

**UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES
MAESTRÍA EN POLÍTICAS PÚBLICAS**

**“AVANCES Y LIMITACIONES EN LA INCORPORACIÓN
DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN LOS SISTEMAS
NACIONALES DE SALUD EN EL MARCO DE LOS COMPROMISOS DE
LA OMS. ANÁLISIS DEL CASO GUATEMALA”**

TESIS

**Presentada al Consejo de la Facultad de Ciencias Políticas
y Sociales de la Universidad Rafael Landívar**

Por

LETICIA JOSEFA VELASQUEZ ZAPETA

previo a conferírsele el grado académico de

MAGÍSTER EN POLÍTICAS PÚBLICAS

Guatemala, Julio de 2004

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDIVAR

RECTOR	Lic. Gonzalo de Villa, S. J.
VICERRECTORA	Licda. Guillermina Herrera Peña
VICERRECTOR ACADEMICO	Dr. René Poitevín
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO	Arq. Carlos Estuardo Haeussier
SECRETARIO GENERAL	Lic. Luis Quan

CONSEJO ACADEMICO DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

DECANO	Lic. Renzo Lautaro Rosal
VICEDECANO	Lic. Yan Yanin López Chinchilia
SECRETARIA ACADEMICA	Licda. Carmen Lorena Ortiz
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO SOCIAL	Licda. Miriam Colindres de Segura
DIRECTORA DEL DEPARTAMENTO DE CIENCIAS POLÍTICAS	Licda. Silvia Salazar Guzmán
COORDINADOR DE LA MAESTRIA EN POLÍTICAS PÚBLICAS	M. A. Caryl Alonso
COORDINADOR DE LAS MAESTRIAS EN RELACIONES INTERNACIONALES Y ESTUDIOS ESTRATÉGICOS	M. A. Pablo Franky
COORDINADORA DE INTRAPAZ	Licda. Elena Ducoudray
DIRECTOR DE INGEP	Dr. Fernando Valdez
REPRESENTANTES DE CATEDRÁTICOS	Licda. Ana Victoria Peláez Dr. Jorge Solares
REPRESENTANTES DE ESTUDIANTES	Magda Guerra Gabriel Morales

TRIBUNAL QUE PRACTICO EL EXAMEN PRIVADO DE TESIS

Dra. Lidia Morales
M. A. Fidel Arévalo
M. A. Carmen Alicia Arriaga de Vásquez

ASESOR DE TESIS

M. A. Héctor Rafael Haeussler Paredes

Guatemala 8 de junio del 2004

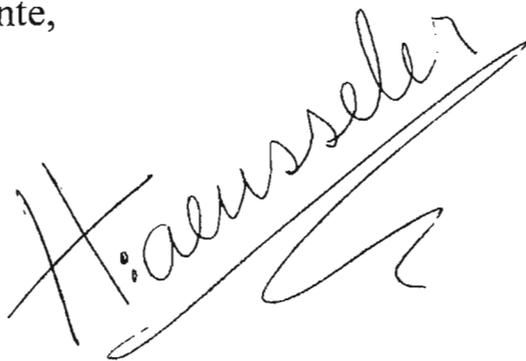
Honorable Consejo Académico
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Universidad Rafael Landívar de Guatemala
Presente

Honorables señores y señoras del Consejo Académico:

Muy atentamente me es grato informar que tenido el gusto de tener a mi cargo el proceso de elaboración de tesis para optar al título de Magíster en Políticas Públicas, titulada: *“Avances y Limitaciones en la Incorporación de la Medicina Tradicional en los Sistemas Nacionales de Salud, en el Marco de los Compromisos de la OMS. Análisis del caso Guatemala”*. Presentada por la Licda. Leticia Josefa Velásquez Zapeta, carnet número 20133-98, estudiante de la Maestría en Políticas Públicas de la Universidad Rafael Landívar de Guatemala.

Aprovecho la oportunidad para expresarles mis mejores deseos y colaboración con dicha casa de estudios, en pro de una Guatemala multicultural.

Muy atentamente,

A handwritten signature in black ink, reading "Haeussler", with a large, stylized flourish underneath.

M. A. Héctor Rafael Haeussler Paredes



Universidad
Rafael Landívar
Tradición Jesuita en Guatemala

Maestría en Ciencia Política
Teléfono: (502) 279 7979 ext.2378
Fax: (502) 2797979 ext. 2369
Campus Central, Vista Hermosa III, Zona 16
Guatemala, Ciudad. 01016
Maestriapp@url.edu.gt

Habiendo sido aprobado el Examen Privado de Tesis de la Estudiante **Leticia Josefa Velásquez Zapeta**, carné No. **20133-98**, se le autoriza la impresión de su Informe Final de la Tesis titulada: **“Avances y Limitaciones en la Incorporación de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud en el marco de los compromisos de la OMS. Análisis del caso Guatemala.”** requisito previo de graduación como Magíster en Políticas Públicas.

Dado en la ciudad de Guatemala el ocho de julio del año dos mil cuatro.



Lic Benzo Rosal
Decano

Facultad de Ciencias Políticas y Sociales



cc. Maestría en Ciencia Política

Con especial dedicatoria a:

Al pueblo Maya y a todos y todas las que trabajan por una Guatemala Multicultural.

A mis padres; Fermina Zapeta Reynoso y Santos Velásquez Mejía, por heredarme la oportunidad de construir mi educación y una pertenencia étnica con identidad. (q.e.p.d)

A todas mis hermanas y hermanos; Any, Licha, Petro, Diego, Marco Antonio y Eczequiel, por todo su apoyo y solidaridad. A mis sobrinos y sobrinas.

A las aj Illom, a quienes admiro y respeto.

Agradecimientos:

Anna Lenna Kristina Boman, Camencha y Alma por su apoyo y amistad.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
PRESENTACIÓN.....	I
I. INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO II	3
1. MARCO TEORICO.....	3
1.1. POLITICAS PÚBLICAS	3
1.2. ACTORES DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS	4
1.3. RELACIÓN ENTRE LO TÉCNICO Y LO POLÍTICO	5
2. SISTEMA NACIONAL DE SALUD.....	6
2.1. SALUD FORMAL Y SALUD TRADICIONAL.....	8
3. MEDICINA TRADICIONAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA OMS.....	10
4. MEDICINA TRADICIONAL MAYA	11
CAPITULO III.....	21
1. MARCO REFERENCIAL.....	21
1.1. APERTURA DEL TEMA DE SALUD DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN EL MARCO DEL DECENIO INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS DE LOS PUEBLOS INDÍGENAS EN EL MUNDO	21
2. ESTRATEGIAS DE OPS-OMS PARA 2002 –2005	24
3. AVANCES Y LIMITACIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA OMS CON RELACIÓN A LA INCLUSIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL A LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD	25
3.1.1. <i>Avances de los estados Africanos en medicina tradicional.....</i>	<i>25</i>
3.1.2. <i>Avances de los estados del Sudeste Asiático en medicina tradicional</i>	<i>26</i>
3.1.3. <i>Avances de los estados miembros de Europa en medicina tradicional y Complementaria-alternativa.....</i>	<i>27</i>
3.1.4. <i>Avances de los estados del Pacífico Occidental en medicina tradicional.....</i>	<i>29</i>
3.1.5. <i>Avances de los estados de América en medicina tradicional</i>	<i>32</i>
3.2. LIMITACIONES DE LOS ESTADOS EN MEDICINA TRADICIONAL Y MEDICINA COMPLEMENTARIA ALTERNATIVA	38
CAPITULO IV	39

1. MARCO METODOLOGICO	39
1.1 ABORDAJE DEL PROBLEMA	39
2. OBJETIVOS.....	41
3. METODOLOGÍA.....	41
CAPITULO V.....	43
1. CASO GUATEMALA.....	43
1.2. LA MEDICINA TRADICIONAL EN GUATEMALA COMO POLÍTICA PÚBLICA. 43	
2.1.1. <i>La medicina tradicional como política pública en Guatemala</i>	44
2.2. COMPROMISOS EN EL MARCO DE OMS 1993-2005. LOS AVANCES Y LIMITACIONES EN	
GUATEMALA	47
2.2.1 <i>Avances</i>	47
2.2.2. <i>Limitaciones</i>	51
3. ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE MEDICINA POPULAR TRADICIONAL.....	54
4. EXPERIENCIAS DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE	
 PUEDEN CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LA POLÍTICA.....	56
CAPITULO VI.....	58
1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	60
BIBLIOGRAFIA.....	65
ANEXOS.....	67
ANEXO 1. LISTADO ESTADOS MIEMBROS DE ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.....	67
ANEXO 2	68
2.1. INDICADORES DE POBLACIÓN Y SALUD	68
2.2. GASTO PÚBLICO EN SALUD:.....	70
2.3. CONTEXTO DE LA REFORMA SECTORIAL EN EL PRIMER NIVEL SECTORIAL.....	71
ANEXO 3. MATRICES DE ANÁLISIS	73

PRESENTACIÓN

Con la designación del decenio internacional de los pueblos indígenas por el Sistema de Naciones Unidas en los 90s; la resolución V de la Organización Mundial de la Salud en adelante –OMS- sobre Salud de los Pueblos Indígenas en 1993; la ratificación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo, en 1996 y la firma de los Acuerdos de Paz en 1996, se inicia, en la historia democrática de Guatemala, el compromiso de transformar las relaciones desiguales hacia los pueblos indígenas, mediante diferentes procesos de reformas en varios niveles y sectores, estos procesos han sido estratégicos para reconocer los derechos de los pueblos indígenas y ejercer sus propias expresiones organizativas políticas y sociales; entre ellos: la aplicación y práctica del derecho consuetudinario indígena, la organización comunitaria, la medicina tradicional maya en particular, procesos y reformas administrativas y reformas sectoriales entre ellas la de salud.

Se han realizado investigaciones que sostienen que el sistema de salud se ha deteriorado y no responde a las coyunturas nacionales y contextos internacionales para garantizar la salud de la ciudadanía en forma equitativa y con calidad. Desde 1993 se han venido realizando avances para mejorar el sistema de salud, con estrategias enfocadas a la salud de los pueblos indígenas y al desarrollo de la medicina tradicional, siendo que la OMS ha contribuido en colaboración de los estados miembros a definir compromisos y estrategias, no se conoce cuales son los avances y limitaciones de Guatemala para consolidar el objetivo central de OMS de incluir el sistema de medicina tradicional como parte del sistema nacional de salud.

La problemática sobre de los pueblos indígenas, en particular la falta de reconocimiento de sus derechos y sus diferentes conocimientos de raíces ancestrales ha sido ampliamente documentado y se resumen en el Acuerdo de Identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas, hay esfuerzos a diferentes niveles para combatir las desigualdades y exclusiones históricas, sin embargo aun es una debilidad del estado dar el paso en el diseño e implementación de políticas públicas técnicamente y políticamente sostenibles y fundamentalmente con la participación con autodeterminación y decisión de los pueblos indígenas. Este estudio pretende dar un aporte al proceso de inclusión de la medicina tradicional, en adelante –MT- como parte del sistema nacional de salud, mediante visualización de avances y limitaciones en el proceso.

I. INTRODUCCIÓN

EL presente trabajo de tesis tiene por objeto analizar los avances y limitaciones en la incorporación de la medicina tradicional y medicina complementaria o alternativa (en adelante MC o MCA) en el marco de los compromisos de la OMS por parte de los países miembros y en particular Guatemala. El estudio da a conocer un panorama general de los procesos de diferentes regiones del mundo con énfasis en Latinoamérica, para incluir la medicina tradicional y medicina complementaria en los sistemas nacionales de salud, en particular Guatemala, respondiendo a varias interrogantes:

¿el enfoque de la medicina tradicional indígena en Guatemala responde a las definiciones y compromisos de los países miembro con la OMS?;

¿Tiene el ente rector una política pública de medicina tradicional y ha diseñado e implementado?;

¿la participación de los pueblos indígenas en el proceso de medicina tradicional es activa?

Entre las principales conclusiones se tiene que: (a) a pesar del contexto y condiciones políticas y técnicas favorables, la definición que asume Guatemala no se corresponde con las definiciones de la OMS para medicina tradicional, (b) el ente rector ha avanzado en la elaboración de una propuesta de relación entre la medicina tradicional y las redes de servicios de salud, pero no cuenta con una política pública en su sentido amplio y (c) hay una ausencia en la participación con decisión y autodeterminación de los pueblos indígenas como actores directos del proceso de medicina tradicional.

Así también se tiene como recomendaciones principales las siguientes (a) el ente rector de salud eleve el tema a otros espacios de edición como el gabinete social, el parlamento y sectores sociales para elaborar propuestas, negociación y aprobación de modificaciones a diferentes leyes como el código de salud para la inclusión oficial de la medicina tradicional como parte del sistema nacional de salud, (b) será necesario revisar la propuesta de articulación de la medicina tradicional con las redes de servicios de salud y abrir los espacios de participación de los actores sociales y en especial de los pueblos indígenas y los actores directos de la medicina tradicional,

fortaleciendo así la participación indígena y la autodeterminación y (c) estratégicamente es diseñar y acompañar el proceso con capacitaciones relacionadas al racismo y exclusión, multiculturalismo e interculturalidad, usando metodología constructivista.

Para facilitar la comprensión del documento su estructura, contiene un total de seis capítulos, cada uno de ellos contiene sub capítulos, como se presenta a continuación:

El primer capítulo contiene la introducción, (que contiene) da un panorama general de los contenidos del estudio;

El segundo capítulo es el marco teórico, (que) aborda básicamente el proceso de políticas públicas y las estrategias de OMS para la salud de los pueblos indígenas y medicina tradicional;

El tercer capítulo, el marco de referencia, que incluye un panorama de las regiones de África, Asia, Europa y América referente a la inclusión de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud;

El cuarto capítulo marco metodológico, que contiene el abordaje metodológico que presenta el planteamiento del problema, los objetivos del estudio y la metodología;

El quinto capítulo de estudio, que contiene un panorama de los avances y limitaciones en Latinoamérica y los resultados de Guatemala en la inclusión de la medicina tradicional en sistema nacional de salud,

El sexto capítulo de conclusiones y recomendaciones, que contiene los aportes del estudio para mejorar el proceso de inclusión de medicina tradicional en el sistema nacional de salud.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO

1.1. POLITICAS PÚBLICAS

Las políticas públicas consisten en un proceso sistemático de respuesta a las demandas de la sociedad a través de una serie de acciones y decisiones de los hacedores de políticas. Se trata de una disciplina relativamente nueva, cuyas discusiones inician en los años sesenta en los Estados Unidos. Aunque es tema relevante, aun sigue siendo un concepto no bien definido, puesto que algunos autores, entre ellos Haroll Laswell¹, consideran también que se trata también de una omisión, es decir de una inacción. Este concepto, ya define a las políticas públicas en el aspecto de las decisiones políticas, es quizá por ello que en la práctica y en la teoría existe una estrecha relación entre la ciencia política y las políticas públicas, o llamadas también ciencias de políticas.

Teóricamente, la ausencia de una regla en el proceso de formulación, es decir en el proceso de buscar soluciones o concretamente solucionar los problemas públicos, ha llevado a varios autores a usar diferentes términos para conceptuar y definir a las políticas públicas, términos en sentidos diversos tales como:

- Es una ciencia social aplicada, basada en “ un subconjunto de conceptos interdisciplinarios, utilizados como medios para atacar de manera integral los problemas sociales” cuya meta es resolver problemas prácticos².
- Se ocupa del conocimiento del proceso y el curso de proceso de toma de decisiones en el orden público y civil. Un proceso que se apoya en estudios empíricos³ de cómo se

¹ Ver Aguilar Villanueva, Luis. Tomo I , II, III, IV y V sobre Políticas Públicas. Porrúa, ed. México, 2000.

² Martín Landau en “El estudio de Políticas públicas” México 2000. Pag. 276-277.

³ Empíricos, se refiere a que todas las aseveraciones están sujetas a una disciplina de observación.

elaboran y se llevan a cabo las políticas. Para Lasswel es importante considerar tres elementos: primero, se refiere a la contextualidad; segundo, se refiere a la orientación hacia problemas, es decir esclarecimiento de metas, tendencias, condiciones proyecciones y alternativas; y, tercero se refiere a la diversidad de métodos que emplea.⁴

Según Martín Landau⁵, el proceso de las políticas requiere la consideración de algunos elementos claves, tales como:

- (a) Tener claridad que el objeto de una propuesta de política pública es controlar y dirigir los cursos de acción en el tiempo futuro; por tanto, toda propuesta de política tiene probabilidad de error y no pueden aceptarse anticipadamente como correctas,
- (b) Es un proceso constructivo producto de una negociación. Es el resultado de un conflicto, o resultado de una demanda social,
- (c) Se vale de una metodología científica cuya función es prevenir y eliminar el riesgo,
- (d) Requiere de amplio conocimiento de las condiciones sobre la cual se va a actuar,
- (e) Requiere de la identificación de posibles causas y soluciones de riesgos potenciales de fracaso, durante el proceso y
- (f) Debe tener la apertura a la crítica, para facilitar la auto corrección en el proceso.

1.2. Actores de las políticas Públicas

Según Graham Allison⁶, en la política pública hay dos actores principales: los analistas de políticas y los políticos. En relación a los primeros, los autores consideran que existe el interés en la eficiencia económica y cómo estas afectan a la sociedad en su conjunto, recalcan la importancia de que los objetivos políticos se definan explícitamente, miden la claridad de los resultados de la política y el grado en que tales objetivos se realizan.

Mientras que a los segundos, los analistas políticos, les interesa la distribución de productos y cómo las políticas públicas afectan a determinados individuos o grupos. En su proceso enfatizan

⁴ Harold Laswell en "El Estudio de Políticas Públicas" México 2000. Pag.108-111.

⁵ Ibid.Pag. 278.280.

⁶ Aguilar Villanueva, Luis "El Estudio de Políticas Públicas. México 2000. Pag. 239-240.

la negociación, la transacción y el compromiso, los políticos basan sus recomendaciones en base al electorado.

1.3. Relación entre lo técnico y lo político

La administración pública y el proceso de políticas públicas requieren en la práctica de la relación entre ciencia política y las ciencias de políticas. Es decir, una conjugación entre técnicos y políticos, puesto que las políticas públicas si bien es cierto se diferencian conceptualmente de la ciencia política, en la práctica las primeras se desarrollan en un ambiente político.

En ese contexto, los autores y expertos de las políticas, consideran indispensable la relación de lo técnico y lo político en el proceso de toma de decisiones y acciones que como resultado se concretan en las políticas públicas. La importancia es tanta, que los autores, entre ellos Yehezkel Dror⁷, llaman “el rediseño del sistema de elaboración de políticas”, el cual consiste en buscar un equilibrio en la participación de los políticos y analistas de políticas en la fase de elaboración de políticas. De lo anterior, depende una participación más diversa de actores, como la sociedad civil que sería el destinatario del impacto o resultado de la acción y decisión. En ese marco, las acciones y decisiones tienen un vínculo con el acceso a la información pública y su nivel de participación en la elaboración de políticas⁸.

Siguiendo las tendencias participativas y el contexto democrático en el desarrollo de políticas públicas Yehezkel sugiere las siguientes áreas de investigación:

- (a) Evaluación sistemática de las políticas anteriores para lecciones aprendidas al futuro,
- (b) Consideración del futuro, que permita diseñar estructuras y procesos especiales para la vigilancia a lo largo del proceso de gobierno de la sociedad.

⁷ Sobre la discusión del Rediseño del Sistema de Elaboración de Políticas, ver Aguilar Viullanueva, Luis. *El Estudio de las Políticas Públicas. Prolegómenos para las Ciencias de Políticas* de Dror, Yehezkel. Op. cit. Pág. 138-144. .

⁸ Ibid. 139..

- (c) Métodos y medios para estimular la creatividad; puede ser la ayuda a personas u organizaciones que se ocupan de lanzar ideas innovadoras.
- (d) Mejorar la toma de decisiones unipersonales de alto nivel; que se puede lograr mediante métodos de investigación apropiadas, de marcos de referencia conceptual, y de modelos instrumental y normativo. De esta manera se evitaría el monopolio de decisiones y posibilitaría la toma de decisiones a través de diversos canales como los medios de comunicación, decisiones anteriores etc.
- (e) Desarrollo de políticos; se puede mejorar las cualidades de los políticos mediante competencia democrática, lo que facilitará la formulación de políticas y para construir una nueva simbiosis entre poder y conocimiento. Por ejemplo los políticos necesitan estimar tendencias de largo alcance en materia política social y tecnológica, necesitan determinar estrategias de políticas y analizar críticamente los análisis de política. En ese marco hay que animar a personas calificadas a entrar en política, variar reglas de candidatos,
- (f) Cambios radicales en la enseñanza escolar del civismo y de los problemas actuales; para el largo plazo es importante la educación cívica del ciudadano en las escuelas primarias y secundaria para su participación en la elaboración de políticas públicas.
- (g) Establecer instituciones para la investigación; que trabajarían para el gobierno central, otras para el legislativo, otras para el público en general y otras al nivel internacional.
- (h) Desarrollo de diseños extensivos de experimentación social; que ponga a prueba la necesidad de nuevos arreglos políticos y legales y

Arreglos institucionales, que posibiliten la eliminación del tabú sobre la política a través del cambio social.

2. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El sistema consiste en la estructura administrativa en que está organizado el servicio público de salud, abarca el primero, segundo y tercer nivel de atención y el objetivo de velar por la salud de los ciudadanos del país, mediante el sistema de servicios. El sistema de salud en Guatemala está basado en la medicina alopática. En el presente estudio únicamente se hará referencia al primer nivel de atención en salud.

▪ **Modelo de atención en salud en el primer nivel**

El modelo de salud pública en Guatemala es similar al resto de países de la región latinoamericana; está integrado por los tres niveles de atención en salud: el primer nivel de atención representado administrativamente por los puestos de salud y con participación de la comunidad (representada por los promotores de salud y comadronas); el segundo nivel de atención representado administrativamente por los centros de salud; y, el tercer nivel de atención representado por la red hospitalaria (integra a los hospitales departamentales, regionales y nacionales). De los tres niveles se ha privilegiado financieramente el tercer nivel de atención (correspondiente a la red hospitalaria y con énfasis a la curación de la enfermedad).

En el contexto de las tendencias mundiales de reducir el tamaño del aparato público, en función de ello en Guatemala se ha puesto en marcha la reforma del sector salud y la definición de un nuevo modelo de atención basado en la descentralización operativa y la participación de nuevos actores en la administración y prestación de servicios de salud.

El objetivo de la reforma es extender y fortalecer los servicios básicos de salud, centrándose en los grupos más pobres y adoptando un nuevo modelo de atención que favorezca prioritariamente, los siguientes elementos:

- Las acciones de prevención de las enfermedades prevalentes
- la adecuación de los servicios al perfil epidemiológico y a las condiciones socioculturales locales
- La selección de un paquete mínimo de intervenciones en salud de mayor eficacia en función de los costos y que asegure la satisfacción de las necesidades de los usuarios
- Utilización de equipos locales para prestar servicios
- La participación coordinada del sector público, del privado y de las ONG en la prestación de los servicios de salud

La reforma del sector ha tenido énfasis en mejorar el primer nivel de atención en salud, mediante la extensión de cobertura, dirigido a la población sin servicios, principalmente en el área rural. La modificación en la estrategia de intervención en el primer nivel de atención hasta

1996 tenía un énfasis en la atención médica curativa y se orientaba a la curación de enfermos que consultaban en establecimientos. Solamente la actividad de vacunación encajaba en el servicio del primer nivel de atención. Además, el financiamiento en el primer nivel de atención estaba enfocado al funcionamiento de los establecimientos de salud con énfasis curativo y no la preventiva como corresponde al primer nivel de atención.

En resumen se puede decir que los elementos fundamentales de la reforma en el primer nivel de atención son:

- Aumento de cobertura en servicios preventivos de salud en población rural y sin servicios,
- Mayor énfasis de acciones preventivas
- Aumento de financiamiento en el primer nivel de atención con un 41% del presupuesto de salud.⁹
- Promoción de la salud y ambiente saludable,
- aumento de la cobertura y mejoramiento de la calidad de agua
- Aumento de la cobertura de saneamiento
- Participación y fiscalización social en la gestión pública de los servicios.¹⁰

2.1. Salud formal y salud tradicional

En Guatemala se ha desarrollado la medicina tradicional por herencia cultural de los pueblos y, en forma paralela al Sistema Oficial de salud, la práctica. La medicina tradicional consiste en una práctica y uso que deriva del conocimiento ancestral y por lo tanto de herencia cultural. Hasta la fecha, y debido a la exclusión del Estado hacia las poblaciones indígenas, no ha sido reconocida oficialmente por el sistema oficial de salud, aunque con una proyección de rescatarlo, valorarlo, estudiar sus métodos y buscar estrategias para su articulación a las redes del Sistema Oficial de Salud¹¹, por algunas razones de reordenamiento del sector, por

⁹ APRESAL “La Reforma del Sector Salud” Guatemala 1999. Pag.25-37.

¹⁰ PNUD “ GUATEMALA: El rostro Rural del Desarrollo Humano. Edición 1999. pag. 64-67

¹¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/APRESAL. Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa. 2002. Pag. 5.

compromiso como Estado dentro de las estrategias de la OMS y los compromisos asumidos en los Acuerdos de Paz al respecto.

El sistema de Sistema de Salud Oficial, se basa en la prestación de servicios de salud integrada por los tres niveles de atención en salud, (el primer nivel de atención, el segundo nivel de atención y la red hospitalaria correspondiente al tercer nivel de atención) organizada en base al uso de la medicina química y ejercida por personal académicamente formada en el nivel técnico y universitario.

La OMS define tres tipos de sistema de salud para describir hasta que punto la MT//MCA es parte del sistema nacional de salud¹² (ver anexo 2):

1. Es un sistema integrado. Es decir, cuando la MT/MCA está oficialmente reconocido e incorporado en todas las áreas de provisión de salud. Esto significa que los proveedores y productos están registrados y regulados; las terapias están accesibles en los hospitales y clínicas públicas y privadas; el tratamiento de MT/MCA se reembolsa bajo el seguro sanitario. Al nivel mundial solamente China, la República Popular Democrática de Corea, República de Corea y Vietnam han logrado el sistema integrado.
2. Sistema Inclusivo. Reconoce la MT/MCA pero no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad, es decir: que no está disponible en todos los niveles de atención, puede ser que el seguro sanitario no cubra los tratamientos de MT/MCA; puede que la educación oficial de MT/MCA no está disponible en el ámbito universitario o que no exista una regulación de los proveedores y productos de la MT/MCA. Este sistema se ha implementado especialmente en los países en desarrollo.
3. Sistema Tolerante. Se refiere al sistema sanitario nacional está basado enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT.

¹² OMS “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. pag. 9.

3. MEDICINA TRADICIONAL DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA OMS

Para el tratamiento del tema de medicina tradicional es importante definir algunos conceptos mínimos, como lo recomienda la Organización Mundial de la Salud –OMS- y la Organización Panamericana de la Salud –OPS-. Dichas Organizaciones han establecido una división con respecto a la medicina tradicional –MT- y medicina complementaria/alternativa -MCA, y la medicina homeopática de la siguiente manera¹³:

- a. Medicina homeopática se refiere a la categoría de diferentes usos, algunas veces es usado como medicina tradicional, biomedicina, medicina científica o medicina moderna. Es un término utilizado por conveniencia y no se refiere a ninguna forma de tratamiento o forma de medicina.
- b. Medicina Complementaria / alternativa. Ambos términos son usados indistintamente con el término de medicina tradicional en algunos países, especialmente donde no tienen historia de medicina tradicional propia. Frecuentemente se conceptualizan como complementario a la medicina Alopática y es usado principalmente en la atención primaria de la salud en países desarrollados.
- c. Medicina tradicional incluye la diversidad de practicas de salud que incluye el uso de plantas, animales y medicinas de base mineral; terapias espirituales. La medicina tradicional es transmitida oralmente de generación en generación y en algunos casos hay familias especializadas en la aplicación de determinados tratamientos o bien que son aprobados oficialmente por las universidades. Algunas prácticas son geográficamente restringidas en diversas regiones del mundo y se practican en el área geográfica de donde se originan.

Otra definición de OMS en la estrategia 2002-2005 dice textualmente: “La Medicina Tradicional” es un término ampliamente utilizado para referirse tanto a los sistemas

¹³ Legal Status of Traditional Medicine and Complementary /Alternative Medicine; Pag: 16,19,22,33,38. World Health The Organization 2001.

tradicionales de MT como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda Hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hiervas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional”.

4. MEDICINA TRADICIONAL MAYA

A continuación se presentan los elementos principales que conforman el sistema de salud de medicina tradicional maya:

- **Enfermedades en el concepto Maya?**

En el concepto Maya de las enfermedades, éstas tienen diferentes ejes de causalidad: Desequilibrios emocionales; calor–frío (enfermedades frías o calientes); por alborotamiento de parásitos (que tiene que ver con el cambio de clima); por incumplimiento de normas comunitarias con los vecinos¹⁴, antepasados¹⁵ o con los seres sobrenaturales¹⁶; pérdida del

¹⁴ Por incumplimiento de las normas de la comunidad, por ejemplo: si una persona ha robado, dicha persona padece de vergüenza, culpabilidad, entre otros aspectos, debido al señalamiento de la comunidad. Además, este tipo de “enfermedad” (psicológica o emocional) afecta a la persona que ha incumplido la norma e indirectamente a las personas que lo rodean, por ejemplo la familia.

¹⁵ Con los antepasados, se refiere cuando una persona cometió errores, falta de respeto, quedó en deudas o favores a una persona fallecida, sin haber resuelto o conciliado en vida. Las personas se enferman, por ejemplo: no pueden dormir, el problema con la persona fallecida continúa. Existe un malestar en la persona. Este tipo de “enfermedades” se curan o se resuelven mediante un Toj (en español significa pedir disculpas) que se hace a través de una ceremonia realizada por un Ajq’ij (persona, hombre o mujer, que puede celebrar ceremonias y puede tener comunicación con los vivos y los muertos).

¹⁶ Con los seres sobrenaturales, es cuando una persona fallece en un accidente. En el concepto de la medicina maya es una persona que “no le tocaba morir”, que su alma queda vagando y

espíritu¹⁷, entre otros. Además de la inclusión amplia que tiene la cultura maya con respecto a las enfermedades, sus causas y las curas, a través de la medicina tradicional, se agregan otras como la microbiana (de los microbios, que corresponde más a las prácticas desde el concepto de la medicina formal que el tradicional) y la biomédica.

La ciencia occidental, la cual establece la comprobación y medición de los efectos y causas, ignora, inferioriza y considera acientífico la medicina tradicional en su globalidad. En la práctica, la debilidad de la medicina formal, bajo la lógica científica occidental, es su poca valoración de conocimientos, principios y costumbres de los enfermos, lo cual debilita su forma de relacionamiento medico-paciente. En cambio, la medicina tradicional, en comunidades indígenas, encaja mejor puesto que el enfermo y la persona que cura tienen en común varios aspectos, entre ellos el idioma, los códigos culturales de salud y enfermedad, así como la accesibilidad a los tratamientos por su aceptación y localidad.

Algunas personas mayoritariamente Mayas, expresan su enfermedad relatando el pasado, presente y futuro como un solo, todo ello será la expresión más cercana al calendario Maya, a través del cual se conoce su vida (Cosmovisión Maya). Los enfermos acuden inicialmente a curanderos, comadronas, hueseros, sacerdotes mayas, al chayero, acupunturero y por último al médico (medicina formal).

▪ **Quienes curan en la medicina maya?**

Según la literatura se ha acomodado en el idioma Español los términos: médicos tradicionales, agentes tradicionales, médicos indígenas, médicos mayas, terapeutas mayas, terapeutas indígenas, especialistas tradicionales.

afecta a los vivos. Existe una alma que quiere vivir en otro cuerpo y la causa de la enfermedad puede ser que el afectado –vivo- se siente diferente, una molestia, incomodidad, etc.

¹⁷ La pérdida del espíritu esta relacionada con la depresión. Existe un desequilibrio. El cuerpo está pero la mente se encuentra ocupada en otras cosas.. La persona “esta ida”. Existe una separación de la persona y la mente.

De acuerdo a su especialidad se pueden clasificar en: comadrona, yerbero/hierbero, curandero, masajista, los que limpian la garganta, guía o consejero, sacerdote maya, dentista, hueseros, sabio, alcalde o rezador y otros que describen a continuación¹⁸:

La comadrona atiende a embarazadas, parturientas, puérperas y mujeres con diversos problemas de salud, es la obstetra de la comunidad, también atiende a l niño muy pequeño constituyéndose en pediatra.

El yerbero/hierbero, su especialidad radica en el conocimiento profundo de las diferentes plantas medicinales, donde encontrarlas, su preparación y uso par curar las enfermedades que trata un yerbero es la diarrea, disentería, gripe y “calentura ” y en menor grado el espanto

El curandero es un terapeuta tradicional en el que se apoya especialmente el bienestar físico y psíquico de la comunidad. Es un personaje que en la práctica médica indígena le confiere facultades especiales que le permiten un contacto con fuerzas superiores de los cuales es mediador. Las enfermedades que más frecuentemente curan son el mal de ojo, el espanto, el empacho, el enojo, el nahual.

El masajista utiliza el masaje como recurso terapéutico, usando plantas medicinales, productos animales y minerales. Se le conoce también como sobandero.

El que limpia la garganta, su trabajo es especialmente a aquel padecimiento cuya nosología se refiere a la amigdalitis, faringitis en niños y la caída de mollera.

El guía o sacerdote maya cuyas funciones constituyen la piedra angular donde se mantiene y pervive la cosmovisión y la cohesión social de los grupos étnicos a los que pertenece.

¹⁸ Ministerio de Salud Pública/OPS-OMS: Propuesta final “La medicina Popular tradicional y su Articulación a las Redes del Sistema Oficial de Salud. Guatemala 2001. Pag. 33-39.

El huesero, agarra huesos, compone huesos o sobador, trata padecimientos producto de accidentes que provocan torceduras y zafaduras a nivel de cintura, y dolor de costilla, tratan el reumatismo.

El soplador, su función es la atención de heridas y quemaduras.

En todas las especialidades mencionadas el elemento de la espiritualidad va ligada al ejercicios de las curaciones.

▪ **Como se forman los terapeutas?**

La enseñanza de estas especialidades son aprendidas por tradición oral y mediante la práctica y observación. Durante el proceso de formación existen vivencias personales tales como las revelaciones personales, el parentesco y los sueños. La práctica se va delegando de generación en generación y el cargo de terapeuta es un don basado en la lógica de la cosmovisión maya de acuerdo a los signos y calendarios de hombres y mujeres. También se puede transmitir por medio del parentesco o herencia¹⁹.

La mayoría de terapeutas indígenas se forman a través de los sueños, estos sueños generalmente están relacionados con su especialidad vocacional. Así los guías espirituales con el uso del fuego; las comadronas con atención a parturientas; los hueseros con relación a las torceduras; así sucesivamente con cada especialidad. Estos sueños se inician en edad temprana, cuando los niños manifiestan ser terapeutas o hueseros, según sea el caso.

Por otro lado, al no iniciarse en alguna especializada, por ejemplo el camino de terapeuta, los sueños se complementan con enfermedades severas, prolongadas y extensivas a la familia nuclear (padre, madre, hermanos o esposa e hijos si ya conformó su nueva familia). En ese contexto, también se consideran los problemas de tipo económico y sociales a la familia de

¹⁹ Serie Salud de los Pueblos Indígenas. Sistemas de Salud tradicionales en América y el Caribe: Información de Base. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OPS/OMS. USA, 1999. Tomo 13.

quien no fija su especialidad, los cuales se agudizan hasta que la persona toma la decisión por sí misma de cumplir con el mandato divino de servir a su prójimo. Al haber consultado con un anciano guía espiritual el afectado ya está enterado de los problemas.

Es a partir de esta acción que el guía espiritual, recomienda y orienta al terapeuta (o a la persona que tiene otra especialidad) y a sus familiares para que lo apoyen en el trabajo. Desde este momento se convierte en curandero.

Para iniciar su práctica debe buscar a un curandero de amplia experiencia y de la especialidad que de acuerdo a su don debe seguir con la finalidad de que lo capacite.

“El Don” es la aptitud personal para ejercer una actividad, un trabajo, así también una dádiva, un regalo de bienes naturales o sobrenaturales que vienen de entes superiores, es decir de Dios.²⁰ Cuando una persona no acepta el don de curandero, debe pagar un tributo, si la persona está enferma hay que pagarlo cada dos meses, si no está enferma entonces se hará cada nueve meses, hasta que el guía espiritual lo considere suficiente.

▪ **Origen de las enfermedades?**

Para los pueblos indígenas de Guatemala, la concepción en torno al proceso salud-enfermedad está constituida dentro de un esquema médico bien estructurado y sistematizado. Cada enfermedad, tiene su etiología, sintomatología, diagnóstico, pronóstico, tratamiento y medidas preventivas.

Se parte de la existencia en paralelo y en constante retroalimentación de varios conceptos y prácticas en el campo de la Salud – Enfermedad, que están referidas a las diferentes matices y lógicas culturales existentes en la realidad Guatemalteca. Para su comprensión se caracteriza a

²⁰ Diccionario de la Lengua española. Real Academia. Décima Novena Edición, 1970. p. 493.

la Salud – Enfermedad a través de dos aspectos básicos: su carácter procesal y su naturaleza multidimensional²¹.

Según Villalobos plantea que la Salud- Enfermedad debe ser entendida como un proceso y no como algo estático, determinado no solo por aspectos biológicos si no por factores sociales, económicos, culturales, geográficos, psicológicos y políticos que inciden sobre el individuo y la colectividad²².

Las enfermedades provenientes de influencias sobrenaturales, donde lo místico-religioso desempeña un papel fundamental, han estado presentes en todas las culturas y en todos los tiempos. Su origen está en el castigo divino debido a pecados cometidos, vinculados al quebrantamiento de los tabúes, la desobediencia a los mandatos de las divinidades, el olvido de los deberes religiosos, el ayuno interrumpido por relaciones sexuales realizada en días prohibidos, etc.²³

Lo anterior tiene que ver con la voluntad de entes de carácter divino, que guían el destino del hombre y la mujer. Así, una enfermedad puede ser producto de la ira del Dios Supremo o de las debilidades, por trasgresión a los códigos que rigen la conducta social, moral y espiritual del hombre y la mujer. También están aquellos trastornos ocasionados por la voluntad del hombre o de la mujer, con el afán de hacer daño al enemigo, por razones de resentimientos o envidias (conflictos de origen social), en este caso intervienen seres sobrenaturales que en un momento dado puede tener una doble función ya sea de benefactores o de agresores²⁴.

Esto explica el porqué la práctica médica tradicional se estigmatiza ya que además se hace uso de una gran variedad de recursos terapéuticos de carácter místico-religioso, entre ellas: ceremonias o rituales acompañados de oraciones; candelas de diferentes colores (cada color tiene una acción específica); incienso; imágenes cristianas; objetos naturales como plantas, animales o minerales; todo dentro un contexto considerado sagrado.

²¹ Instancia Nacional de Salud “Portadores de Sueños” Guatemala 2001, serie No.1. Pagina 2.

²² Idem.

²³ Morley S. La Civilización Maya. Fondo de Cultura Económica, México, 1980. p. 195.

²⁴ Entrevista “Perez Cirilo” Ajquijab y Ajcununelab. Guatemala octubre 2003.

Los rituales terapéuticos aprovechan la oportunidad presentada por las dificultades de un paciente, para resolver problemas personales, familiares o con su grupo social, restaurando así la unidad grupal, es decir una acción social.

En este aspecto, las formas de tratamiento que se utilizan en la medicina tradicional, especialmente las ligadas a la espiritualidad, pueden ser consideradas, desde el punto de vista occidental dentro de la “magia” o “brujería”. Los términos anteriormente descritos en la cultura maya son distintas y no hace alusión en ningún aspecto a lo que en la lógica occidental es llamada brujería. Es decir, ese término y la lógica no existen en la cultura maya²⁵.

Las enfermedades causadas por razones naturales, se fundamentan en la necesidad del equilibrio de dos fuerzas opuestas como son el frío y calor, este equilibrio es sumamente importante para una buena condición del cuerpo.²⁶

Se concibe que el ser humano, máxima expresión de dioses formadores y creadores, así como los elementos que le rodean, guarda dentro de sí un delicado equilibrio de estas dos fuerzas. El calor da vitalidad, energía y por ende la vida, mientras que el frío esta vinculado con la muerte. Además, todo ser, tangible o intangible, tiene una de estas cualidades que corresponden a distintas formas de interpretar el “ser” y “estar”. Esta categoría no siempre alude a temperaturas reales.²⁷

De esta manera, el ser humano, las plantas, los animales, las piedras, los objetos inanimados, las enfermedades, las comidas, etc., están clasificadas por su condición intrínseca de calor o frío. Esto obedece a que, el sol, que se encuentra en el mundo superior, se considera caliente porque

²⁵ Ver: Villatoro, E. Y Acevedo, J. Vida y obra de los curanderos de todos santos Cuchumatanes, Huehuetenango. Tradición popular. CEFOL- USAC, Guatemala, 1989, p. 14. También, Villatoro E. Los terapeutas tradicionales de Totonicapán. CEFOL-USAC, Guatemala, 1997: 59-93.

²⁶ López, A, Cosmovisión y Medicina Náhuatl. En : estudios sobre etnobotánica y antropología médica. I. IMEPLALM. México, 1976: 21-22.

²⁷ Ver Villatoro, E. Y Acevedo, J. Vida y obra de los curanderos de todos santos Cuchumatanes, Huehuetenango.. Op. Cit. P. 24.

calienta la tierra y la hace germinar. La tierra, su opuesto, se encuentra en el mundo inferior, y es fría; necesita del calor del sol para producir.

Lo anterior, pone de manifiesto la complementariedad y necesidad de la relación entre los opuestos. Por ejemplo: en algunas comunidades el dolor de articulaciones y resfriados se consideran enfermedad fría, tiene su origen si la persona esta sudando y se expone a cambios bruscos de temperatura (lluvia o vientos fríos). El tratamiento incluye preparados de plantas o bebidas a base de hiervas de efecto caliente, así como los baños de vapor, llamado chuj, tuj o temascal.²⁸

Al respecto, J. J. Hurtado²⁹ propone un modelo estructural que comprende seis diferentes categorías conceptuales mayores que permiten englobar y comprender las creencias de los diferentes pueblos indígenas en cuanto al origen de la mayoría de las enfermedades. Si bien es cierto que fue elaborado en los inicios de los años setenta, la práctica y la experiencia de estudios recientes muestran su actual vigencia. Los seis puntos son:

1. Las enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio mecánico del cuerpo, es decir que la alteración de la posición de la fontanela, da lugar a la enfermedad llamada “mollera caída”. Se origina por movimientos o caídas violentas.
2. Las enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio emocional. El estar “chipe”, es característica de un niño cuando aún es pequeño y de la madre se embaraza. Se tiene la creencia de que el infante lo presiente, se pone celoso y lo manifiesta con llanto, irritabilidad, pérdida del apetito. El cuadro se torna aún más severo en el período post-natal, es decir con la presencia del nuevo hermano recién nacido.

²⁸ Villatoro, E. E. Baño de vapor tradicional, un recurso terapéutico en el altiplano guatemalteco. La tradición popular.

No. 59. CEFOL-USAC, 1986. p. 16.

²⁹ Hurtado J.J. Algunas ideas para un modelo estructural en relación con la enfermedad en el altiplano de Guatemala.

Guatemala, Indígena, No. 8, vol 1-2- 1973.p. 7-22.

3. Las enfermedades causadas por la ruptura del equilibrio calor frío. Estas ha sido expuestas con relativa amplitud en párrafos anteriores.
4. Enfermedades causadas por la pérdida del alma. Se considera pertinente explicar que en la cosmovisión de los pueblos indígenas se considera que el alma puede separarse del cuerpo durante la vida de la persona y volver a él sin causar mayores daños, esto vinculado al entendimiento de que un individuo, se compone de un cuerpo físico y de una sustancia inmaterial, una esencia, alma, que puede separarse del cuerpo, vagar libremente o bien quedarse cautiva por fuerza sobrenatural. En este sentido todo ser viviente y particularmente el humano no puede estar sin su alma, ni su alma sin su cuerpo.
5. Igualmente se concibe que todo lo que rodea al ser humano, en este caso, la naturaleza (bosques, plantas, ríos, piedras etc.) tiene alma. Es decir predomina el sentido animista.
6. Se estima que el alma se puede separar o desprender en forma súbita del cuerpo de un individuo a consecuencia de una experiencia perturbadora o aterradora, es decir por una impresión muy fuerte. Esto puede obedecer a un accidente, o encontrarse con animales peligrosos, en este momento el alma se sale del cuerpo y puede ser retenida por espíritus. Esto lo sufren niños, adultos hombres y mujeres de cualquier edad. Toda impresión que altere el estado emocional de la persona se llama “susto” “perdida del alma”.

El tratamiento generalmente requiere de la intervención de un especialista, quien por medio de la oraciones y plantas especiales que son frotadas en cuerpos, trata de convencer a los espíritus que retienen el alma que la liberen para que vuelva a su cuerpo. A veces, también se trata de convencer a la misma alma para que vuelva a habitar el cuerpo que le corresponde.³⁰

³⁰ Guillin, J. El Espanto Mágico. Cultura Indígena en Guatemala, 1959, p.164.

En este sentido existe una considerable diferencia de la concepción judeocristiana, que considera que el alma y el cuerpo están indisolublemente unidos desde la concepción hasta la muerte, momento en que se separan.

Enfermedades causadas por la influencia de otros seres, naturales o sobrenaturales. Aquí puede ser ubicada la enfermedad conocida como “mal de ojo”. Esta es una enfermedad a la cual son susceptibles los niños y animales muy jóvenes. A menor edad, mayor riesgo de contraerla.

Su diagnóstico y tratamiento requiere un especialista. Es clásica la sesión de diagnóstico con el huevo de gallina pasado por el cuerpo de la criatura para determinar si es “ojo” y cuál es su fuerza. Para prevenir el “mal de ojo” se utilizan recursos cuyo efecto es por contacto, pulseras o collares o gorros de color rojo que el niño deberá usar. Este color, se le clasifica como muy fuerte, por lo tanto es capaz de rechazar cualquier energía negativa. Los animales de corta edad, igualmente son protegidos mediante la utilización de un listón rojo alrededor del cuello. Otra medida preventiva es que la persona adulta capaz de “ojear” al niño, deberá tener contacto físico con él, cargarlo o acariciarlo para evitar la enfermedad.

Las enfermedades causadas por parásitos intestinales, como el alboroto de lombrices. Respecto a esta enfermedad, vale la pena enfatizar que el estómago se concibe como una bolsa y que al interior se encuentra otra bolsa de menor tamaño donde se encuentran los parásitos. En estos casos se refieren a las *Áscaris lumbricoides*, porque son visibles, contables y medibles. El tratamiento incluye infusiones de plantas, oler ajo, masaje en el estómago para que las lombrices vuelvan a su bolsa.

Las enfermedades antes descritas, desde su enfoque cultural encuentran su explicación y pueden apreciarse ya que la cultura indígena crea mecanismos de comprensión y entendimiento de los diferentes procesos de la salud y la enfermedad. Estos conocimientos son desconocidos y rechazados por la medicina formal occidental, sin explorar su potencialidad.³¹

³¹ CEFOLK, Medicina Tradicional en el Altiplano Occidental. 5ta. Edición. Pag.23-28.

CAPITULO III

1. MARCO REFERENCIAL

1.1. Apertura del tema de salud de los pueblos indígenas en el marco del decenio internacional de los derechos de los pueblos indígenas en el mundo

A raíz de la Declaración de Naciones Unidas sobre Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas, la OMS elevó el tema de la salud de los pueblos indígenas en el mundo. A partir de la estrategia de la Organización, se plantearon dos fases: la primera inicia en 1993 para iniciar la inclusión de salud de pueblos indígenas y en una segunda etapa se diseñó la estrategia 2002-2005, adoptada como compromiso de los Estados parte, en este contexto se han definido estrategias, metas y compromisos, para 1993 se recomendó lo siguiente:

- (a) Formulación de políticas de salud de los pueblos indígenas y aspectos legales y éticos, que refiere las prácticas, utilización y preservación de plantas medicinales,
- (b) Revisión de instrumentos legales y códigos, con el propósito de reducir los dispositivos que descalifican las prácticas tradicionales.
- (c) Se definen los principios de la estrategia y se especificaron las recomendaciones para el trabajo en salud con los pueblos indígenas de la región latinoamericana, basados en el respeto y revitalización de la cultura de estos pueblos.
- (d) La presencia de la República Popular China como estado miembro, permeó la posibilidad de considerar a nivel internacional los aspectos culturales y la posibilidad de aplicar programas de salud con una relación armónica entre la medicina tradicional y la medicina occidental. “Otras formas de curar”, como las usadas en la India, el resto de Asia, África y América Latina fueron conocidas y difundidas.

A manera de un mejor entendimiento del proceso y razones de trabajo de los estados en la temática indígena se presenta los principales sucesos a partir de 1993.

Los cambios sociales, económicos, políticos y culturales de la última década han influido notoriamente en el estado de salud y bienestar de la mayoría de los países de las Américas. Los

pueblos indígenas no están aisladas, ni constituyen un grupo hermético. Ellos forman parte de la dinámica de la región y por lo tanto sus problemas dependen, en gran medida, de la realidad histórica, social, cultural, política y económica del conjunto social. De acuerdo a las estimaciones y fuentes disponibles, la población indígena de las Américas se aproximaría a los 42 millones de personas distribuidas en unas 400 etnias, lo que representaría alrededor del 6% de la población continental y algo menos del 10 % de la población de América Latina y el Caribe (HSS/SILOS-34). Si bien los porcentajes pueden relativizar su presencia en el continente, la trascendencia histórica de los pueblos indígenas es indudable.

La investigación relacionada con los pueblos indígenas se ha dado siempre en términos de lo “otro” y por eso, probablemente ha sido incluido en la Antropología. El énfasis ha estado en estudiar las características “exóticas” de estos pueblos, como una curiosidad, cuyo valor llegó a ser mayor, durante la segunda mitad de este siglo, mientras el número de indígenas disminuía y aquellos que permanecían estaban atrapados en la abrumante ola de aculturación. Las principales áreas de investigación llegaron a ser los estudios tendientes a buscar mecanismos para asimilar a los pueblos indígenas al curso de la sociedad dominante. Un ejemplo de esto fue la escuela indigenista que predominó en México y en los Estados Unidos en la década de los 60s. Sin embargo, aunque algunos indígenas trataron de integrarse, la sociedad dominante se resistió a aceptarlos completamente, señalando su “calidad de otros” como obstáculo para su completa participación. La resistencia indígena y su decisión de seguir existiendo como culturas y sociedades “distintas” y “diferenciadas” es el elemento fundamental de la “persistencia” indígena en el continente.

Un gran número de investigaciones sobre plantas medicinales, la mayoría alejadas del contexto cultural de las etnias, se produjo en los años 70s y 80s. Las comunidades, casi en su totalidad, no fueron participes de los resultados obtenidos y menos aun de los beneficios económicos que varias de esas investigaciones han reportado. La década de los 80s y 90s ha puesto a los pueblos indígenas en la mira a medida que las fuerzas de globalización han incorporado a todos sin distinción alguna, como parte de los grandes bloques de la sociedad económica.

En Winnipeg se debatió el alcance del término “indígena” y las connotaciones de su uso, llegándose al consenso de que son “indígenas” quienes se reconocen a sí mismos como tales. Por su parte, el Convenio No 169 sobre Pueblos Indígenas y Tribales (1989) de la OIT reconoce como “indígena” a aquel sector diferenciado de la colectividad nacional, “...los pueblos en países independientes, considerados indígenas por el hecho de descender de poblaciones que habitan en el país o en una región geográfica a la que pertenece el país, en la época de la conquista o la colonización o del establecimiento de las actuales fronteras estatales y que, cualquiera que sea su situación jurídica, conservan todas sus propias instituciones sociales, económicas, culturales y políticas, o parte de ellas.”³²

La Iniciativa Salud de los Pueblos Indígenas, asume estos conceptos y el compromiso de promover, como se explicita en sus principios, la participación sistemática de los representantes indígenas en cualquier propuesta que involucre a su pueblo y la reciprocidad en las relaciones entre los diferentes actores del proceso hacia el bienestar integral de los pueblos. Por su parte en la Resolución V, los gobiernos de la Región se comprometen a promover el establecimiento o fortalecimiento de una comisión técnica de alto nivel u otro mecanismo de concertación que se considere apropiado, con participación de líderes y representantes de pueblos indígenas, para la formulación de políticas y estrategias, y el desarrollo de actividades de salud y medio ambiente dirigidas, hacia poblaciones indígenas específicas (HSS/SILOS-34, Resolución V). Con estas premisas, en el marco del reconocimiento explícito de la interculturalidad como mandato constitucional, el respeto a la interculturalidad de las naciones, la revaloración del saber indígena, el fortalecimiento de la singularidad de sus propias culturas, la meta debe ser que los pueblos indígenas retomen el control sobre el curso de sus propias vidas en las que la salud es sólo una parte.

Mientras el poder esté concentrado en el mundo no indígena, no se podrá hablar de equidad. El fortalecimiento de su capacidad como pueblo, llevará al pueblo indígena a generar su propia discusión sobre sus problemas y soluciones. La identificación y promoción de los factores positivos, protectores de la salud de la comunidad y de la familia, que han permitido su sobre vivencia y en algunas zonas, mantener niveles de salud similares a los sectores más aventajados,

³² Organización Mundial del Trabajo “Convenio 169” art. No.1

es importante. El abordar esta problemática conjuntamente, y proponer su fortalecimiento, no tiene como fin último ayudar a los pueblos indígenas, sino más bien ayudarnos mutuamente con el fin de alcanzar la salud para todos.

2. ESTRATEGIAS DE OPS-OMS PARA 2002 –2005

La misión de OMS en temas indígenas iniciado en 1993, con la apertura de salud para Pueblos Indígenas del Mundo; se dio paso a una serie de estrategias para que los estados miembros de las diferentes regiones del mundo incorporen dentro de sus sistemas nacionales de salud la medicina tradicional y complementaria(alternativa). Entre ellas se encuentran las siguientes:

- Política nacional y marco de trabajo legislativo
- Seguridad, eficacia y calidad
- Acceso
- Uso racional³³

Tales funciones siguen vigentes y adiciona para la estrategia al 2005 un marco de trabajo para la acción de la OMS y de sus socios a fin de que la MT/MCA desempeñe un papel más importante al momento de reducir la morbilidad y mortalidad, especialmente en las personas más pobres. En este contexto la estrategia 2002-2005 contempla:³⁴

- Política. Integrar la MT/MCA, en los sistemas nacionales de salud, desarrollando e implementando políticas y programas nacionales sobre MT/MCA, reconocimiento oficial de la MT/MCA y de los proveedores, distribución equitativa de los beneficios y conocimientos y los productos indígenas de MT
- Fomentar la seguridad, la eficacia, y la calidad de la MT/CM, difundiendo los conocimientos básicos y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para asegurar la calidad

³³ Los puntos de 4-7 son los compromisos establecidos en estrategia 2002-2005 de OMS.

³⁴ OMS “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. pag. 4-5.

- Acceso. Incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, según su apropiación, enfatizando el acceso a poblaciones pobres. Aumentar el acceso a una MT segura y eficaz no debe significar el desplazamiento de programas que aumente el acceso a la medicina alopática
- Uso racional. Fomentar el uso sólido de la MT/MCA por parte de proveedores y consumidores. Lo que será posible mediante directrices de formación para las terapias, fortalecer la organización de los proveedores, fortalecer la cooperación entre los suministradores de MT y alopática, y mejorar la comunicación entre médicos alopáticos y sus pacientes sobre los usos de la MT.

3. AVANCES Y LIMITACIONES DE LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA OMS CON RELACIÓN A LA INCLUSIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL A LOS SISTEMAS NACIONALES DE SALUD

Los avances de los ministerios de salud en las diferentes regiones del mundo son variadas y de igual manera lo son los niveles de compromiso y apoyo de los gobiernos. A continuación se presenta un panorama general de la postura de los gobiernos y ministerios de salud frente a la medicina tradicional y medicina complementaria y/o alternativa de los países miembros de la Organización Mundial de la Salud, en las regiones de África, Europa, América y Pacífico Occidental.

3.1.1. Avances de los estados Africanos en medicina tradicional

África tiene una trayectoria de medicina tradicional en los ministerios de salud; en los 25 países hay trabajo de medicina tradicional en distintos grados de avance, sin embargo lo relevante es que en 16 países los ministerios de salud tienen legalizado el uso y práctica de medicina tradicional, tienen un sistema de coordinación entre medicina tradicional y formal, todos, 22 ministerios de salud tienen registro de asociaciones de terapeutas tradicionales.³⁵ En África los

³⁵ OMS, Traditional Medicine “Strategy 2002-2005”, pag. 15-17

25 ministerios de salud están en proceso de consolidación de áreas de: creación de un entorno capacitador para la medicina tradicional; desarrollo de guías para la formulación y evaluación de políticas nacionales de medicina tradicional; y mejorar mecanismos los entornos económicos y normativos para la producción local de medicinas tradicionales.

Uno de los avances en los países es la política de registro estadístico de uso de medicina tradicional y registro de practicantes, ejemplo de registro de porcentajes de uso³⁶; Gana el 70%, Kenya el 70% de partos atendidos, Mali el 75%, Sur África el 80%, Zambia 70%. El número de practicantes de medicina tradicional por habitantes es mayor en la medicina tradicional que en la medicina occidental, por ejemplo; en Gana los registros muestran que hay un practicante de medicina tradicional por cada 400 personas comparado con la medicina occidental que tiene un doctor para cada 12,000 personas. Por un lado los niveles de aceptación por la sociedad en general es positiva y por el otro lado hay una aceptación y reconocimiento oficial de practicantes de medicina tradicional.

3.1.2. Avances de los estados del Sudeste Asiático en medicina tradicional

En los países del Sudeste Asiático la medicina tradicional es ampliamente usada y respetada. Desde 1988 la reunión de ministros de sanidad recomienda “la rica herencia e importante recurso” debe usarse de forma más eficaz durante la implantación de la atención primaria de salud de esa región. Los acuerdos de la región se han enfocado a:

- (a) afianzamiento de la medicina tradicional en los programas nacionales;
- (b) el papel de la experiencia de la medicina tradicional en la mejora de los sistemas públicos de salud de los distritos;
- (c) intercambio y divulgación de información sobre política y normativa nacionales sobre medicina tradicional;

³⁶ Legal Status of Traditional Medicine and Complementary /Alternative Medicine; Pag: 16,19,22,33,38. World Health The Organization 2001.

(d) los países que no cuentan con política, están trabajando en forma individual para de desarrollo de una política nacional en los ministerios de salud³⁷.

Particularmente la OMS ha apoyado al departamento de Sistemas Indios de Medicina y Homeopatía, que se establecieron desde 1995 en el ministerio de sanidad y bienestar familiar Indio. Entre 1998 y 1999 el departamento avanzó fuertemente en asistencia técnica al departamento en el desarrollo de:

- a. Estandarización y control de calidad de las medicinas tradicionales indias³⁸,
- b. Elaboración de guías de buena practica, y
- c. Aumento de la educación sobre medicina tradicional.³⁹

3.1.3. Avances de los estados miembros de Europa en medicina tradicional y Complementaria-alternativa

Por su parte los estados miembro Europeos (ver anexo 1) de la OMS, el tema de la medicina tradicional y medicina complementaria o alternativa ha cobrado rápidamente gran importancia. La postura de los ministerios es continuar avanzando en temas relacionados a la seguridad y la calidad, la licencia de proveedores y los niveles de formación, las metodologías y prioridades de investigación. No obstante, refieren aun muchas debilidades en proyectarse dentro de la política nacional, considerando los siguientes vacíos:

1. La medicina tradicional y la medicina complementaria o alternativa aun no tiene reconocimiento oficial
2. No está integrada a la medicina formal de salud, falta de mecanismos legislativos y legales,

³⁷ OMS “Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/alternative Medicine 2001”.
Pag: 5-43.

³⁸ Medicinas tradicionales indias: ayurveda, unani, siddha y homeopática.

³⁹ OMS “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005.

3. No existe información suficiente sobre la medicina tradicional y sus beneficios, así como de los productos provenientes de las culturas indígenas (medicina tradicional).
4. Existe una inadecuada distribución de los recursos para el desarrollo y la construcción de la capacidad⁴⁰.

Una tendencia en los países Europeos es el interés de los ministerios de salud de los estados en contar con registros oficiales sobre el uso de medicina complementaria alternativa (MCA), incluyendo los tipos de tratamiento. Al respecto, existen estudios realizados por los mismos Estados sobre el uso de la MCA, cuyos resultados pueden visualizarse de la siguiente manera:

- Los registros en Bélgica demuestran que el 40% de la población, más mujeres que hombres, han usado medicina complementaria/alternativa. Los tipos de tratamientos más usados son acupuntura y quiropráctico⁴¹;
- En Dinamarca el 33% de la población adulta utiliza la medicina complementaria-alternativa, de los cuales el 77% refiere haber tenido curación y 17% no fue efectivo. Los tipos de servicios más utilizados son: acupuntura, reflexología, masaje, medicina natural, homeopatía, kinesiología y quiropráctico. En este país, existe una tendencia de mayor uso de ésta medicina por parte de las mujeres que por los hombres⁴²;
- En Finlandia, los datos dan cuenta que el 50% de la población adulta ha utilizado la medicina complementaria. Uno de los datos más importantes es que un aproximado de 200 sistemas locales de salud tiene servicios de tratamiento con acupuntura⁴³;

⁴⁰ Ibid. pag. 85-125.

⁴¹ Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine; pag:86. Health The Organization 2001.

⁴² Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine; pag:89. World Health The Organization 2001.

⁴³ Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine pag:91. World Health The Organization 2001.

- Noruega registra que 30% de hombres y 40% de mujeres han utilizado la medicina complementaria. Las terapias más utilizadas son las siguientes: acupuntura, homeopatía, reflexología, medicina natural, quiropráctico, quinesiólogía, curación espiritual e iriología⁴⁴;
- En Gran Bretaña los registros destacan que el 70% de la población está a favor de medicina complementaria. En ese sentido, éste país esta realizando la integración de la medicina complementaria alternativa a los servicios nacionales de salud, especialmente en de los tratamientos con osteopatía, acupuntura, quiropráctico y homeopatía. Parte de sus avances en esta materia es contar con registros respecto a los practicantes⁴⁵ de la medicina complementaria que son al rededor de 50,000 de los cuales 10,000 están registrados como profesionales.

3.1.4. Avances de los estados del Pacífico Occidental en medicina tradicional

El pacífico occidental (ver anexo 1) cuenta con una herencia de medicina tradicional que no solo ha sido potenciada por los Estados en sus sistemas de salud, sino que han logrado expandirse a nivel mundial como prácticas utilizadas en las políticas nacionales de otros continentes, especialmente de países desarrollados que la han transformado como medicina complementaria.⁴⁶

Desde 1997 y 1998 los ministros de salud de los Estados del Pacífico Occidental reiteraron políticamente su apoyo a una amplia aplicación y desarrollo de la medicina tradicional. La OMS se encuentra apoyando a los Estados en tres líneas de acción:

⁴⁴ Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine; pag:125. World Health The Organization 2001.

⁴⁵ Los practicantes son parte del personal de los sistemas de salud tradicionales que aplican la medicina tradicional o complementaria.

⁴⁶ Ver estudios de la Organización mundial de la Salud referente a la Medicina Tradicional. Por ejemplo, Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005 y Legal Status of Traditional Medicine and Complmentary/Alternative Medicine: A World wide Review.

- Desarrollo de políticas y normativas sobre el uso de medicina tradicional,
- Facilitación de la integración de la medicina tradicional a los sistemas de salud

En Filipinas, por ejemplo, los logros en la materia se han concretado en la institucionalización y legalización del Instituto Filipino de Atención de Atención Tradicional y Alternativo en 1997. En Papua Nueva Guinea se creó la Política Nacional de Medicina Tradicional incorporado en el Plan Sanitario 2001-2010 del país. En Singapur se ha avanzado en la negociación de propuestas y aprobación del Acta delos Practicantes de Medicina Tradicional China, el cual fue aprobado por el Parlamento en año 2,000”⁴⁷

En adición al proceso liderado por los ministerios de salud, otros actores se incorporaron al proceso. Las Universidades fueron el centro de formación de recursos humanos contribuyendo con la creación de cursos a tiempo completo de medicina tradicional. La OMS también ha contribuido en la región facilitando trabajos de revisión de políticas como base para readecuaciones, tal como ocurrió en 1999, donde identifico un problema de coordinación entre la medicina tradicional y alopática; que se ha superado mediante el diseño de un plan de acción sobre medicina tradicional aplicable a 20 países de un total de 31 de la región.⁴⁸

Hay un incremento del interés de los países de incorporar la medicina tradicional, a raíz de la estrategia de la OMS en 1993 para la salud de los pueblos indígenas del mundo. En ese contexto, en países en donde ya ha sido utilizada la medicina tradicional como políticas nacionales el paso siguiente fue fomentar el uso correcto de la medicina tradicional y de introducirlo en el sistema sanitario formal.

En este continente, las estadísticas sobre el uso de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud se ha incrementado, actualmente de los 31 países del pacifico occidental, 14 ya han desarrollado documentos gubernamentales oficiales que reconocen la medicina tradicional y su práctica. Lo relevante es que hace poco s años solo China, Japón, la República

⁴⁷ Vease: OMS “Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005”. Paginas 20 a 31.

⁴⁸ Ver: OMS “Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A World Wide Review” Pag. 145-171.

de Corea y Vietnam, reconocían oficialmente el papel de la medicina tradicional en los sistemas oficiales de salud y ahora lo hacen otros países.

Los países que han tenido mayor desarrollo en el uso de medicina tradicional en los sistemas formales son: Butan, India, Indonesia, Nepal y Sri Lanka, quienes han integrado la medicina tradicional como parte del sistema nacional de salud y también cuentan con registros estadísticos de la cobertura:

1. En Butan no se tienen estadísticas sobre el uso de la medicina tradicional pero ya es parte del sistema nacional de salud incluyendo el nivel hospitalario. Cuenta con 15 unidades de medicina tradicional que dan servicios en todo el país atendiendo un 60% de la población total y se tiene proyectado llegar a un total de 20 unidades para alcanzar la cobertura nacional. Se han registrado 2,990 diferentes plantas medicinales usados en la medicina butanesa, el 70% de materia prima utilizada es cultivada y preparada en el país y el 30% es importada de India;
2. En India la medicina tradicional forma parte del sistema nacional de salud. Se utiliza especialmente en las áreas rurales donde vive el 70% de la población. El sistema incluye servicio hospitalario con capacidad de encamamiento y 22,100 dispensarios de medicina tradicional, más 587,536 practicantes de medicina tradicional y homeopatía están oficialmente registrados;
3. Indonesia registra un 40% de uso de medicina tradicional y en áreas rurales es hasta un 70%. Este país ya ha incorporado la medicina tradicional a la política nacional de salud. Existe acerca de 281,492 practicantes de medicina tradicional indonesia, siendo lo más relevante la participación de las parteras. Existen 723 manufacturas de medicinas tradicionales de los cuales 92 están registrados como productores en escala industrial;
4. En Sri Lanka, el 60% a 70% de la población depende de la medicina tradicional para la atención primaria de salud,

5. En China, la medicina tradicional es parte del sistema nacional de salud, su nivel de desarrollo incluye el nivel hospitalario, así se registra que en el 95% de hospitales generales tienen unidades de medicina tradicional y 50% de médicos rurales están capacitados para dar ambos servicios biomédica y tradicionales. Los practicantes de medicina tradicional han incrementado desde 1,949 a 1965, de 276,000 a 393,000 de los cuales 257,000 han sido graduados de la universidad y formados en ambas medicinas(biomédica y tradicional). Alrededor de 10,000 médicos son capacitados en medicina tradicional, también el sistema contempla 83,000 farmacéuticos especializados en medicina herbaria graduados de universidades con formación en medicina tradicional. El sistema nacional de salud incluye entre el 30 a 50% de medicina tradicional. El sistema de medicina incluye las manufacturas y el cultivo de plantas⁴⁹;

6. En Vietnam la medicina tradicional es parte del sistema nacional de atención. Estadísticas registran que el 30% de pacientes reciben tratamiento con medicina tradicional, el servicio hospitalario incluye este servicio. Existen 286 departamentos de medicina tradicional en los hospitales generales y 45 departamentos de medicina tradicional en los hospitales de provincia, la formación académica universitaria incluye la medicina tradicional y hay 4 institutos de formación⁵⁰.

3.1.5. Avances de los estados de América en medicina tradicional

En América Latina la situación sobre el uso de medicina tradicional y complementaria ha sido diferente que en el resto de continentes. Los estados miembros en el año 2,000 abordaron el tema del uso de medicina tradicional y complementaria dentro de sus sistemas nacionales de

⁴⁹ Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine; pag:1148-149. World Health The Organization 2001.

⁵⁰ Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/aternative. Pag:171. Wordl Health Organization.

salud y la discusión versó específicamente sobre el valor económico de la medicina tradicional y complementaria, la regulación y registro de las medicinas.

La mayoría de países de América (ver anexo 3) donde se ha regulado la medicina tradicional, no logra cubrir todas las especialidades de la medicina tradicional, sino únicamente el registro y procesamiento de plantas medicinales, en este caso se encuentran los países como Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Guatemala, y Perú⁵¹.

Los países como Brasil, Chile, Bolivia, Panamá y México, que cuentan un grado de avance con relación al resto de países, con respecto a la regulación, ya incluye el procesamiento de plantas medicinales, el registro, los proveedores y en algunos casos la exportación de productos. El caso de Guatemala, la regulación se ha limitado a las hierbas medicinales y existe avances incipientes en cuanto a las manufacturas (producciones en menor escala –artesanales- y en forma descentralizada en algunas áreas piloto con apoyo del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- y la OMS). En México el avance en esta materia ha sido mayor puesto que la población está más capacitada, tienen mayor participación en todo el proceso, acceso a capacitaciones, acceso a proyectos piloto y existe el reconocimiento del Estado para el funcionamiento y existencia de manufacturas, desarrollado mayoritariamente en áreas en donde habitan las poblaciones indígenas.

En Colombia, Chile y México el uso de la medicina tradicional está mayormente enfocado a los comunidades indígenas, incluso por ley como en el caso de Panamá⁵² o tácitamente se usa más medicina tradicional donde se asientan pueblos indígenas como el caso de Cochabamba en Bolivia⁵³ Por un lado estos países han avanzado en el reconocimiento de la medicina complementaria- alternativa dentro del sistema nacional de salud, sin embargo la regulación únicamente contempla la medicina tradicional.

⁵¹ OMS “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Año 2001, pag: 32-33.

⁵² OMS “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Año 2001, véase: 62-63.

⁵³ OMS “Estrategías de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Año 2001, ver pag. 43-44.

Por otro lado, en la práctica las entidades de salud han iniciado, dentro de algunas líneas de acción, la interrelación de la de la medicina complementaria y la medicina tradicional.

En el caso de Ecuador y Perú, la regulación tampoco incluye a la medicina tradicional en su sentido amplio. Siendo estos países mayoritariamente de población indígena y alto potencial en medicina tradicional, el Estado tuvo un rechazo abierto al uso y práctica. No fue sino hasta 1,969 en Perú y 1971 en Ecuador que la práctica de la medicina tradicional deja de ser penalizado y prohibido por ley⁵⁴.

En estos países hasta los años noventa se ha retomado la discusión sobre el tema de medicina tradicional para su reconocimiento e inclusión en los Sistemas Nacionales de Salud. La discusión se ha ampliado. En Perú existen propuestas de ir más allá de la regulación de las plantas medicinales e incorpora a la medicina tradicional en su sentido amplio, pero todavía existen actores que se oponen y esto quedó comprobado en la no-aprobación de una propuesta legislativa en 1999.

En Ecuador el abordamiento del tema ha sido parte de la demanda de las organizaciones sociales, fundamentalmente conformadas por representantes de pueblos indígenas. En 1998, la Asamblea legislativa reconoce y aprueba dos artículos que son incluidos en la Constitución que regula la práctica de la medicina tradicional:

1. La Constitución de la República en capítulo 5 y artículo 84, numeral 12 establece derechos colectivos, que textualmente dice:

Los sistemas, conocimientos y práctica de la medicina tradicional, incluye los derechos de protección de rituales y secretos de lugares, plantas, animales, minerales y ecosistemas de interés del estado frente a los objetivos de la medicina tradicional.

2. El capítulo 4, sección 4, artículo 44, establece que el Estado formulará una política de salud y monitoreo de su aplicación, bajo el control del sector de salud, incluyendo la

⁵⁴ OMS “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Año 2001, ver pag.56, 57 y 64.

promoción del desarrollo de la medicina tradicional y alternativa, cuya práctica es regulada por ley y promoverá los avances científicos y tecnológicos en las áreas de salud relacionadas a los principios bio-éticos.⁵⁵

Como resultado de la regulación, se creó la dentro del Ministerio de Salud, la División Nacional de Salud Indígena que tiene como objetivo la promoción y desarrollo de la medicina tradicional. Actualmente se toma auge el desarrollo de la medicina Quichua. Finalmente en el caso de Ecuador, llama la atención que desde 1983, la medicina homeopática ha sido reconocido por la asamblea no así la medicina indígena.⁵⁶

En Canadá, Estados Unidos y Colombia se reconoce y regula la medicina complementaria / alternativa. La regulación también tiene diferentes niveles y significados según el país, así:

- a) Canadá, a nivel nacional no existe una regulación propia mente dicha, sino únicamente en algunos de los Estados federados que contemplan dentro de su regulación el uso y práctica de la medicina complementaria / alternativa. Otro de los aspectos, es que a nivel nacional se han realizado estadísticas sobre el tratamiento de cada Estado federado en la materia, y los resultados dan cuenta que no existe una uniformidad sobre la regulación⁵⁷. Entre los problemas que se han presentado han sido los relacionados a la calidad del servicio, el exceso al uso de los medicamentos y productos de la medicina complementaria / alternativa por sobre los medicamentos alopáticos y el poco control de los Estado federados sobre los profesionales de la medicina alternativa. Estas han sido las razones pro las cuales Canadá se encuentra analizado el reconocimiento formal de MT y MC⁵⁸.

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/alternative Medicine: a Worldwide Review. Opc. Cit. pág. 56-57

⁵⁶ Ibid 8

⁵⁷ Cada Estado tiene interés en regular diferentes elementos de la medicina tradicional o medicina complementaria. En Saskatchewan la regulación se centra en quiroprácticos; Québec sobre reglas de capacitación y registro de practicantes de acupuntura, entre otros..

⁵⁸ OMS "Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Año 2001, ver pag. 45-51.

- b) En Estados Unidos de América la regulación incluye: licencia, disciplina profesional, acreditación de la práctica, acceso a tratamientos, control y vigilancia de la practica, reembolso de la tercera parte del costo.

Las reglas específicas son responsabilidad de cada Estado federado, así como la aprobación de diferentes prácticas de medicina complementaria. La más desarrollada es la medicina natural proveniente de plantas de base medicinal y diferentes tipos de tratamientos provenientes de otros sistemas de medicina tradicional, especialmente la medicina China.

La medicina tradicional de los nativos de Norte América es regulada por los Estados federados en donde habitan, aunque su uso es menor y menos difundido que la medicina complementaria. Cada sistema trabaja separadamente.

- c) La medicina complementaria es oficialmente reconocida desde 1905 y en 1914 se estandarizaron los requerimientos de capacitación y sistemas de titulación y protección. En Colombia ésta medicina solo puede ser practicada por médicos alopáticos. Actualmente se tiene la perspectiva de incluir la medicina homeopática en el Sistema Nacional de Salud.

En Canadá y Estados Unidos, se cuenta con registros sobre el uso de la medicina alternativa, lo cual puede analizarse de la siguiente manera:

- En Canadá a partir de los años 90 en adelante existen registros oficiales de niveles de uso de medicina complementaria y tradicional. Los datos demuestran que entre el 15% al 70% de canadienses han usado alguna de éstas medicinas en el curso de 12 meses. Algunos estudios muestran que el 70% han hecho uso de productos de medicina complementaria aunque solo el 24% ha consultado a practicantes de medicina complementaria. Algunos otros estudios muestran en forma detallada los niveles de uso por tipos de servicio: 36% han consultado a quiropráctico, 23% han usado técnicas de

relajación, 21% han acudido a un “consejero”⁵⁹, 17% terapia de hierbas, 12% dietas especiales, 12% remedios folklóricos, el 12% acupuntura, 10% yoga, 8% grupos de autoayuda, y 8% homeopatía⁶⁰, y

- En Estados Unidos hay estudios que demuestran un creciente uso de medicina complementaria/alternativa. En 1997 las estadísticas ascendieron del 32% al 54% de 1990 en los grupos estudiados. Las terapias más usadas fueron: el masaje, grupos de autoayuda, remedios folklóricos, equilibrio de energía y homeopatía⁶¹.

Algunos registros estadísticos existentes en los países latinoamericanos son meramente regionales y corresponden a áreas geográficamente pobladas por indígenas. Por ejemplo, Bolivia registra que en Cochabamba el 55% de la población prefiere la medicina tradicional y se estima que hay 5000 practicantes; en Guatemala se registran 250 practicantes de medicina tradicional en una región noroccidental que donde asientan indígenas y en la misma línea se encuentra México y Perú.

Como se puede percibir, si bien es cierto, existen algunos datos estadísticos sobre el uso de medicina tradicional, estos son muy regionales y basado en proyectos ligados a los ministerios o secretarías de salud, lo cual limita a tener un registro real ya que las organizaciones que no tienen convenio o coordinación con las entidades estatales no son tomadas en cuenta en las estadísticas. El otro aspecto, es que a pesar de sus propios registros, los resultados tampoco han sido utilizados para establecer estrategias y fortalecer sus proyectos desde una perspectiva global de la medicina tradicional. En Guatemala, el sistema de información no contiene las variables para verificar el uso de la medicina tradicional, sino que se encuentra en el sistema de información formal.

⁵⁹ En Norteamérica, fundamentalmente Canadá y EEUU utilizan la palabra *prayer* que traducido al español sería orador, o consejero en la medicina maya.

⁶⁰ Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine; pag: 45-46. Health The Organization 2001.

⁶¹ Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine; pag: 65-66. Health The Organization 2001.

3.2. Limitaciones de los estados en medicina tradicional y medicina complementaria alternativa

En términos generales las principales limitaciones compartidas por las diferentes regiones son las siguientes⁶²:

El acceso se ve limitado por la temática de propiedad intelectual, ya que los conocimientos de las prácticas y productos indígenas de MT obtenidos por los investigadores pueden ser utilizados de beneficio propio de empresas y los institutos de investigación, mediante patentación caracterizada por escasas o nulas compensaciones a los poseedores del conocimiento, esto dificulta la investigación por tanto asegurar la eficacia y calidad.

Por un lado la falta de entendimiento de los consumidores sobre los posibles efectos colaterales en el uso simultáneo de MT/MCA y química, y por otro lado la falta de conocimiento de los médicos alopáticos sobre los efectos secundarios de MT. Por ejemplo el uso de Ginseng al mismo tiempo que Warfarina da como efecto colateral el aumento de la actividad antiplaquetaria y por tanto producir una hipercuagulación.

Especialmente para los países que promueven la MCA, la investigación es deficiente, ya que no cuentan con la ética deseada, no se comprende bien la MT, falta metodología sólida y los investigadores no quieren valorar la evidencia.

La falta de dirección e información técnica ha impedido el desarrollo de normativas y registros de las medicinas con base de Hiervas, lo que limita la información sobre los efectos secundarios de algunas medicinas a base de hiervas.

En países Africanos se ha dado problemas en la disponibilidad de materia prima de plantas medicinales, ya que se recogen de ambientes silvestres y el aumento de la exportación de algunas plantas o productos generan escasez, tal el caso de la patata africana (*hypoxis hemerocallidea*) está ahora amenazada por la publicidad de su efectividad en el tratamiento de VIH. Por lo que los recursos provenientes de países en desarrollo es urgente tener estrategias y capacidad de protección.

⁶² Vease: Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Pag. 23-30.

CAPITULO IV

1. MARCO METODOLOGICO

1.1 Abordaje del problema

En Guatemala históricamente ha existido y sigue existiendo la práctica de la medicina indígena como herencia cultural. En el caso de la medicina tradicional maya, está basada en la cosmovisión maya, en efecto; su lógica gira en torno a la dualidad: por ejemplo dualidad, el equilibrio, la relación de la salud-enfermedad-espiritualidad, la vida y la muerte. Cuenta con recursos humanos formados sobre la base de la cosmovisión maya, es decir cura, la persona (el o ella) que según su signo calendárico está potencialmente destinado a desarrollar destrezas, pueden ser hombres y mujeres; esta persona, reconoce varios tipos de enfermedades basados en sistema frio-caliente y en el desequilibrio de energía como por ejemplo: el mal de ojo, el susto etc. Cuenta con varios tipos de tratamiento que incluye plantas medicinales, minerales, productos de animales, el tuj (temascal) los rituales y ceremonias a base de fuego, la espiritualidad y eventualmente uso de algunos medicamentos químicos. (simples como aspirinas.)

A lo largo de la historia se ha demostrado que el sistema de oficial de salud no ha tenido los efectos deseados, esto se refleja en los bajos índices de cobertura, en altas tasas de morbimortalidad, en su poca accesibilidad relacionada a su estructura administrativa. La concepción de la salud y la enfermedad no responde a los códigos que maneja la población y en adición, a lo anterior, mucho personal de salud no conoce el idioma local y además está formado en base a la medicina alopática.

En consecuencia, ambos sistemas de medicina funcionan en base a principios y lógicas diferentes, ambas son positivas y ambas también, tienen sus limitaciones. En el sentido práctico, contar con dos sistemas de salud es una riqueza para el desarrollo del país, sin embargo, la falta de reconocimiento oficial de la medicina indígena, la sitúa en una condición desventajosa en términos de acceso a recursos para su funcionamiento y desarrollo,

reconocimiento para ser aplicada y utilizada abiertamente por la población y así contribuir a la disminución de tasas de morbi-mortalidad.

El proceso histórico del mundo y en particular de Guatemala ha permitido algunas herramientas para que el tema de “pueblos indígenas y Medicina Tradicional” sean temas de discusión de los estados, es así como se ha iniciado en 1993 el abordaje del tema y al nivel de la Organización Mundial de la Salud; los Estados han adquirido compromisos tendientes a la inclusión de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud, como una política pública. En adición a ello, el proceso de los acuerdos de paz, han sido otro elemento que busca nuevas formas de relación entre el estado y los pueblos indígenas, especialmente la apertura al reconocimiento de ellos y sus diferentes formas de expresión social. En ese contexto, el reconocimiento de la medicina indígena como conocimiento ancestral está en el escenario, pero se conoce poco cuales son los avances y limitaciones, en el país, según los mandatos de la OMS. Se sabe que hay una serie de situaciones u acciones sin saber exactamente su impacto, tales como:

- Hay pocos recursos nacionales para impulsarlos
- Los avances que hay obedecen más al cumplimiento de algunos compromisos formales, que a un real convencimiento del Sector sobre el tema,
- La medicina tradicional no se comprende en su dimensión real,
- Los avances mayores son en el tema de plantas medicinales, sin embargo esto no represente la globalidad de la medicina tradicional,
- Se conoce poco sobre los avances de Guatemala en la materia según mandato de la OMS,
- se conoce poco sobre las experiencias de otros países que han llegado a niveles de mayor avance en la materia

Los problemas antes mencionados son relevantes, sin embargo el problema central es la falta de reconocimiento de la característica pluricultural, multilingüe y multiétnico de Guatemala entre ciudadanos y del estado hacia la sociedad, lo que dificulta la tolerancia y el establecimiento de plataformas de respeto entre diversos.

Por ello, en el presente estudio se pretende responderse varias interrogantes;

¿El enfoque de la medicina tradicional indígena (maya, garifuna y xinca) responde a las definiciones y compromisos de los países miembros con la OMS?

¿Tiene el ente rector una política pública de medicina tradicional y la ha diseñado e implementado?

¿La participación de los pueblos indígenas en el proceso de medicina tradicional es activa?

2. OBJETIVOS

Objetivo

Analizar los avances y limitaciones del Estado Guatemalteco en medicina tradicional y medicina complementaria en el marco de la OMS.

Objetivos específicos.

- 1) Avances y limitaciones de la incorporación de la medicina tradicional en el marco de la política de atención en salud en Guatemala.
- 2) Aportar elementos para la formulación de una política pública que incorpore la medicina tradicional dentro del sistema nacional de salud en Guatemala.

3. METODOLOGÍA

El tipo de estudio es descriptivo. Para su desarrollo se utilizó el análisis bibliográfico de fuentes primarias y secundarias, principalmente informes de la OMS-OPS, los informes y estudios internos del Ministerio de Salud de Guatemala. Las fuentes de análisis fueron

documentos vinculados con el proceso sectorial de salud en las regiones de África, Asia, Europa y América en materia de salud de pueblos indígenas y medicina tradicional. Se consultaron acuerdos, compromisos y planes sobre la materia definidos en el marco de la OMS.

Se estudiaron documentos que sirvieron de base para el análisis específico en el caso de Guatemala, los cuales contribuyeron a las conclusiones y recomendaciones del presente estudio,

Se realizaron entrevistas con actores directos en el proceso dentro del Ministerio de Salud Pública y Asistencia [Social y con un líder de la Asociación de ancianos terapeutas, guías espirituales, comadronas, curanderos, componehuesos, líderes que aplican el derecho maya (Ajq'ibab), análisis de matrices de los avances en países de la región latinoamericana sobre la incorporación de la Medicina tradicional en los Sistemas Nacionales de Salud.

CAPITULO V

1. CASO GUATEMALA

1.2. LA MEDICINA TRADICIONAL EN GUATEMALA COMO POLÍTICA PÚBLICA

a) Antecedentes

A continuación se presentan los avances y limitaciones del Estado Guatemalteco en la implementación de los compromisos establecidos por la OMS/OPS desde 1993 a la fecha, en materia de medicina tradicional.

En Guatemala históricamente ha existido y sigue existiendo la practica de la medicina indígena, la cual ha funcionado paralelamente a la medicina oficial. El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social –MSPAS- ha venido desarrollando acciones oficiales para el reconocimiento a la medicina indígena a partir del escenario favorable resultante del decenio internacional de los pueblos indígenas y el escenario nacional relacionado a los Acuerdos de Paz, donde se establecen acciones y mecanismos de reconocimiento, fortalecimiento y promoción de la medicina indígena.

El ministerio de salud con el apoyo de la OMS/OPS, ha desarrollado distintas acciones encaminadas a la implementación de compromisos en materia de medicina tradicional desde 1993, las cuales se encuentran en el Programa Nacional de Medicina Tradicional y Alternativa, entre ellas: investigaciones, capacitaciones sobre procesamiento de plantas medicinales, foros de discusión y encuentros nacionales e internacionales, registro y regulación del procesamiento de plantas medicinales y algunos proyectos pilotos relacionados con el trabajo de las parteras.

Al margen del trabajo del Ministerio de Salud, varias organizaciones no gubernamentales nacionales e internacionales han venido desarrollando investigaciones, capacitaciones e intervenciones en las comunidades indígenas, para potenciar la práctica de la medicina popular.

así como garantizar la atención en salud, principalmente en las áreas en donde no hay acceso a la salud. Diferentes estudios han establecido que la parte más desarrollada de Medicina tradicional se focaliza en el uso de plantas medicinales y el papel de la comadrona tradicional en la atención de partos y atención específica de las mujeres rurales.

La OMS, como se ha visto en otros países, ha puesto atención a la inclusión de la medicina tradicional en los sistemas de salud, fundamentalmente porque considera que el reconocimiento de los pueblos indígenas debe trascender también al reconocimiento de sus prácticas, uso y protección de conocimiento ancestral. Por eso los compromisos de los Estados en el marco de la OMS se consideran estratégicos; ya que buscan a través de políticas públicas, la incorporación de la MT en el sistema oficial de salud.

En este contexto, desde 1993 hasta la fecha, el Ministerio de Salud en Guatemala viene realizando acciones en función de dar cumplimiento a los compromisos establecidos por OMS. En este marco, se creó en el 2002 el Departamento de Medicina Tradicional, a través del cual se desarrollaron estudios, investigaciones, el diseño del Programa, el diseño de la propuesta Articulación de la Medicina Tradicional al Sistema Oficial de Salud, la estructuración y organización de la implementación del Programa, diferentes tipos de acciones que contribuyan a la realización de una política de medicina tradicional, así como la capacitación y establecimiento de los laboratorios artesanales.

Vale la pena recalcar que los diseños y contenidos del Programa es un avance, pero todavía no se ha llegado a la implementación, fundamentalmente por la falta de recursos y en parte por la falta de voluntad política de los gobiernos de turno.

2.1.1. La medicina tradicional como política pública en Guatemala

El parámetro para analizar los avances y limitaciones en el caso guatemalteco son: Definición de Medicina Tradicional, Sistema de Salud y el cumplimiento de los compromisos establecidos en el marco de la OMS.

Sobre la definición, es de tomar en cuenta que si bien la OMS/OPS ha establecido la medicina tradicional y medicina complementaria alternativa para incluirlas en el sistema nacional de salud, en el caso particular de Guatemala solo se puede hablar de la medicina tradicional. Esto porque, como en muchos países de Latinoamérica, que se diferencian de los asiáticos y africanos, no se habla de medicina complementaria alternativa en los sistemas de salud, dada la tradición milenaria de los países en el continente. Por lo tanto, el análisis para Guatemala se enfatizará únicamente a cómo el sistema nacional de salud ha puesto atención a la incorporación de la medicina tradicional.

Sobre la Medicina Tradicional la OMS ha planteado dos tipos de definiciones. La primera, incluye *la diversidad de practicas de salud que incluye el uso de plantas, animales, medicinas de base mineral y terapias espirituales. La medicina tradicional es transmitida oralmente de generación en generación y en algunos casos hay familias especializadas en la aplicación de determinados tratamientos o bien que son aprobados oficialmente por las universidades. Algunas prácticas son geográficamente restringidas en diversas regiones del mundo y se practican en el área geográfica de donde se originan.*⁶³

La segunda definición se plantean en la estrategia 2002-2005 la cual dice textualmente: *La Medicina Tradicional es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas de medicina tradicional como por ejemplo la medicina tradicional china, el ayurveda Hindú y la medicina unani árabe, y a las diversas formas de medicina indígena. Las terapias de medicina tradicional incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hiervas, partes de animales y/o minerales, y terapias sin medicación, si se realizan principalmente sin el uso de medicación, como en el caso de la acupuntura, las terapias manuales y las terapias espirituales. En países donde el sistema sanitario dominante se basa en la medicina alopática, o donde la MT no se ha incorporado en el sistema sanitario nacional, la MT se clasifica a menudo como medicina “complementaria”, “alternativa” o “no convencional”.*⁶⁴

⁶³ OMS. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional, 2002-2005. Pág. 1.

⁶⁴ Idem.

En Guatemala, se puede decir que se tiene una definición que no engloba todos elementos que contiene las definiciones de la OMS, sino más bien de forma muy restringida y con enfoque económico, a pesar de que en el Plan se dice que la definición se basa en la establecida por la OMS. Restringida desde del punto de vista que no reconoce la medicina tradicional como aporte de los pueblos indígenas, no especifica a que medicina tradicional se refiere, si se toma la segunda definición se tendrían que hablar tres tipos de medicina tradicional para el caso guatemalteco: medicina maya, medicina garífuna y medicina xinca. Sin embargo, se puede percibir que el Programa se refiere a medicina tradicional maya, sin que así se establezca explícitamente. Otro de los aspectos que en el Programa se visualiza es alto reflejo de las prácticas indígenas de las comunidades lingüísticas Quiché, Ixil y Mam, es decir de la región noroccidental del país. En tal sentido, que no engloba las particularidades de otras comunidades lingüísticas representativas como ketchi y Kakchiquel, poblaciones estadísticamente representativas.

Sobre los sistemas, la OMS las establece por los niveles de inclusión. Es decir, a partir de un sistema determinado se puede determinar en que nivel de inclusión se encuentra un país. Los sistemas son los siguientes: El sistema integrado, sistema inclusivo y sistema tolerante.

Guatemala, por la característica forma de tratar el tema, como de nivel de inclusión de la medicina tradicional en el sistema de salud, se puede establecer que se encuentra entre el sistema inclusivo y el sistema tolerante, los cuales se definen de la siguiente manera:

- Sistema Inclusivo. Este sistema, según la OMS, reconoce la MT pero no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad. Es decir, no está disponible en todos los niveles de atención, ni en todas las ramas de la medicina tradicional. En este caso, puede ser que el seguro sanitario no cubra los tratamientos de MT, puede que la educación oficial de MT ya que no está disponible en el ámbito universitario o que no exista una regulación de los proveedores y productos de la MT. Este sistema se ha implementado especialmente en los países en desarrollo, como el caso en Guatemala.
- El sistema tolerante. Se refiere al sistema sanitario nacional está basado enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT.

En Guatemala, si bien es cierto se encuentra entre los dos sistemas mencionados, establecidos por la OMS/OPS, todavía no en su totalidad, sino solo en algunos aspectos como la regulación, procesamiento de las plantas medicinales en el nivel local y reconocimiento de la labor de las parteras, así como las intenciones plasmadas en el Programa que la hace situarse en los niveles de inclusión de los sistemas mencionados. Como se puede percibir el sistema educativo no contempla la formación en medicina tradicional y temáticas sobre pueblos indígenas.⁶⁵

2.2. Compromisos en el marco de OMS 1993-2005. Los avances y limitaciones en Guatemala

2.2.1 Avances

	Compromisos	Avances
1	Formulación de políticas de salud de los pueblos indígenas y aspectos legales y éticos, que refiere las prácticas, utilización y preservación de plantas medicinales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Política de salud. En 1996 se incorpora a la política nacional de salud la Política de Salud de los pueblos Maya, Garifuna y Xinca. ▪ Procesamiento artesanal de plantas medicinales. ▪ Investigación en enfermedades, terapeutas y estructura de medicina tradicional. ▪ Creación de departamento de MT
2	Revisión de instrumentos legales y códigos, con el propósito de reducir los dispositivos que descalifican las practicas tradicionales.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusión de MT en Código de Salud, art. 161, establece la incorporación, implementación y regulación de los sistemas alternativos. ▪ Sistema de Vigilancia y Control de productos fitoterapéuticos, establecidos en los Artículos 164 y 165 del Código de Salud.
3	Política nacional y marco legal de trabajo:	Propuesta de medicina popular y tradicional y su

⁶⁵ Algunas universidades privadas han incluidos en sus planes de estudio los contenidos de medicina tradicional y pueblos indígenas, lo cual es positivo pero no es parte del sistema oficial.

	Compromisos	Avances
	Crear la política nacional de MT, definición de MT, promoción de uso, distribución de recursos, consideración de temas de propiedad intelectual.	articulación de las redes del sistema oficial de salud.
4	<p>Seguridad, eficacia y calidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Legislación y registro de medicinas a base de hierbas ▪ Control de seguridad de medicina a base de hierbas ▪ Apoyo a investigación clínica ▪ Pautas y directrices para valorar la seguridad, la eficacia y calidad de MT ▪ Farmacopea nacional y monografías de plantas medicinales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Registro y regulación de productos fitoterapéuticos ▪ Investigación sobre usos de MT ▪ Farmacopea y monografía de plantas medicinales.
5	<p>Uso racional⁶⁶</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Fortalecimiento y aumento de la organización de proveedores de MT ▪ Fortalecimiento de cooperación entre los suministradores de MT y médicos alopáticos ▪ Mejorar la comunicación entre médicos alopáticos y y sus pacientes sobre el uso de MT. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Coordinación entre suministradores de MT y Médicos alopáticos. En propuesta de programa nacional.

En la formulación de políticas, la política de salud para los pueblos Maya, Garifuna y Xinca ha consistido principalmente en mejorar el acceso a los servicios de salud en el primer nivel de atención, mediante el Sistema Integral de Atención en Salud –SIAS-. El contenido de servicio está basado en los servicios convencionales de atención materno infantil, brindado

⁶⁶ Los puntos de 4-7 son los compromisos establecidos en estrategia 2002-2005 de OMS.

por un médico, guardianes de salud y comadrona. Las medicinas cubiertas en el servicios son medicamentos genéricos.

El Departamento de MT del Ministerio de Salud, cuenta con personal, instalaciones, pero el presupuesto depende de la cooperación internacional. Entre los principales logros del Departamento se encuentra el diseño del programa nacional de medicina popular tradicional y alternativa y la propuesta de Medicina Popular Tradicional, así como su articulación a los servicios oficiales de salud, (basada en la producción de investigaciones y sistematización de diversos temas relacionados a la medicina tradicional (ver anexo 4) mismo que aun no ha sido implementado.

El procesamiento de plantas medicinales en el nivel local se ha desarrollado con el objetivo de incluir los productos en la canasta básica del SIAS en el primer nivel de atención. Sin embargo, no ha sido posible debido a que el Ministerio no puede comprar productos que no cumplan con los requisitos de control de calidad, que establece el Sistema de Regulación de Fitoterapéuticos. Con apoyo de la organización No gubernamental Médicos Descalzos se ha iniciado un proceso de capacitación a líderes locales para el procesamiento de plantas medicinales aprobadas por el mismo Ministerio de Salud, como uno de los logros en la materia.

Con respecto al compromiso de la revisión y reformas legales para el reconocimiento de la medicina tradicional, la reforma del Código de Salud de 1997 menciona la incorporación, regulación y fortalecimiento de los sistemas alternativos como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, mediante el establecimiento de mecanismos de autorización, evaluación y control. También especifica en los artículos 164 y 165 el sistema de vigilancia y control sobre productos fitoterapéuticos y zoterapéuticos.

En cuanto a los compromisos de Política Nacional y Marco Legal, aun no se cuenta con una política de salud en medicina tradicional. Sin embargo, el Programa Nacional de Medicina Tradicional contempla como resultado la articulación y complementación del sistema oficial de salud con la medicina popular tradicional con lo cual se encamina la inclusión de

medicina tradicional en el sistema oficial de salud. El Programa Nacional incluye 5 elementos de los 10 que OMS recomienda como claves para una política nacional sobre medicina tradicional y son: (1) definición de MT, (2) papel del sector en MT, (3) Provisión de educación y formación, (4) provisión de recursos económicos, (5) expansión de la legislación.⁶⁷

En Seguridad, Eficiencia y Calidad, de los cinco aspectos que considera la OMS, se ha avanzado formalmente con tres elementos, aunque con diferentes niveles de desarrollo, como se presenta a continuación:

- Funcionamiento de regulación y control de la calidad de medicamentos en Guatemala, el cual es función de la comisión asesora de productos fitoterapéuticos - CAPROFIT-.
- Investigación sobre medicina tradicional. En éste campo se ha avanzado mediante la producción de varios estudios relacionadas a la patología, diagnóstico, tratamiento y terapéuticas de la medicina tradicional. El contenido de los estudios se resumen en el contenido de la Propuesta Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa.(ver lista de estudios en anexo 5)
- Farmacopea y monografía de plantas medicinales. Como se ha mencionado, es una de las áreas más desarrolladas dentro del programa con el apoyo de organizaciones civiles tales como Médicos Descalzos, laboratorio fitofarmacéutico –FARMAYA-, el Centro de Estudios Mesoamericanos para Tecnologías Apropriadas, Médicos sin Fronteras, la facultad de Ciencias Químicas y Farmacia y la Facultad de Agronomía de la Universidad de San Carlos y el Centro de Estudios Kolclóricos.

Uso racional

De los cinco elementos claves que establece OMS, solamente un compromiso está incluido en la propuesta de programa nacional de medicina popular tradicional y alternativa.

Según lo anterior se establece que de los siete compromisos, los avances pueden destacarse en:

⁶⁷ Estrategía de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Pag.23.

- Se ha avanzado en parcialmente en tres compromisos: 1. formulación de políticas; 2. revisión de instrumentos legales; y, 3. seguridad, eficacia y calidad con la particularidad de un alto enfoque al procesamiento y registro de plantas medicinales.
- En los compromisos sobre política nacional y uso racional, se ha avanzado en la producción teórica y se resumen en el contenido del Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa que se diseñó y presentó oficialmente desde 2002, pero que aun no se encuentra en implementación. En este caso el impacto que puede tener la producción teórica es incierta.

Los compromisos contenidos en la definición de principios y acceso a la MT no registran acciones realizadas, encaminadas o diseño de estrategias para su operacionalización.

2.2.2. Limitaciones

	Compromisos	Limitaciones
3	Definición de principios de la estrategia de iniciativa SAPIA ⁶⁸ (1) Enfoque integral de la salud, (2) derecho a la autodeterminación, (3) respeto y revitalización de las culturas, (4) reciprocidad entre actores involucrados y (5) derecho a la participación sistemática de los pueblos indígenas a través de sus representantes.	No se perciben avances. Las limitaciones pueden encontrarse en la exclusión sistemática a los pueblos indígenas. El análisis puede situarse porque los elementos de la definición de los principios de la estrategia conllevan el tratamiento político e ideológico de la medicina tradicional en Guatemala, lo cual se refleja en la definición que el sistema nacional ha establecido.
6	Acceso: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación de terapias y productos seguros ▪ Estudio de tratamiento seguro para enfermedades de carga mayor a 	No existe ningún servicio que el sistema nacional preste a la población sobre MT en forma sistemática y permanente. Las limitaciones pueden ser variadas, entre ellas porque no existe una estrategia, más allá del

⁶⁸ Los puntos de 1-3 son compromisos que se establecieron en Winnipeg Canadá en 1993.

	Compromisos	Limitaciones
	pobres <ul style="list-style-type: none"> ▪ Reconocimiento del papel de los practicantes de MT ▪ Protección y preservación de conocimiento indígena sobre MT ▪ Cultivo sostenible de plantas medicinales 	Programa. No existe una política de MT que establezca obligatoriedad y presupuesto para su aplicación..

Las limitaciones identificadas se ubican principalmente en la definición de principios y en el acceso, aunque pueden visualizarse también otros aspectos como la falta de decisiones políticas para la implantación del Programa ya diseñado.

Los avances que se han presentado, sin embargo presentan obstáculos para su desarrollo, que van desde lo estructural del abordaje del tema, hasta las deficiencias técnicas en la definición y diseño de las estrategias de intervención. En lo estructural es el tratamiento y reconocimiento del Estado hacia los pueblos indígenas y sus tradiciones. En ese contexto, específicamente de la política de salud, esto se refleja en el artículo 161 del Código de Salud que establece la incorporación, regulación y fortalecimiento de los sistemas alternativos, como la homeopatía, la medicina tradicional, medidas terapéuticas y otras.⁶⁹ Sin embargo, existe una invisibilización de la MT como una práctica específica de los pueblos indígenas, por lo cual el Estado no reconoce la inclusión de una práctica proveniente de los pueblos indígenas sino como un elemento de una medicina alternativa en general.

El Programa únicamente hace alusión a los artículos 93, 94 y 98 de la Constitución Política que en general establecen el derecho a la salud en términos individuales. Sin embargo, no aborda la temática de salud desde el punto de vista colectivo lo cual sería rescatable desde el punto de vista del artículo 66, que establece que *el Estado reconoce, respeta y promueve las formas de vida, las costumbres, las tradiciones, las formas de organización social, el uso del traje indígena en hombres y mujeres, idiomas y dialectos*. En ese sentido, de tomarse en cuenta el

⁶⁹ Ministerio de Salud Pública. Código de Salud, Deceto 90-97. 2ª edición. Guatemala, 1999.

artículo mencionado, la medicina tradicional en el sistema nacional de salud podría ser más integral, en los idiomas mayas y bajo las formas de organización social de los pueblos indígenas para la atención de la salud.

En la formulación de políticas, hay elementos en el proceso de producción artesanal no superadas, que limitan la consolidación y expansión del procesamiento de plantas medicinales.

Entre las principales limitaciones sobresalen las siguientes:

- No hay un registro sobre el total de laboratorios artesanales existentes
- Existen un número aun no definido de laboratorios artesanales funcionando al margen del acompañamiento del Ministerio
- Escasez de materia prima, desde la experiencia de los laboratorios acompañados por el Ministerio
- Aumento de costos de producción desde la experiencia de los laboratorios acompañados por el Ministerio
- El Ministerio no puede comprar productos artesanales, debido a la limitación legal que se tiene con la acreditación de las manufacturas⁷⁰.

El Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa contiene la visión y misión de desarrollar la medicina tradicional como parte de la política nacional de salud, pero existen serias debilidades que impiden la implementación de las acciones prioritarias que concreten la inclusión formal de la MT en los sistemas de salud, entre ellos podríamos mencionar:

- La falta de una decisión política, lo cual se evidencia en la ausencia de una partida presupuestaria al Programa de Medicina Tradicional, lo que le convierte en un programa altamente dependiente económicamente de la cooperación externa y vulnerable a su continuidad.
- El Programa es dirigido, coordinado e implementado por personal con poca apropiación del carácter pluricultural, multilingüe y multiétnico, lo que hace al programa vulnerable a los cambios políticos al interno de la mismo sector, dependiendo de la lógica y de la

⁷⁰ Entrevista con Ana María Rodas, Coordinadora del Programa Nacional de Medicina Popular y Alternativa del Ministerio de Salud Público y Asistencia Social –MSPAS-. Guatemala, junio 2002.

visión del personal de turno. Es decir, que el Programa puede tener diversas interpretaciones, sin entender la dimensión real de las oportunidades y obligaciones del mismo.

En relación a las manufacturas, la limitante se encuentra en que éstas no califican en los estándares de calidad definidos por la Comisión Asesora de Control de Calidad de Productos Fitoterapéuticos –CAPROFIT–, lo que hace que el Ministerio no pueda incluir los productos en la canasta básica del SIAS, lo cual no permite el acceso.

3. ANÁLISIS DEL PROGRAMA DE MEDICINA POPULAR TRADICIONAL

El Programa representa un avance fundamental para la incorporación de la MT en el sistema nacional. Al respecto, se puede decir que existe una iniciativa desde el Estado para hacer posible algunos de los compromisos establecidos en el marco de la OMS y que también quedaron plasmados en los Acuerdos de Paz que dieron fin al conflicto armado interno y que pusieron en el tapete de la discusión la problemática indígena y el papel del Estado.

La debilidad fundamental de un Programa que retome los aspectos contenidos en las estrategias de la OMS en toda su magnitud, radica fundamentalmente en la visión del Estado y de su rol en el desarrollo nacional incluyente y participativo. Es decir, políticas nacionales que involucren a la sociedad en general y que den solución a las problemáticas de toda la población. Sin embargo, el Estado ha sido excluyente, lo cual se ha evidenciado en las acciones implementadas a lo largo de la historia del país. Por lo tanto, el Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional Alternativa es un avance sustancial. sin embargo, es necesario resaltar algunos elementos que se consideran débiles, en función del fortalecimiento del mismo.

Algunos elementos se han mencionado sobre la ausencia de una definición en la que se basa el Programa, que es en gran medida la visión del Estado y del cual se basarán sus acciones. La carencia de una definición, evidencia la falta de compromiso político del abordaje de la temática, una postura del Estado al respecto.

Técnicamente, el Programa debería de estar enmarcado en una Política Pública de Salud, sin embargo, se trata de una serie de acciones aisladas y dependientes de un área que no se articula en la estructura del Ministerio y por lo tanto en las partidas presupuestarias del mismo, así como tampoco se evidencia como uno de los componentes claves de la Reforma del Sector Salud que conlleve a una política pública multicultural en el corto plazo.

Uno de los aspectos importantes es que el Programa se ha establecido en base a diagnósticos y estudios técnicos. No obstante, de los aspectos relevantes en la materia, dichos estudios en su tecnicidad no recogen la lógica, ni las interpretaciones, así como el lenguaje de las prácticas, usos y tradiciones de las poblaciones indígenas. Este aspecto, es relevante desde el punto de vista que en la traducción de un idioma a otro el contenido político y filosófico es diferente.

El programa no expresa metas concretas en términos de dar seguimiento a los compromisos de la OMS y en los cuales podrían dar a mediano plazo pautas de que nivel de inclusión de la medicina tradicional en los sistema de salud se pretende alcanzar.

El programa presenta una interpretación del idioma español sobre las definiciones y conceptos de los idiomas mayas. En términos generales, puede evidenciarse que el proceso de diseño del Programa estuvo ausente de una estrategia de participación e inclusión de representación de los pueblos indígenas, específicamente de los actores directos. Un punto de partida es reivindicar el nombre de los actores en los propios idiomas llamando como corresponde Ajkun, ajkununel, Aj Chapal Baq´ , Aj Q´ij, bajo la consideración que el idioma es parte de los derechos específicos de los pueblos indígenas y porque una simple traducción modifica el contenido de la cultura..

En lo que respecta al marco legal el Programa justifica la medicina tradicional como un derecho a la salud en los artículos 93, 94 y 98 de la Constitución Política de la República, que se refieren a la salud y asistencia social como derechos individuales. Sin embargo, no se hace alusión al artículo 66 de la constitución que se refiere a los derechos colectivos, el cual es el caso de la medicina tradicional maya y otros servicios como el derecho maya.

4. EXPERIENCIAS DE ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE PUEDEN CONTRIBUIR AL DESARROLLO DE LA POLÍTICA

Guatemala cuenta con experiencias desarrolladas de Organizaciones No Gubernamentales que están en coordinación con el Ministerio de Salud, así como de organizaciones sociales que tienen experiencia desarrollada en la medicina tradicional que funcionan al margen del ministerio pero que constituyen un potencial de apoyo a continuar la implementación de la política de medicina tradicional, entre ellas se pueden mencionar las siguientes:

Médicos Descalzos, quien tiene una amplia experiencia en y la conformación de una red Nacional de Promotores de Plantas Medicinales, conformado a lo largo de 10 años de experiencia y de hecho tiene dentro de sus funciones formar parte del Ministerio de salud, en sus potenciales ya instalados se pueden mencionar los siguientes:

- Especialización de los huertos para producción de plantas adecuadas a las condiciones climáticas
- Disponibilidad de la materia prima.
- Facilidad del abastecimiento de insumos y materia de procesamiento por medio de los centros de distribución regionales.
- Control de calidad especializado de la materia prima y de los productos procesados disponible para todos los miembros de la RED.
- Constituirse a corto plazo en una entidad jurídica legalizada
- Ser complemento del sistema integral de salud en el país⁷¹

Fundación Centro Cultural y Asistencia Maya CCAM; quien ha desarrollado una amplia experiencia y sistematización de trabajo con Aj-Illom (comadronas tradicionales), tratamiento integral de diferentes enfermedades, clasificación de enfermedades consideradas en la cultura maya, organización de terapeutas tradicionales y una amplia experiencia plantas en uso de plantas medicinales.

⁷¹ Médicos descalzos

El Centro de Estudios Folklóricos de la Universidad de San Carlos tiene investigaciones antropológicas en diferentes temas y regiones del país. La diversidad de temas pueden ser conocimientos que fortalezcan las acciones del Ministerio de Salud Pública para formulación de una política de salud.

CAPITULO VI

Elementos para una Política Pública de Salud que incorpore la medicina tradicional

Diagnóstico

Una política pública que se base en datos y estudios desde la visión y participación de los actores directos de la medicina tradicional.

De los objetivos:

Mas allá de los compromisos establecidos en el marco de la OMS, el Estado guatemalteco, por su particularidad y diversidad étnica, debe enmarcar sus objetivos hacia el fortalecimiento del Estado tomando su carácter pluricultural.

En tal sentido, que específicamente para la incorporación de la medicina tradicional, se enmarque en el reconocimiento y autodeterminación de los pueblos.

Estrategia de Política

Incluir la participación de los actores directos de medicina tradicional y de las organizaciones no gubernamentales en el proceso de diseño e implementación de una política pública que incorpore la medicina tradicional como parte del sistema nacional de salud, siguiendo los elementos claves como: la multisectorialidad, la contextualidad multiétnica, multicultural y multilingüe.

- Participación de los pueblos indígenas

La temática de participación puede tener diferentes niveles, por un lado fortaleciendo la participación de organizaciones no gubernamentales que trabajan en el tema y que tienen algún nivel de participación en el proceso ya iniciado por el ministerio de salud, y por el otro establecer mecanismos de trabajo directo con los actores del sistema de salud maya, que incluya a las Ajkun, Ajkununel, Aj Q' ij, Aj Chapal Baq' ect.

En términos de una participación con autodeterminación y participación con decisión, es necesario que los actores directos cuenten con las facilidades para revitalizar sus conocimientos,

principios y revalorización de sus propios conocimientos, a partir de los principios y mecanismos de control interno funcionales entre los mismos actores.

- Enfoque de la política: Integral

El proceso de política pública de salud que incorpore la medicina tradicional deberá tomar en cuenta todos los aspectos y formas que engloban la medicina tradicional maya bajo la lógica de los actores. Esto permitirá que cada área de la medicina tradicional esté relacionada entre sí con otras. Es decir, tomar en cuenta la interrelación que existe en la medicina tradicional maya, de tal manera que en la práctica prevalezca el aspecto holístico que le caracteriza. Lo anterior varía con la medicina alopática que tiende a separar las especialidades por áreas.

- Ente rector de la Política

La rectoría en salud por ley le corresponde al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

En este caso se deberá diseñar un mecanismo de regulación compartida entre el ministerio de salud y una comisión representante de los actores directos de la medicina tradicional maya, por lo menos durante hasta que no se logre llegar a un modelo integrado.

- Financiación de la propuesta

El financiamiento debe provenir de una partida presupuestaria del sector salud, a fin de lograr una sostenibilidad financiera, política y técnica. Entre los rubros presupuestarios es estratégico contemplar algún tipo de remuneración a los actores de medicina tradicional maya que participen en forma directa en la prestación de servicios integrados al sistema oficial de salud, el acceso a la tecnología, y costos de fortalecimiento interno de los actores de medicina tradicional administrados y ejecutados por autodeterminación. Esto también implica el aumento sostenido de presupuesto al primer nivel de atención a un 50%.

- Propiedad intelectual

Considerando la larga historia de expropiación del conocimiento y propiedad indígena, es estratégico diseñar mecanismos para la protección de la propiedad intelectual que contribuya a la generación del respeto, reivindicación de los derechos específicos de los pueblos indígenas y también a los contenidos de la regulación.

1. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Tomando en cuenta los diferentes compromisos y estrategias de la OMS para la inclusión de la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud de sus Estados miembros:

- A pesar de la existencia de los preceptos políticos, jurídicos y legales en la (s) Constitución Política de la República, d) el convenio 169 y los compromisos ante la OMS, sobre la importancia de los pueblos indígenas y su participación con autodeterminación en salud, en la práctica, el nivel oficial, aun no se reconoce el aporte y la existencia de los (s) Sistemas de Salud Indígena. Limitan su desarrollo: posturas políticas y estereotipos excluyentes sobre la MT y Pueblos Indígenas.
- A partir de la declaración del Decenio Internacional de los Pueblos Indígenas por el sistema de Naciones Unidas, empieza a surgir al abordaje de la problemática de salud de los pueblos indígenas. Se inician propuestas sobre el tema en el Ministerio de Salud, con el objetivo de mejorar el acceso de los indígenas a la salud. Estas propuestas incluyen a una de las actrices principales de la medicina tradicional en el país, las comadronas, en el nuevo modelo de atención, específicamente, en el del primer nivel y reconoce el uso y practica de la medicina tradicional. Estos avances son relevantes, considerando la historia de exclusión a los indígenas en Guatemala. Sin embargo, estas iniciativas, han tenido poca sostenibilidad financiera y política, de hecho, las acciones son altamente dependientes de personas sensibles a la problemática indígena y una alta dependencia financiera de cooperación internacional.
- Un avance lo constituye la reforma del Código de Salud de 1998, en el artículo 161 contempla la regulación y el fortalecimiento del sistema alternativo, como la homeopatía, la medicina natural, la medicina tradicional, medidas terapéuticas; estableciendo los mecanismos para su autorización, evaluación y control. Sin embargo, esto en la práctica, sigue siendo débil, en el sentido de que no tiende a buscar el reconocimiento de la medicina tradicional indígena como un sistema de salud.

- Se han tenido pocos avances en la implementación de políticas públicas de medicina tradicional y complementaria, en efecto, del año 2000 a la fecha se cuenta con una propuesta “Medicina Popular Tradicional y su Articulación a las Redes del Sistema Oficial de Salud”, con un contenido amplio de trabajo al nivel político, normativo, capacitación, investigación y de divulgación de la política de los niveles local a nacional, la cual no ha sido implementada.
- Existen avances positivos en la temática de regulación, control de calidad y registro de procesamiento de plantas medicinales al nivel de laboratorios. El Ministerio de Salud ha logrado la organización y funcionamiento de 20 manufacturas de procesamiento de plantas medicinales, ubicados en 6 departamentos, pero aun no logra registrarlos oficialmente por el tema de control de calidad y su carácter artesanal, situación que les limita a participar en el abastecimiento de medicinas en el primer nivel de atención.
- Existen recursos y condiciones favorables para la puesta en marcha de la propuesta de política pública de medicina tradicional, tomando en cuenta los siguientes elementos: las comunidades tienen recursos humanos en medicina tradicional (los terapeutas en sus diferentes especialidades en el nivel de las comunidades), hay organizaciones no gubernamentales con experiencias exitosas como: Toto Integrado, Pies Descalzos, Fundación de Mujeres Mayas del Norte-FUNMAYAN, Fundación Centro Cultural y Asistencia Maya-C.C.A.M, que ya han experimentado procesos y cuentan con suficientes lecciones aprendidas, para participar, facilitar y apoyar en la implementación de la política pública en medicina tradicional. En adición a esto, también hay condiciones y procesos políticos favorables como: el proceso de reforma del sector salud, los procesos de descentralización sectorial y los espacios de participación ciudadana, legitimados por la Ley de Consejos de Desarrollo.
- La exclusión en Guatemala, como en varios países de Latinoamérica, tiene raíz colonial, lo cual está ampliamente documentado; esta sigue teniendo sus efectos en la actualidad, no permitiendo tener una clara visualización de las potencialidades de la medicina tradicional, en términos de recursos humanos, conocimientos y de posibilidades de ser

una herramienta concreta para la construcción de relaciones multiculturales e interculturales, como nuevas formas de relación entre pueblos indígenas y Estado. Una simple muestra, lo constituye la definición que el Ministerio de Salud plantea al respecto de la medicina tradicional, poniéndole la palabra popular así: “Medicina popular tradicional”, que siguiendo las definiciones de OMS debería ser “medicina tradicional maya”, “medicina tradicional Garífuna, Medicina tradicional Xinca”.

- Entre los países miembros de la OMS; las regiones de África y Asia tienen los mayores avances y experiencias exitosas de incluir formalmente la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud. En latino América; Bolivia y Ecuador han logrado avances caracterizados especialmente por la participación directa de los actores indígenas. En ambos casos muestran que la decisión política y respaldo del Estado es fundamental para un proceso de inclusión.

Para lograr la inclusión de la medicina tradicional maya y medicina complementaria en el primer nivel de atención del sistema nacional de salud en Guatemala; se requiere del sólido liderazgo del Ministerio de Salud para implementar la política pública, la cual debe ser: consensuada entre actores y pueblos, multisectorial y políticamente sostenible en el largo plazo. En efecto se sugiere los siguientes aspectos:

- Se recomienda que el ente rector de la salud en el país, eleve el tema en otros espacios de decisión como el gabinete social, el parlamento y otros actores sociales para elaborar propuestas, negociación y aprobación de modificaciones en diferentes leyes, como el código de salud, esto como herramienta para impulsar la inclusión oficial de la medicina tradicional dentro del sistema nacional de salud. Según la experiencia de países de mayor avance, este tema es elemental para que los procesos se desarrollen. Ejemplos de lo anterior son Bolivia y Ecuador.
- Es necesario que Ministerio de Salud Pública, tome la decisión política para impulsar la medicina tradicional como parte del sistema nacional de salud, en el primer nivel de

atención. Para ello debe contemplar una visión de largo plazo que incluya los alcances de la política: salud para los pueblos indígenas dentro de un sistema de salud incluyente y tolerante.

(¿medicina tradicional maya para quienes?.....será solo para los indígenas mayas, o es para las diferentes culturas del país,)

¿Qué enfoque interesa para una política pública de medicina tradicional maya? ... caminar hacia un sistema integrado; caminar hacia un sistema de inclusión; o caminar hacia un sistema tolerante⁷²

- Fortalecer y definir estrategias para participación de los pueblos indígenas, involucrando a los actores directos de la medicina tradicional, realizando alianzas estratégicas con programas de gobierno y organizaciones no gubernamentales con amplia experiencia en el tema, para ser coincidentes con los compromisos de Guatemala con la OMS, en la temática de medicina tradicional, la salud de los pueblos indígenas y el enfoque del proceso de las políticas públicas.
- Se debe analizar y revisar el marco legal y hacer los ajustes necesarios, para el reconocimiento de la medicina tradicional indígena maya, garífuna y xinca, como sistemas de salud, y establecer mecanismos para su participación con decisión dentro del sistema nacional de salud.
- Se recomienda el diseño de una estrategia política y técnica, que viabilice los diferentes niveles de regulación y registro del procesamiento de plantas medicinales, que corresponda al nivel de desarrollo técnico de las manufacturas, tal como se ha posibilitado en otros países de mayor desarrollo en la materia, como México y China. Este aspecto es relevante para contribuir al acceso de medicinas y democratizar la

⁷² Ver: los tres tipos de sistemas de salud definidos por la OMS, para describir hasta que punto la medicina tradicional maya o la medicina complementaria es un elemento san

producción en forma descentralizada. En esto es importante el apoyo de la OMS para facilitar el acceso a la experiencia de otros países.

- Se recomienda la participación con decisión de los diferentes actores; organizaciones no gubernamentales de medicina tradicional y complementaria, los actores directos de medicina tradicional de los pueblos Maya, Garífuna y Xincas, en una revisión a la Propuesta de Articulación de Medicina Popular Tradicional a la oficial.
- El ente rector debe tomar el liderazgo y definir una estrategia para influir en los Órganos de decisión, para que se facilite el desarrollo de la medicina indígena y medicina alternativa en forma autónoma y en el largo plazo visualizar la MT y MCA como parte del sistema nacional de salud, a través de programas diseñados para tal fin.
- Estratégicamente es necesario diseñar a la par del proceso de implementación de política pública de medicina indígena tradicional, capacitaciones en temas de racismo, exclusión, multiculturalismo e interculturalidad. Se sugiere el uso de metodología constructivistas, que permita a los participantes, tener la posibilidad de cambios de actitud positivos, que tendrá la ventaja comparativa de una mayor comprensión y apertura a la temática indígena, una mejor relación con los actores directos de la medicina indígena, contribuir a un proceso de cambio de largo plazo en el sector salud, y desarrollar un sistema de salud integrado sobre la base de una identidad multicultural.
- Por el contexto histórico-cultural de Bolivia y Ecuador sería positivo realizar intercambios de experiencias entre los programas nacionales y los actores de medicina tradicional. La experiencia sobre la importancia de la decisión política del Estado en el desarrollo de un “sistema integrado”, es relevante en países como China y Vietnam, por esa razón será oportuno el intercambio entre tomadores de decisión con esos países.

BIBLIOGRAFIA

1. Acuerdo de identidad y Derechos de los Pueblos Indígenas. Naciones Unidas/FUNDAMAYA. Guatemala 1997.
2. Código de Salud decreto 90-97. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Guatemala 1999.
3. Convenio 169, Sobre Pueblos Indígenas y Tribales en Países Independientes. Organización Internacional del Trabajo 1996.
4. Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005. Organización Mundial de la salud, Ginebra 2002.
5. Organización Panamericana de la Salud Guatemala “ Taller regional Para Meso América Pueblos Indígenas y Salud”. Guatemala 1994
6. Guerrero Orozco: Del Estado Gerencial al Estado Cívico. Universidad Autónoma de México. Ed. Miguel Angel Porrua. México. 1999.
7. Guía Fitoterapéutica. Ministerio de Salud, Médicos descalzos, OPS/OMS. Guatemala 1998.
8. En portadores de Sueños “Hacia una concepción Incluyente del Proceso Salud Enfermedad. Instancia Nacional de Salud”. Guatemala 2002.
9. Foro Internacional: “La Reforma del Sector Salud”. Proyecto de Apoyo a la Reforma del Sector Salud en Guatemala. Guatemala. Guatemala 1999.
10. Plan de gobierno 2000-2004. Ministerio de Salud Pública. Guatemala 2000.
11. Plantas de Uso Medicinal en Centro América. PNUD, Cooperación Italiana, USAC, OPS/OMS. Sin mayores datos.
12. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo: Guatemala “el rostro rural del desarrollo humano. Guatemala 1999.
13. Programa Nacional de Medicina Popular Tradicional y Alternativa. Ministerio de Salud Pública. Guatemala 2001.
14. Propuesta Final: “La Medicina Popular Tradicional y su Articulación a las Redes del Sistema Oficial de Salud. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social/OPS-OMS. Guatemala 2001.

15. Propuesta de Lineamientos Generales de la Fase de Inducción del personal Médico, para médico y Administrativo en los tres niveles de atención. Ministerio de Salud Pública/OPS-OMS. Guatemala 2001.
16. Salud de los Pueblos Indígenas “Reunión de trabajo sobre pueblos indígenas y salud Winnipeg 1993. OPS 1993.
17. Introducción al Proceso de Investigación Científica. Samuel Alfredo Monzón García. Guatemala 1993.
18. Incorporación del Enfoque Intercultural de la Salud en la Formación y Desarrollo de Recursos Humanos. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud OMS/OPS. Washington, D.C. 1998.
19. La percepción Emergente de las Ciencias de Políticas, Luis F. Aguilar Villanueva, Estudio Introdutoria y edición, Estudio de las Políticas Públicas. México 1999.
20. La Medicina Popular Tradicional y su Articulación a las Redes del Sistema Oficial de Salud. Ministerio de Salud-OPS/OMS. Guatemala 2001.
21. La medicina Popular Tradicional y su Articulación a las Redes del Sistema oficial de Salud. Componente Antropológico. Ministerio de Salud Pública/OPS-OMS. Guatemala 2001.
22. Lasswel, Harold d. “La Orientación Hacia las Políticas” en Luis F. Aguilar Villanueva. Estudio Introdutorio y Edición, el Estudio de las Políticas Públicas. Mexico 1992.
23. Legal Status of Traditional Medicine and Complementary / Alternative Medicine. OMS 2001.
24. Villatoro, Elva. La comadrona a través de la historia en las prácticas obstétricas pediátricas: Una experiencia en el área Ixil, el Quiché. Centro de estudios Folklóricos Universidad de San Carlos. Guatemala 1994

ANEXOS

Anexo 1. Listado Estados miembros de Organización Mundial de la Salud

Región de AFRICA: Angola, Argelia, Benin, Botsbana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Cemerun Comoros, Congo, Costa de Marfil, Chad, Eritrea, Etiopía, Gabon, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bisau, Kenia, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Mali, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Central Africana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tome y Principe, Senegal, Sheycheles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia y Mozambique.

Región de AMERICA: Antigua y Barbuda, Argentina Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominicana, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, Lucia, -México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Granadinas, Santa Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay y Venezuela.

Estados miembros del Sudeste Asiático de la OMS:

Bangladesh, Butan, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, Repúblia Popular democrática de Corea, Sri Lanka y Tailandia.

Estados miembros del pacífico occidental

Australia, Brunei, Darusalam, Camboya, China, Fiji, Filipina, Islas Cook, Islas Marshall, Isla Solomon, Japón, Kiribati, Malasia, Micronesia, Mongolia, Nauru, Niue, Nueva Zelandia, Palau, Papua Nueva Guinea, República de Corea, República Popular democrática de Laos, Samoa, Singapur, Tokelau, Tonga, Tubalu, Vinuatu y Vietnam.

Estados miembros de Europa

Albania, Alemania, Andorra, Armenia, Australia, Brunei, Canbo, Bélgica, Bielorrusa, Bosnia, Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Ex república Yugoslava de Macedonia, Federación Rusa, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Estonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Monaco, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, república de Moldovia, Rumania, San Marino, Suecia, Zuizaa, Takistan, Turkmenistán, Turquía, Ucrania, Uzbekistán, Yugoslavia.

ANEXO 2

2.1. Indicadores de población y salud

Guatemala, se ha caracterizado por ser una sociedad multiétnica, multilingüe y multicultural, representada por el pueblo ladino o mestizo; el pueblo indígena maya que está conformado por 21 comunidades lingüísticas; el pueblo Garífuna, proveniente de conglomerados africanos asentados en la época colonial y el pueblo xinca, cuyo origen no se tiene certeza, pero se estima que habitaban el territorio antes de la llegada de los europeos. Se considera importante mencionar que el pueblo xinca, debido a los procesos de transculturación se encuentra en peligro de extinción. El país, igualmente cuenta con una población rural mayoritaria, en el año 1996, la población total era de 10,2 millones de habitantes, de estos el 65% residía en el área rural, del cual 57,2% pertenecía a los pueblos indígenas.⁷³ Y datos más recientes señalan que el 48% son indígenas⁷⁴

Es importante mencionar que en 1989, el 79% de la población vivía en condiciones de pobreza, y el 59,3 en extrema pobreza. En el área rural, donde viven los pueblos indígenas, el 71% se encuentra en condiciones de extrema pobreza.⁷⁵

En términos de cobertura en salud, por parte del sistema oficial, un gran porcentaje de la población se encuentra desprotegido, el 46% no tiene acceso a los servicios de salud, esto generalmente obedece a factores económicos y a que sus programas tienen un marcado énfasis en aspectos curativos y se encuentran principalmente en núcleos urbanos.

La población más vulnerable es la materno-infantil, los índices de morbilidad y mortalidad son superiores en el área central y nor-occidental del país; regiones donde se concentran los pueblos indígenas. De acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud Materno Infantil 1998-1999, p. 137, de

⁷³ NN.UU. Guatemala: Los contrastes del desarrollo humano, ed. 1998, p. 55.

⁷⁴ Segundo Informe sobre desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá. PNUD 2003, pag.349.

⁷⁵ INE-FNUAP. Perfil de la pobreza en Guatemala, 1991.

6.756 mujeres entrevistadas, el 13% de las embarazadas no recibió ninguna visita durante el embarazo, de este porcentaje el 16,2% son indígenas y el 11,4% ladinas.

Se “estima que 6 de cada 10 mujeres lactantes sufren de anemia nutricional”. La mortalidad materna, aunque lamentablemente no se tienen datos confiables, se debe a hemorragias e infecciones. También, se observan bajas coberturas de los programas de inmunización, altas incidencias en parasitismo intestinal, infecciones respiratorias agudas y enfermedades diarreicas.⁷⁶

La información sobre las tasas de mortalidad infantil (antes de los 5 años de edad), presenta serios problemas debido al subregistro, sin embargo, y de acuerdo a la EMSMI 1998-1999, las tasas son más altas en los grupos indígenas.

No se cuentan registros sobre los niveles de uso de las diferentes especialidades de la medicina tradicional, al margen del sistema oficial de salud. Algunos estudios regionales o locales muestran el potencial de uso que tiene la medicina tradicional como muestra el siguiente ejemplo, en tema de las comadronas o parteros:

A continuación se presenta una serie de ejemplos documentados de la aceptación y niveles de uso de la medicina tradicional Maya en Guatemala: El rol de la comadrona y partero es de mayor relevancia en el área rural que en el urbano, a manera de ejemplo en un estudio de caso de 5 municipios de Alta Verapaz demuestra una mayor concentración de éstos actores en el área rural de 92% y 8% en Rural. Respecto de las capacitaciones dirigidas impartidas por los servicios de salud para fortalecer sus conocimientos, el 56% indicó que éstas no han fortalecido sus conocimientos, debido a que se hace énfasis en la atención del parto y la posición horizontal durante el parto el cual no es aceptado por las parturientas.⁷⁷

⁷⁶ Finkelman, J. Et al. En: Guatemala: Los contrastes del desarrollo humano, ed. 1998:22;46;51-52

⁷⁷ OPS/OMS-FUNAMAYAN. Definición del rol de la Comadrona y Partero dentro del Sistema Integral de Atención en Salud-SIAS. Sin mayores datos bibliográficos. Pag.22

2.2. Gasto público en salud:

Gasto público medido en términos de del PIB ha ido en aumento como se registra entre en años 1986 a 1989 un aumento del 1.2% a 2% y entre 1996 a 1999 se incrementó de 1.4% a 2.2%. No obstante el gasto en salud es vulnerable a las coyunturas de restricción presupuestaria tal como se demuestra durante los años 80 y 2000 donde hubo ajustes y la proporción del PIB disminuyó incluso más que el gasto en educación. También en los años de ajuste la reducción afectó más a la inversión que el gasto recurrente.

El gasto público destinado en, salud (PIB) por tipo de gasto tenemos que la tendencia es mayor gasto de tipo recurrente por ejemplo entre 1990 es de 1.5% al año 2000 es de 2% y los gasto de inversión entre los mismos años se mantiene alrededor del .05%.

En el año 2000 el seguro social y el Ministerio de Salud Pública en conjunto ejecutaron el 89.6% del gasto total en salud.

Otros aportes en salud se han ejecutado a través de secretarías y fondos sociales, especialmente en destinado a construcción y mejoramiento de puestos y centros de salud. El ministerio de la defensa a través del centro médico militar recibe fondos del MSPAS.

Porcentajes del gasto publico en salud ejecutados por institución: Ministerio de Salud 39.5%, IGSS 50.1%, dependencias del ejecutivo 6.5%, ministerio de la defensa 2.3%.

El gasto en el primer nivel de atención representa el 35% del gasto del Ministerio de Salud e incluye: actividades centrales, extensión de cobertura, servicios de promoción y prevención, también ha habido un aumento del gasto entre 98 y 2000. El 85.7% del gasto ejecutado por el Ministerio en los últimos 3 años ha correspondido a gasto salarial, del cual alrededor del 90% se concentra en gasto en personal médico de la red hospitalaria.

Los gastos en salud realizados por los hogares Guatemaltecos representan el un 52% y equivale al 3.5% del PIB de 1999. La forma de gasto se da en dos formas: (1) gasto directo de bolsillo

que representa el 60.9% (distribuido así: 31.7 compra de medicamentos, 10.4% servicios hospitalarios y 16.7% ambulatorios), (2) gasto indirecto dedicado a seguros privados (0.4%) y/o pagos de cuotas del IGSS (38.7)%. El gasto directo es poco efectivo para aliviarse y es mediante la automedicación por eso es alto la inversión en medicamentos.

El gasto en salud por etnicidad y gasto en salud, en este caso hay dos tendencias: (1) a mayor ingreso del hogar mayor gasto en salud, (2) promedio de gasto mensual es ligeramente más alto entre hogares no indígenas. En éste resultado puede influir varias situaciones: reacción más lenta de jefes de hogares indígenas frente a problemas de salud, menor acceso a servicios de salud entre población rural (74% indígenas en área rural), menor oferta de servicios privados de salud⁷⁸

2.3. Contexto de la reforma sectorial en el primer nivel sectorial

La región Latinoamericana se encuentra en un contexto de reforma del sector salud debido a la necesidad de replantear la provisión de los servicios existentes para superar las conocidas dificultades y limitantes, así como dar respuestas eficientes, de calidad y sobre todo de forma equitativa a la población. Los modelos de reforma en cada país dependerán de la historia y de las condiciones culturales, sociales y económicas, y de la situación de salud en que se encuentra cada país en al región⁷⁹.

En el caso de Guatemala, la Reforma del sector tiene como propósito político, la transformación integral del modelo de producción social de la salud, en donde es necesario mejorar la eficiencia y la equidad en la prestación de los servicios de salud, sobre todo se dará énfasis en lograr la respuesta social organizada para que las intervenciones sectoriales y de la comunidad afecten las

⁷⁸ PNUD. Informe de Desarrollo Humano 2001. Guatemala: Financiamiento del desarrollo Humano 142-148.

⁷⁹ Foro Internacional “La Reforma del Sector Salud” . Proyecto de Reforma del Sector Salud en Guatemala. Pag. 17-19.

causas fundamentales de la enfermedad y no se limiten exclusivamente a la reparación de los daños causados a la salud⁸⁰.

El proceso de reforma exige de una modernización del Estado que implica la descentralización administrativa, mecanismo de coordinación intersectorial y participación del ciudadanos en forma individual o a través de su representación. El proceso de reforma sectorial en Guatemala da inicio en 1996 mediante el Sistema Integral de Atención en Salud” en adelante SIAS⁸¹ sustentada en acciones prioritarias como: cobertura de vacunación, control prenatal, parto, puerperio, salud reproductiva, control de vectores, mejoramiento de disposición de excretas y de la basura. Para un entendimiento de la novedad de la propuesta, se sugiere conocer el modelo, contenido en el documento: Foro Internacional “la Reforma del Sector Salud”⁸²

¿es el nuevo modelo de atención, una posibilidad para practicar y construir un sistema de salud multicultural; en el primer nivel de atención?

...el modelo de atención,, ¿ha capitalizado el conocimiento y capacidades locales en salud?o ¿está capitalizando el recurso voluntario que siempre le acompañó?

⁸⁰ Foro Internacional “La Reforma del Sector Salud” . Proyecto de Reforma del Sector Salud en Guatemala. Pag.91.

⁸¹ SIAS consistente en la extensión de cobertura en el primer nivel de atención en salud, ejecutado mediante alianzas estratégicas con organizaciones no gubernamentales y la organización comunitaria.

⁸² Foro Internacional “La Reforma del Sector Salud” . Proyecto de Reforma del Sector Salud en Guatemala. Pag. 23-29, 101-107.

ANEXO 3. Matrices de análisis

Cuadro No. 1

**Países de Africa y Niveles de incorporación de MT
en la estructura de los servicios de salud**

País	Legalización	registro de terapeutas	presupuestos nacional para MT	existencia de asociación de terapeutas
Angola		•		•
Bostwana				•
Burkina Faso	•			•
Cameron		•		•
Cote Divoire	•		•	•
Congo	•			
Guinea Ecuatorial	•			•
	•			
Eritrea			•	
Ethiopia	•		•	•
Gambia	•	•		
Ghana	•			•
Lesotho	•	•		•
Madagascar	•	•		•
Malawi				•
Mali	•	•	•	•
Mauritania				•
Mozambique	•			•
Namibia	•			•
Níger	•	•	•	•
Rwuanda		•	•	•
Sao Tome	•			•
Senegal				•
Zambia	•	•		•
Zimbawe	•	•	•	•

Fuente: Estrategia Estrategia 2002-2005 de OMS. PAG. 17

Cuadro 2

Niveles avances en medicina tradicional en la sistema nacional de salud Países de Latinoamérica

Tendencias de países de América que establecen estadísticas, regulación y capacitación de MT y MC/A

País	Estadísticas de uso	Marco legal	capacitación	MT incluye varias especialidades	MC incluye varias especialidades	Política en ejecución
Argentina		•	•			
Bolivia	•	•	•	•		
Brasil		•	•	•		
Canadá	•		•		•	
Chile		•	•	•		
Colombia	•	•	•			
Costa Rica			•			
Cuba	•	•	•			•
República Dominicana			•			
Ecuador		•	•	•		•
Guatemala		•	•	•		
Honduras						
Jamaica		•				
México		•	•	•		
Nicaragua		•	•			
Panamá	•	•	•	•	•	•
Perú		•	•	•		
Estados unidos	•	•	•		•	

Fuente: Elaboración propia en base a WHO "Legal Status of Traditional Medicine and Complementary". 2001, Pág. 43-71

Tabla No.3

Experiencia de países con un enfoque integrador para la MT/MCA

	Política nacional sobre MT/MCA	Unidad o departamento de MT/MCA en el ministerio de sanidad	Regulación de productos de hierbas y de la industria de productos de hierbas	Recursos humanos de MT	Prácticas a todos los niveles, incluyendo hospitales públicos (p.e. Si se practica en hospitales públicos la MT/MCA está integrada en el sistema sanitario nacional)	Educación oficial universitaria que comprende tanto la MT como la MA para médicos, farmacéuticos y enfermeras
China	La constitución de 1949 incluye una política sobre MT	Administración estatal de medicina tradicional y complementaria	Regulación – Si La farmacopea incluye listas de hierbas de medicamentos esenciales que incluye medicinas de hierbas. Fabricantes 600 Cultivadores de hierbas 340 000	Doctores MCT 525 000 Doctores MTC/MA 10 000 Farmacéuticos MTC 83 000 Doctores asociados 72 000 Farmacéuticos MA 55 000	Hospitales MTC 2 500 Hospitales MTC/MA 39 Camas totales 35 000 Hospitales de MT para grupos minoritarios 127	30 universidades MTC 3 Colegios de MT para grupos minoritarios 51 escuelas de tecnología médica de MTCA
República de Corea	Política nacional sobre MT 1969	Bureau de Medicina Oriental	Regulación – Si La farmacopea incluye hierbas	Doctores orientales 9 914 Practicante acupuntura 4500	107 hospitales de medicina oriental y 6 590 clínicas locales de medicina oriental	11 universidades de medicina oriental
Vietnam	Política nacional sobre MT 1955	Departamento de MT	Regulación – Si Lista de medicinas esenciales incluye medicinas de hierbas. Fabricantes estatales 2	Doctores de MT 25 500 Practicante acupuntura 20000 Practicantes de MT 5 000	48 hospitales con departamentos de MT	Facultad de MT en 3 colegios médicos, 2 escuelas de tecnología médica de MT

Fuente: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Pag. 9

Cuadro no. 4

Ejemplos de países con un enfoque inclusivo para la MT/MCA

	Política nacional sobre MT/MCA	Unidad o departamento de MT/MCA en el ministerio de sanidad	Regulación de productos de hierbas y de la industria de productos de hierbas	Educación oficial universitaria que comprende tanto la MT como la MA para médicos, farmacéuticos y enfermeras
India	Si	Si	Ambos	Si
Sria Lanka	Si	Si	Ambos	No
Indonesia	Si	Si	Ambos	No
Japón	No	No	Ambos	No
Australia	No	Si, en algunos estados	Productos de hierbas	Si
Emiratos Árabes Unidos	No	No	Ambos	No
Alemania	No	No	Ambos	No
Noruega	Si	Personal a cargo	Ambos	No
Reino Unido	Si	No	Ambos	No en vías de preparación
Canadá	Si	Si	Ambos	No
EE UU	No	No	Ambos	No
Ghana	Si	Si	Ambos	No
Nigeria	Si	Si	Ambos	No

Fuente: estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Pag. 9

ANEXO 4. Documentos producidos por el departamento de medicina tradicional y que respaldan el diseño del programa nacional.

1. La realización de un estudio un estudio sobre las trece enfermedades más comunes en el altiplano del país
2. El análisis de la composición terapéutica de 10 plantas medicinales para mejorar el acceso a los productos procesados.
3. La instalación de manufacturas de plantas medicinales. Inicialmente fueron rusticas y no numerosas.
4. Lineamientos generales de la fase de inducción del personal médico, para médico y administrativo en los tres niveles de atención. Plan de capacitación dentro del proceso de articulación de la medicina popular tradicional a las redes del sistema oficial de salud.
5. Establecimiento de las redes sociales locales, su epidemiología cultural, recursos terapéuticos, su interacción con el medio social y las redes del sistema oficial de salud.
6. La capacitación para el procesamiento artesanal de plantas medicinales. En esta fase, la capacitación de promotores de salud se realizó conjuntamente con la organización no

gubernamental Asociación de Servicios Comunitarios de Salud –ASECSA- y la organización internacional Médicos Descalzos⁸³.

⁸³ Entrevista con Ana María Rodas, Coordinadora del Departamento Medicina Tradicional del MSPAS. Guatemala junio 2002.