a un modelo de atención con “énfasis en la atención primaria y promoción de la salud, con mecanismos de gestión desconcentrada, descentralizada y participativa. Se desarrollará en los ambientes familiar, laboral y comunitario, promoviendo la interrelación con la medicina tradicional y medicinas alternativas” (MSP, CONASA,

2002:46). Mediante este instrumento legal se integra en el Sistema Nacional de Salud a 17 instituciones, servicios u organizaciones, entre las que se incluye a los servicios comunitarios de salud y a los agentes de la medicina tradicional y alternativa (MSP, CONASA, 2002:48).

Experiencias recientes de interrelación en Ecuador

Son numerosos los ejemplos de interrelación, integración o vinculación entre lo “tradicional”, lo “alternativo” y lo “convencional”. Estas experiencias han ocurrido incluso antes de la promulgación de la nueva Constitución Política de la República en 1998 y de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y antes también de que se establezca la Política Nacional de Salud y el Plan Integral de Salud. Revisemos brevemente algunos de estos casos.

Jambi Wasi

La experiencia de *Jambi Wasi*, como ya se ha señalado, apareció como la pionera en la década de los ochenta. Al momento, luego de casi tres décadas de ejecución continúa, constituye la vanguardia de una relación reconocida y adoptada como modelo para nuevas proposiciones de trabajo conjunto.

Jambi Mascaric

Jambi Mascaric (en español, “la salud que buscamos”) es otra de las experiencias desarrolladas en la provincia de Imbabura que destaca la participación comunitaria, la integralidad de acciones de desarrollo y atención primaria de salud, y el apoyo combinado de esfuerzos nacionales e internacionales. Se inició en 1990 a través de un proyecto de salud elaborado por la Unión de Organizaciones Campesinas de Cotacachi (UNORCAC) en coordinación con el MSP. El propósito fue mejorar las condiciones de salud materno-infantil de 48 comunidades del

cantón Cotacachi, incluidas algunas comunidades de Otavalo, mediante la vinculación de las medicinas occidental y tradicional. Desde esta interrelación, se organizó una red de servicios de salud en las comunidades para facilitar el acceso a la población, y se procuró disminuir la morbilidad infantil a través de la promoción y prevención.

La estrategia se basó en la capacitación, seguimiento y evaluación continua de 25 voluntarios de salud y de 27 parteras tradicionales (los unos y las otras distribuidos en varias comunidades rurales de la zona de Cotacachi), así como en la realización de talleres de intercambio de conocimiento con *yachaks* (“sabios” o “maestros” en español) y hierbateros. Los voluntarios de salud han sido capacitados en promoción de salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de infecciones respiratorias agudas, enfermedad diarreica aguda y parasitosis intestinal. Por otro lado, bajo esta iniciativa se reforzaron los conocimientos en el manejo comunitario de la atención integrada de las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), de un botiquín básico de medicamentos y de plantas medicinales. Por su parte, las parteras tradicionales fueron capacitadas en diagnóstico oportuno de riesgos del embarazo, parto y puerperio, así como en el manejo de sistemas de referencia y contrarreferencia.

Otros logros alcanzados hasta el momento son el inventario de plantas medicinales de la zona andina de Cotacachi; la implementación de huertos familiares; la elaboración de esencias, jarabes, aceites y jabones naturales y medicinales; la participación en ferias de salud; la participación activa en el Consejo Cantonal de Salud; y, finalmente, el reconocimiento institucional al trabajo comunitario de las parteras tradicionales.

Jambi Mascaric existe gracias al aporte de organismos no gubernamentales internacionales como Médicos sin Fronteras, Agencia Española de Cooperación Internacional y Ayuda en

Acción, y de la organización no gubernamental nacional Desarrollo Rural Integral (DRI). Por el lado estatal, ha sido crucial tanto el apoyo de la Dirección Nacional de Salud de los Pueblos Indígenas del MSP como del gobierno local de Cotacachi (Fueres, 2003).

Hospital Andino Alternativo de Chimborazo

Una tercera experiencia de interrelación, en este caso no sólo entre lo “tradicional” y lo “convencional”, sino además con lo “alternativo” de otras latitudes, constituye el esfuerzo iniciado a fines de los años setenta por el Dr. César Rivadeneira. El trabajo continuo desarrollado desde esos años llegó a cristalizarse en el 2002 con la creación del Hospital Andino Alternativo de Chimborazo. Constituyendo la parte referencial de la red comunitaria de salud de la diócesis de Riobamba, este hospital es el primero en su género en el país. Su objetivo principal y final es el bienestar del paciente.

Este hospital pretende desarrollar un modelo alternativo de atención en salud, procurando rescatar los conocimientos ancestrales del país y de otras culturas. Específicamente, allí se ofrecen servicios de atención integral aplicando terapias como la alopática (química), la tradicional (andina) y la alternativa (homeopatía y aromaterapia). El paciente puede escoger libremente con qué terapia y/o terapeuta tratarse (Rivadeneira, Yáñez, 2003).

Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador

Como una muestra de los más recientes esfuerzos realizados por la comunidad y sus agentes de salud por relacionarse más estrechamente con la medicina “convencional”, cabe mencionar esta propuesta. La Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador, promotora de la medicina tradicional indígena (MTI), prevé entre sus fines y objetivos la certificación, licenciamiento

y acreditación de la práctica de la MTI por un consejo de hombres y mujeres de sabiduría (estatuto aprobado con el Acuerdo Ministerial No.0453 del agosto 9 del 2002). Los avances en el marco legal nacional avalan esta iniciativa: “Dentro del contexto del proceso de modernización del sector salud, en respuesta a la voluntad política del Ministerio de Salud Pública (MSP), y en correspondencia con lo establecido en los Artículos 44 y 84 de la Nueva Constitución Política del Estado vigente (respeto, promoción y desarrollo de la medicina tradicional), se enmarca una propuesta de investigación operativa de acreditación de la práctica de la MTI” (Jácome, Moscoso, Columba, 2003).

Desafíos a futuro

A nivel internacional, una de las principales razones que explica el incremento de uso de la medicina tradicional es una tendencia creciente entre los pacientes por adoptar una actitud más dinámica respecto de su propia salud y por buscar diferentes formas de auto-cuidado. En este proceso, muchas personas vuelven su mirada hacia los productos naturales de la medicina tradicional, presuponiendo que lo “natural” es sinónimo de “seguridad”, sin que necesariamente sea así.

A nivel nacional, la Constitución Política, los lineamientos de la Política Nacional de Salud, la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y el Plan Integrado de Salud, son documentos que incluyen de manera conjunta a lo “tradicional” y lo “alternativo” como nuevos elementos integrantes de los planes de salud del país. Si bien ambas formas de hacer salud ya constan en el panorama oficial de la salud nacional, surgen dos retos importantes: el reto menor es entender que lo “alternativo” no es equivalente a lo “tradicional”, ni en la teoría ni en la práctica, y que por tanto se debe concebir cada opción como distinta y no equivalente; y el reto

mayor consiste en encontrar los mecanismos idóneos para el establecimiento de normas y procedimientos que, en un sentido práctico, permitan el trabajo de integración, interrelación o de complementación.

La Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, pensada y escrita por ecuatorianos que comparten la visión de la sociedad convencional, en su capítulo cuarto establece cinco artículos que guían el funcionamiento del sistema. “Las instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud, se articulan colaborando en el marco de sus funciones específicas y de sus respectivas competencias, para el cumplimiento de los mandatos previstos en esta Ley y en el Código de la Salud” (MSP, CONASA, 2002:48). Esta cita nos remite a dos reflexiones. Primero, es importante esclarecer cuáles son las funciones específicas y las respectivas competencias de la medicina “tradicional” y de la “alternativa” al interior del Plan Integral de Salud. Y segundo, es muy importante contar con un Código de la Salud que concuerde con la Ley, ya que el que se halla vigente no ha sido actualizado. Por tanto, la revisión y actualización de las disposiciones del Código de la Salud son indispensables.

La coordinación de los elementos del Plan Integral de Salud es otro reto importante. El artículo 10 de la Ley Orgánica propone que la función de coordinación “es competencia del Ministerio de Salud Pública, en todos sus niveles, como autoridad sanitaria nacional, apoyado por los Consejos de Salud” (MSP, CONASA, 2002:49). Esta coordinación incluye: 1) el establecimiento de mecanismos de participación; 2) la normatización técnica de bienes, servicios, mercados y prácticas; 3) la garantía del acceso equitativo a la atención de salud; 4) la definición de lineamientos para la articulación y complementación de servicios de atención integral; 5) la protección de la salud como bien público; y, 6) el control y la evaluación del desempeño de los servicios. En concordancia con todas estas disposiciones, el

artículo 10 debe ser revisado entre el Estado y los actores de la salud para establecer los mecanismos, las normas y las garantías de una coordinación operativa entre lo “tradicional”, lo “alternativo” y lo “convencional”.

La provisión de servicios de salud es otro de los grandes retos de la Política de Salud, pues no solo debe estar enunciada, sino que debe demostrar la factibilidad de su aplicación. El artículo 11 de la Ley incluye nueve numerales. En ellos se enfatiza que la “provisión de servicios de salud es plural, y se realiza con la participación coordinada de las instituciones prestadoras, las cuales funcionarán de conformidad con su estatuto de constitución y la administración de sus propios recursos” (MSP, CONASA, 2002:50). Cabe preguntarse, entonces, si tanto lo “tradicional” como lo “alternativo”, funcionando con sus estatutos de constitución y administrando sus propios recursos, garantizarán su operación en redes y asegurarán la calidad, continuidad y complementariedad de la atención, de acuerdo con las demandas y necesidades de la comunidad. De ser así, ¿cómo lo harán?

Los nueve puntos del artículo 11 merecen ser discutidos, primero por separado y luego en conjunto, entre los practicantes de la medicina “convencional”, “tradicional” y “alternativa”, para determinar si es factible su implementación. Para enmarcar esta discusión, hay que preguntarse de antemano: ¿será posible alcanzar una definición concertada de prioridades y metas de cobertura de la población entre las tres formas de atención de la salud? ¿Será posible establecer normas técnicas y protocolos comunes para las prestaciones? En otras palabras, ¿están dispuestos los agentes de salud “tradicional” a contar con un protocolo común para las prestaciones? En relación a la referencia y contrarreferencia, ¿estarán dispuestos los agentes de salud “convencional” a referir

casos a los agentes de la salud “tradicional” o a los de la salud “alternativa”? Y finalmente, ¿tienen derecho los practicantes de la medicina “tradicional” y “alternativa” a establecer las normativas de licenciamiento y acreditación de sus establecimientos de salud, y los indicadores de evaluación de su desempeño? Si tienen derecho, ¿será éste respetado?

Por otro lado, los artículos 12 y 13 de la Ley se relacionan con las funciones de aseguramiento y financiamiento. Al respecto, y tomando en consideración que la Ley trata sobre un plan integral de salud, cabe preguntarse si la inclusión de lo “tradicional” y lo “alternativo” también conlleva al acceso de la población a servicios no “convencionales” respaldados por la “garantía del aseguramiento” o “del financiamiento estatal”.

Estos son apenas unos cuantos retos a los que están abocados no sólo quienes planifican la salud de la población desde el ámbito estatal, sino todos lo que de alguna manera nos consideramos actores de nuestra propia salud. En este sentido, el verdadero desafío a futuro, desde el punto de vista de la ciudadanía, es el de contar con la seguridad de un Estado que sepa reconocer que existe como tal, única y exclusivamente, para garantizar el bien común de todos y todas sin distinción de edad, género, etnia, ni ubicación geográfica o social. Si ese Estado social existiera, la salud como derecho, sería un hecho y no una quimera.

Es por lo tanto indispensable recordar al Estado (individual e institucionalmente) que honre su compromiso de hacer cumplir y respetar los valores de la democracia, la solidaridad, la equidad y la responsabilidad en el desarrollo del país, garantizando el bienestar general de la ciudadanía.

Bibliografía:

- Acosta Solís, Misael 1971 *Los bosques del Ecuador y sus productos* (Quito: Editorial Ecuador).
- Constitución Política de la República del Ecuador 1998 (actualizada a mayo 2003) (Quito: GAB).
- Cordero, Luis 1950 (1911) *Enumeración botánica* (Madrid: Afrodisio Aguado).
- Dirección Nacional de Salud Familiar, MSP 1981 *Manual de la partera adiestrada* (Quito: MSP).
- Estrella, Eduardo 1977 *Medicina aborígen* (Quito: Editorial Época).
- Fueres, Magdalena 2003 *"Jambi Mascaric, la salud que buscamos"*. XIV Congreso Internacional sobre Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. Museo de la Ciudad, Quito, 2003.
- Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico Sociales (ININMS) 1986 *Sistemas de Salud en Ecuador. Primer Seminario Nacional* (Quito: MSP/OPS/ININMS).
- Jácome, Manuel, Susana Moscoso y Franklin Columba 2003 "Investigación operativa de acreditación de la práctica de la MTI". XIV Congreso Internacional sobre Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. MSP y Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador (FUTMYE). Museo de la Ciudad, Quito, 2003.
- Ministerio de Salud Pública (MSP), Consejo Nacional de Salud (CONASA) 2002 *Marco general de la reforma estructural de la salud en el Ecuador* (Quito: MSP/CONASA).
- Naranjo, Plutarco 1970 "Contribuciones aborígenes a la medicina" en *Revista Ecuatoriana de Medicina* (Quito) No.8.
- Ortega, Fernando 1987 "Sistemas de salud en Ecuador". MSP, OPS/OMS e ININMS. Segundo Seminario Nacional, Quito.
- Ortega, Fernando 1988 *Hierbas medicinales* (Quito: MSP/ININMS).
- Rivadeneira, César y Ximena Yáñez 2003 "Hospital Andino Alternativo de Chimborazo". XIV Congreso Internacional sobre Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. MSP y Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador (FUTMYE). Museo de la Ciudad, Quito, 2003.
- Varea, Marco 1915 *Botánica médica nacional* (Latacunga: Tip. Vicente León).
- Villacís, José 2003 "Ministerio de Salud Pública: organización por procesos". XIV Congreso Internacional sobre Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria. MSP y Fundación Taitas y Mamas Yachaks del Ecuador (FUTMYE). Museo de la Ciudad, Quito, 2003.
- World Health Organization (WHO) 2001 *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine. A Worldwide Review* (Geneva: WHO).