



Organización
Mundial
de la Salud
Ginebra

Estrategia
de la OMS
sobre medicina
tradicional
2002-2005



© Organización Mundial de la Salud 2002

Este documento no es una publicación oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización se reserva todos los derechos. Sin embargo, el documento puede revisarse, resumirse, citarse, reproducirse o traducirse, en parte o en su totalidad, pero no puede venderse ni utilizarse con fines comerciales.

Los puntos de vista expresados por los autores de este documento, son responsabilidad de los mismos.

Las designaciones empleadas y la presentación de material en mapas incluidos en este documento no significan la expresión de ninguna opinión por parte de la Organización Mundial de la Salud acerca del estado legal de cualquier país, territorio, ciudad o área de sus autoridades, o sobre la delimitación de sus fronteras o límites. Las líneas punteadas representan las líneas fronterizas aproximadas que puede que todavía no estén totalmente acordadas.

Diseño y disposición Renata Kerr Design

Estrategia
de la OMS
sobre medicina
tradicional
2002-2005



Organización
Mundial
de la Salud
Ginebra



Ésta es la primera estrategia global sobre medicina tradicional de la OMS, la cual se ha realizado tras amplias consultas. Sin embargo, dada la diversidad regional en el uso y función de la medicina tradicional, incluyendo la medicina complementaria y alternativa, es posible que sean necesarias algunas modificaciones a fin de tener en cuenta las variaciones regionales. Asimismo, debe tenerse en cuenta que existen dificultades a la hora de definir la terminología precisa para describir sus terapias y productos. La validez de los datos asociados es también problemática. Las metodologías utilizadas para la recogida de datos no son comparables y los parámetros no están claramente determinados. El equipo de medicina tradicional de la Sede Central de la OMS, tendrá mucho gusto en recibir cualquier comentario sobre los datos comprendidos en esta estrategia. Deberán enviarse al Dr. Xiaorui Zhang, Acting Team Coordinator, Traditional Medicine, Department of Essential Drugs and Medicines Policy, World Health Organization, Avenue Appia 20, 1211 Geneva 27, Suiza o enviarse por correo electrónico a: zhangx@who.int



Índice

| | |
|---|-----|
| Agradecimientos | v |
| Siglas, abreviaturas y regiones OMS | vii |
| Puntos clave: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005 | 1 |
| ¿Qué es la medicina tradicional? | 1 |
| Amplitud y uso creciente | 1 |
| ¿Por qué un uso tan amplio? | 2 |
| Entusiasmo no crítico frente a escepticismo no informado | 2 |
| Retos para el desarrollo del potencial de la MT/MCA | 3 |
| El papel actual de la OMS | 5 |
| Marco de trabajo para actuar | 5 |
| Implantación de la estrategia | 6 |
| 1. Perspectiva global | 7 |
| 1.1 ¿Qué es la medicina tradicional? Hacia una definición práctica | 7 |
| 1.2 Amplio uso y atractivo | 9 |
| 1.3 Gasto | 12 |
| 1.4 Contabilidad de uso y aumento del interés | 13 |
| 1.5 Reacción ante la popularidad de la MT/MCA | 15 |
| 2. Retos | 21 |
| 2.1 ¿Qué se necesita hacer? | 22 |
| 2.2 Políticas nacionales y marco de trabajo legal | 22 |
| 2.3 Seguridad, eficacia y calidad | 23 |
| 2.4 Acceso | 27 |
| 2.5 Uso racional | 28 |

| | |
|---|----|
| 3. El papel actual de la OMS | 31 |
| 3.1 Desarrollo de la MT/MCA e integración en los sistemas de salud nacionales..... | 31 |
| 3.2 Asegurar un uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional | 33 |
| 3.3 Aumento del acceso a información sobre la MT/MCA | 35 |
| 4. Recursos internacionales y nacionales para la medicina tradicional | 39 |
| 4.1 Agencias de la ONU | 39 |
| 4.2 Organizaciones internacionales | 41 |
| 4.3 Organizaciones no gubernamentales | 43 |
| 4.4 Asociaciones profesionales internacionales | 44 |
| 4.5 Asociaciones profesionales internacionales y nacionales | 45 |
| 4.6 Iniciativas específicas | 45 |
| 5. Estrategia y plan de acción 2002–2005 | 47 |
| 5.1 Política: Integrando la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, mediante el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales sobre MT/MCA | 49 |
| 5.2 Seguridad, eficacia y calidad: Promoviendo la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA ampliando los conocimientos básicos sobre la MT/MCA y ofreciendo orientación sobre las pautas legislativas y de calidad | 50 |
| 5.3 Acceso: Aumentando la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, enfaticando el acceso de las poblaciones más pobres | 51 |
| 5.4 Uso racional: Promocionando el uso terapéuticamente sólido de la MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores | 52 |
| Anexo 1: Lista de centros de medicina tradicional que colaboran con la OMS | 53 |
| Anexo 2: Publicaciones y documentos seleccionados de la OMS sobre medicina tradicional | 55 |
| Política nacional y supervisión | 55 |
| Calidad, seguridad y eficacia | 56 |
| Uso racional | 57 |
| Centros de Medicina tradicional que colaboran con la OMS | 58 |
| Referencias..... | 59 |
| Índice | 63 |



Agradecimientos

E

sta estrategia ha sido desarrollada por la Sede Central de la OMS y por el personal de las oficinas regionales e la OMS que trabajan en el Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica, en colaboración con el personal de otros programas de la OMS, además de asociados clave de desarrollo. Posteriormente, se concretó con representantes de los Estados Miembro, la gran familia de la ONU, organizaciones no gubernamentales y otras organizaciones internacionales, Centros colaboradores con la OMS sobre medicina tradicional y comités expertos de la OMS.

Comprende trabajos por país, región, inter-regionales y globales y se ha afianzado a partir de los debates celebrados durante la consulta sobre metodologías para la investigación y valoración de la medicina tradicional de la OMS (11–14 de abril de 2000) a la que acudieron expertos en medicina tradicional además del personal de la sede central y sedes regionales de la OMS que han trabajado en medicina tradicional. A la reunión le siguieron una serie de conferencias entre las sedes central y regionales de la OMS, además de conferencias con Estados Miembro y socios de la ONU, a fin de revisar los borradores de la *estrategia de la OMS sobre medicinas tradicionales 2002–2005*.

La OMS agradece la participación y los comentarios constructivos recibidos de los miembros de la amplia familia de medicinas globales, entre los que se incluyen:

Estados Miembro: Alemania (K. Keller), Armenia (H. Gabrielyan), Australia (G. Morrison),

Bélgica (J. Laruelle), Canadá (Y. Bergevin, P. Chan), China (M. Chan, T. Leung, L. Peilong), Dinamarca (P. Rockhold), Estados Unidos (B. Clay, L. Vogel), Ghana (E. Mensah), Holanda (M. ten Ham), India (S. Chandra), Indonesia (K. Ritiasa), Irán (M. Cheraghali), Italia (P. Procacci), Japón (A. Yokomaku), Nigeria (T. Fakeye), Noruega (O. Christiansen, E. Salvesen), Pakistán (I. Chowdhary), Reino Unido (J. Lambert), República de Corea (H. W. Han), Suecia (A. Nordström), Tailandia (M.N. Songkhla), Vietnam (L. Van Truyen), Zimbabwe (L. Matondo).

Otras agencias de la ONU y agencias

multilaterales: Comisión Europea (L. Fransen), ONUSIDA (J. Perriens), PNUD (M. Bali), UNESCO (M-F. Roudil), OMPI (S. Bhatti), Banco Mundial (R. Govindaraj).

Organizaciones y fundaciones no gubernamentales:

Fundación Ford (V. Davis Floyd), Organización Islámica para las Ciencias Médicas (A. Awady), Fundación John D. y Catherine T. MacArthur (D. Martin), Fundación Rockefeller (A. So), WSMI (H. Cranz, J. Reinstein), Fundación Li Ka Shing (K. Lo).

Centros de medicina tradicional que

colaboran con la OMS: Centro Nacional de Medicinas Complementarias y Alternativas, Bethesda (N. Hazleton), Universidad de Illinois en Chicago, Chicago (N. Farnsworth).

Comités y juntas de expertos de la OMS:

F. Takaku, D. Jamison.

Sedes regionales de la OMS: AFRO (O. Kasilo, E. Samba), AMRO/PAHO (G. Alleyne, C. Borrás, R. D'Alessio, S. Land, D. López-Acuña, J. C. Silva),

EMRO (H. Gezairy, P. Graaff, A. Salih), EURO (M. Danzon, K. De Joncheere), SEARO (P. Abeykoon, U. M. Rafei, K. Shein), WPRO (K. Chen, S. Omi).

Sede central de la OMS (Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica):

G. Baghdadi, A. Creese, J. Graham, H. Hogerzeil, Y. Maruyama, J. Quick, L. Ragö, J. Sawyer, G. Velásquez, D. Whitney, X. Zhang.

Sede central de la OMS (otros programas):

O.B.R. Adams (EIP/OSD), A.D.A.S. Alwan (NMH/MNC), A. Asamoah-Baah (EGB), R. Bengoa (NMH/CCH), J. Cai (WKC), J. Frenk (EIP),

D. Heymann (CDS), Y. Kawaguchi (WKC), B. Kean (EGB/ECP), A. Kern (GMG), M. T. Mbitvo (FCH/RHR), A. Mboi (FCH/WMH), D. Nabarro (DGO), B. Saraceno (NMH/MSD), Y. Suzuki (HTP), D. Tarantola (Asesor Superior de Política), T. Türmen (FCH), E. M. Wallstam (SDE/HSD), D. Yach (NMH).

T. Falkenberg, J. Sawyer y X. Zhang elaboraron el borrador de la estrategia y J. Graham, J.D. Quick, J. Sawyer, P. Thorpe, D. Whitney y X. Zhang llevaron a cabo la revisión y la edición. V.A. Lee e Y. Maruyama proporcionaron apoyo secretarial.



Siglas, abreviaturas y regiones OMS

| | |
|-----------|---|
| AEEM | Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos |
| AFRO | Oficina Regional de la OMS para África (véase a continuación Estados Miembro) |
| AMRO/PAHO | Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (véase a continuación Estados Miembro) |
| CDS | Grupo de enfermedades comunicables |
| DGO | Oficina del Director General |
| EGB | Grupo de Relaciones Externas y Juntas de Gobierno |
| EGB/DCP | Grupo de Relaciones Externas y Juntas de Gobierno/Departamento de Cooperación y Asociación Externa |
| EIP | Evidencia e Información para el Grupo de Política |
| EIP/OSD | Evidencia e Información para el Grupo de Política/Departamento de Organización para el Aporte de Servicios Sanitarios |
| EMRO | Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Este (véase a continuación Estados Miembro) |
| EURO | Oficina Regional de la OMS para Europa (véase a continuación Estados Miembro) |
| FAO | Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura |
| FCH | Grupo de Salud Familiar y Comunitaria |
| FCH/RHR | Grupo de Salud Familiar y Comunitaria/Departamento de Salud Reproductiva e Investigación |
| FCH/WMH | Grupo de Salud Familiar y Comunitaria/Departamento de Salud para la Mujer |
| GMG | Grupo Directivo General |
| HTP | Grupo de Tecnología Sanitaria y Farmacéutica |
| MA | Medicina alopática |
| MCA | Medicina complementaria y alternativa |
| MT | Medicina tradicional |
| MTC | Medicina tradicional china |
| NCCAM | Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (EE UU) |
| NMH | Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental |
| NMH/CCH | Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental/Departamento de sanidad |
| NMH/MNC | Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental/Departamento de gestión de enfermedades no comunicables |
| NMH/MSD | Grupo de enfermedades no comunicables y salud mental/Departamento de salud mental y dependencia de sustancias |
| OMPI | Organización Mundial de la Propiedad Intelectual |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONG | Organización no gubernamental |

| | |
|----------|---|
| ONU | Naciones Unidas |
| ONUDI | Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial |
| ONUSIDA | Programa de las Naciones Unidas contra VIH/SIDA |
| PNUD | Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo |
| RHR/TSC | Departamento de salud reproductiva e investigación/Apoyo técnico a países (parte del Grupo de salud familiar y comunitaria) |
| SDE/HSD | Grupo de desarrollo sostenible y entornos sanitarios/Departamento de sanidad en desarrollo sostenible |
| SEARO | Oficina regional de la OMS para el Sudeste asiático(véase a continuación estados miembro) |
| SIDA | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida |
| UNESCO | Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura |
| VIH/SIDA | Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida |
| WKC | Centro de las OMS para el Desarrollo Sanitario (Kobe, Japón) |
| WPRO | Oficina regional de la OMS para el Pacífico Occidental (véase a continuación estados miembro) |
| WSMI | Industria Mundial de la Automedicación |

Estados Miembro africanos de la OMS: Angola, Argelia, Benin, Botswana, Burkina Faso, Burundi, Cabo Verde, Camerún, Comoros, Congo, Costa de Marfil, Chad, Eritrea, Etiopía, Gabón, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Ecuatorial, Guinea-Bissau, Kenia, Lesotho, Liberia, Madagascar, Malawi, Malí, Mauricio, Mauritania, Mozambique, Namibia, Níger, Nigeria, República Central Africana, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda, Santo Tomé y Príncipe, Senegal, Seychelles, Sierra Leona, Sudáfrica, Swazilandia, Togo, Uganda, Zambia, Zimbabwe.


Estados Miembro de las Américas de la OMS: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Granada, Guatemala, Guayana, Haití, Honduras, Jamaica, Lucía, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Puerto Rico, República Dominicana, Saint Kitts y Nevis, San Vicente y Granadinas, Santa , Surinam, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela.

Estados Miembro del Mediterráneo Este de la OMS: Afganistán, Arabia Saudí, Bahrein, Chipre, Djibuti, Egipto, Emiratos Árabes Unidos, Irak, Jamahiriya Árabe de Libia, Jordania, Kuwait, Líbano, Marruecos, Omán, Pakistán, Qatar, República Árabe de Siria, República Islámica de Irán, Somalia, Sudán, Túnez, Yemen.

Estados Miembro europeos de la OMS: Albania, Alemania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaiján, Bélgica, Bielorrusia, Bosnia Herzegovina, Bulgaria, Croacia, Dinamarca, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, la Ex República Yugoslava de Macedonia, Federación Rusa, Finlandia, Francia, Georgia, Grecia, Holanda, Hungría, Irlanda, Islandia, Israel, Italia, Kazakhstán, Kirgizstán, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Noruega, Polonia, Portugal, Reino Unido, República Checa, República de Moldavia, Rumania, San Marino, Suecia, Suiza, Tayikistán, Turkmenistán, Turquía, Ucrania, Uzbekistán, Yugoslavia.

Estados Miembro del sudeste asiático de la OMS: Bangladesh, Bután, India, Indonesia, Maldivas, Myanmar, Nepal, República Popular Democrática de Corea, Sri Lanka, Tailandia.

Estados Miembro del pacífico occidental de la OMS: Australia, Brunei Darussalam, Camboya, China, Fiji, Filipinas, Islas Cook, Islas Marshall, Islas Solomon, Japón, Kiribati, Malasia, Micronesia, Mongolia, Nauru, Niue, Nueva Zelanda, Palau, Papua Nueva Guinea, República de Corea, República Popular Democrática de Laos, Samoa, Singapur, Tokelau, Tonga, Tuvalu, Vanuatu, Vietnam.



Puntos clave: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005

La medicina tradicional, complementaria y alternativa suscita un amplio abanico de reacciones, desde el entusiasmo no crítico hasta el escepticismo no informado. El uso de la medicina tradicional (MT) sigue estando muy extendido en los países en vías de desarrollo, mientras que el uso de la medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando rápidamente en los países desarrollados. En muchos lugares del mundo, los responsables de las políticas, los profesionales sanitarios y el público se debate con preguntas sobre la seguridad, la eficacia, la calidad, la disponibilidad, la preservación y con el desarrollo de este tipo de atención sanitaria.

Por lo tanto, es oportuno que la OMS defina su papel en la MT/MCA, desarrollando una estrategia ideada para tratar los temas asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional de la medicina tradicional, complementaria y alternativa.

¿Qué es la medicina tradicional?

“La medicina tradicional” es un término amplio utilizado para referirse tanto a los sistemas 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 la MT incluyen terapias con medicación, si implican el uso de medicinas con base de hierbas^a, 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”^b.



Amplitud y uso creciente

La MT se utiliza ampliamente y es un sistema sanitario que está creciendo rápidamente y de gran importancia económica. En África hasta un 80% de la población utiliza la MT para ayudar a satisfacer sus necesidades sanitarias. En Asia y en Latinoamérica, las poblaciones siguen utilizando la MT como resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. En China, la MT contabiliza alrededor de un 40% de la atención sanitaria.

^a Las medicinas con base de hierbas incluyen hierbas, materiales elaborados con hierbas, preparados con base de hierbas y productos acabados a base de hierbas, que contienen ingredientes activos de plantas u otros materiales de plantas o combinaciones de las mismas.

^b De acuerdo con este documento, la “medicina tradicional” se utiliza cuando se hace referencia a África, Latinoamérica, Sudeste asiático y/o el Pacífico occidental, donde quiera que se utilice la “medicina complementaria y alternativa” cuando se hace referencia a Europa y/o Norteamérica (y Australia). Cuando se hace referencia en un sentido general a todas esas regiones, se utiliza en general MT/MCA.

Mientras tanto, en muchos países desarrollados, la MCA se está haciendo cada vez más popular. El porcentaje de población que utiliza la MCA al menos una vez es de un 48% en Australia, un 70% en Canadá, un 42% en EE UU, un 38% en Bélgica y un 75% en Francia.

En muchos lugares del mundo el gasto en MT/MCA no es sólo importante, sino que está creciendo rápidamente. En Malasia, se estima se gastan anualmente 500 millones de dólares estadounidenses en este tipo de cuidado de la salud, comparado con unos 300 millones de dólares estadounidenses en medicina alopática. En EE UU, el gasto total en 1997 en MCA se estima fue de 2700 millones de dólares estadounidenses. En Australia, Canadá y el Reino Unido el gasto anual en MCA se estima en 80 millones, 2400 millones y 2300 millones de dólares estadounidenses respectivamente.

¿Por qué un uso tan amplio?

Accesible y asequible en los países en vías de desarrollo

En los países en vías de desarrollo, el amplio uso de la MT se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad. En Uganda, por ejemplo, la proporción de personas que practican la MT^c frente a la población es de 1:200 y 1:499. Esto contrasta drásticamente con la disponibilidad de personas que practican la medicina alopática, para la cual la proporción es de 1:20.000 o menos. Incluso la distribución de dicho personal es desigual, la mayor parte se



encuentran en ciudades u otras zonas urbanas y por lo tanto es difícil que las poblaciones rurales tengan acceso.

La MT es a veces la única fuente asequible de atención sanitaria, especialmente para los pacientes más pobres del mundo. En Ghana, Kenia y Malí, la investigación

ha demostrado que una serie de medicamentos antimaláricos de pirimetamina/sulfadoxina puede costar mucho dinero. El gasto sanitario per capita en Ghana y Kenia contabiliza tan sólo 6 dólares estadounidenses al año. Por el contrario, la medicina con hierbas para el tratamiento de la malaria es considerablemente más barato y muchas veces incluso se paga en especias y/o de acuerdo con la "riqueza" del cliente.

La MT es también muy popular en muchos países en vías de desarrollo puesto que está firmemente arraigada en los sistemas de creencias.

Un enfoque alternativo a la sanidad en los países desarrollados

En muchos países desarrollados el popular uso de la MCA está propulsado por la preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos hechos por el hombre, cuestionando los enfoques y las suposiciones de la medicina alopática y por el mayor acceso del público a información sanitaria.

Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga ha dado como resultado un aumento de los riesgos de desarrollar enfermedades crónicas y debilitantes tales como las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales. Para muchos pacientes, la MCA parece ofrecer medios más livianos de tratar dichas enfermedades que la medicina alopática.

Entusiasmo no crítico frente a escepticismo no informado

Muchos proveedores de MT/MCA buscan un reconocimiento y apoyo continuo – o mayor – en su campo. Al mismo tiempo muchos profesionales de la medicina alopática, incluso aquellos en países con un fuerte historial de MT, expresan grandes reservas y a menudo serias incredulidades sobre los

^c A las personas que practican la MT se les conoce por lo general como sanadores tradicionales, colocador de huesos, herbolarios, etc. Las personas que practican la MT incluyen tanto practicantes de MT y profesionales de medicina alopática como a médicos, dentistas y enfermeras que proporcionan terapias de MT/MCA a sus pacientes – es decir, doctores médicos también utilizan la acupuntura para tratar a sus pacientes.

pretendidos beneficios de la MT/MCA. Los legisladores se debaten con preguntas asociados con la seguridad y la eficacia de las medicinas tradicionales de hierbas, mientras que muchos grupos industriales y consumidores se resisten a cualquier desarrollo de la política sanitaria que pudiera limitar el acceso a las terapias de MT/MCA. Informes de poderosos efectos inmunoestimulantes para algunas medicinas tradicionales hacen subir las esperanzas entre personas infectadas con VIH, pero a otros les preocupa que el uso de dichas "curas" confunda a las personas que viven con VIH/SIDA y demore el tratamiento con terapias "demostradas".

Por lo que junto con el cada vez mayor uso de la MT/MCA, también está aumentando la demanda para producir evidencias sobre la seguridad, la eficacia y la calidad de los productos y las prácticas de la MT/MCA. Curiosamente, gran parte de la literatura científica de la MT/MCA utiliza metodologías comparables a las utilizadas para respaldar muchos procedimientos quirúrgicos modernos: informes de casos individuales y series de pacientes, sin grupo de control o de comparación. No obstante, la evidencia científica de



los ensayos clínicos aleatorios es muy fuerte para muchos casos de acupuntura, para algunas medicinas con hierbas y para algunas de las terapias manuales.

En general, sin embargo, el cada vez mayor uso de la MT/MCA no está acompañado por un aumento en la cantidad, la calidad y la accesibilidad de la evidencia clínica para respaldar las afirmaciones de la MT/MCA.

Retos para el desarrollo del potencial de la MT/MCA

A fin de maximizar el potencial de la MT/MCA como fuente de cuidado de la salud, primero deben afrontarse una serie de temas. Éstos están asociados con la política, la seguridad, la eficacia, la calidad, el acceso y el uso racional.

Política: bases de acción sólida en la MT/MCA

En términos relativos, son pocos los países que han desarrollado una política sobre MT y/o MCA, sólo 25 de los 191 estados miembro de la OMS. Aún así, dicha política ofrece una base sólida para definir el papel de la MT/MCA en el aporte sanitario nacional, asegurando que se crean los mecanismos normativos y legales necesarios para promover y mantener una buena práctica, que el acceso sea equitativo, y se asegure la autenticidad, la seguridad y la eficacia de las terapias. También puede ayudar a asegurar una provisión suficiente de recursos económicos para la investigación, educación y formación.

En hecho, muchos países desarrollados se están dando cuenta que los temas sobre MCA relacionados con la seguridad y la calidad, licencias de proveedores y pautas de formación, y prioridades para la investigación, pueden afrontarse mejor dentro de un marco de trabajo de política nacional. La necesidad de una política nacional es bastante urgente, sin embargo, en aquellos países en vías de desarrollo donde la MT no se ha integrado todavía en el sistema sanitario nacional, incluso cuando gran parte de su población depende de la MT para la sanidad.

Un número cada vez mayor de políticas nacionales tendrá el beneficio añadido de facilitar trabajo sobre temas globales tales como el desarrollo e implantación de normas y pautas internacionalmente aceptados para la investigación sobre la seguridad y la eficacia de la MT/MCA, el uso sostenible de plantas medicinales y la protección y uso equitativo de los conocimientos sobre medicina indígena y tradicional.

Seguridad, eficacia y calidad: crucial para la divulgación de la MT/MC

Las prácticas de la MT/MCA se han desarrollado dentro de diferentes culturas en distintas regiones. Por lo que no se ha dado un desarrollo paralelo de pautas y métodos, tanto nacionales como internacionales, para valorarlos.

La valoración de los productos de la MT/MCA es asimismo un tema problemático. Esto es especialmente cierto en el caso de las medicinas con base de hierbas, donde la eficacia y la calidad de las mismas puede verse influenciada por numerosos factores. No es de sorprender por tanto, que la investigación sobre la MT/MCA ha sido inadecuada, dando como resultado una opacidad en los datos y un desarrollo inadecuado de la metodología. Esto a su vez ha ralentizado el desarrollo de normativas y legislaciones para la MT/MCA.

Los sistemas nacionales de inspección para controlar y valorar los efectos adversos son también raros. Por ello, a pesar de que aunque muchas terapias de MT/MCA tienen un potencial prometedor y se utilizan cada vez con más frecuencia, muchas de ellas no están probadas y su uso no está controlado. Como resultado, los conocimientos sobre los posibles efectos secundarios son limitados. Esto hace que la identificación de las terapias más seguras y eficaces y la promoción de su uso racional sea más difícil. Si la MT/MCA ha de promoverse como una fuente sanitaria, es esencial realizar todo esfuerzo posible por fomentar su uso racional e identificar las terapias más seguras y eficaces.

Acceso: hacer que la MT/MCA esté disponible y asequible

Aunque existe evidencia de que muchas poblaciones en países en vías de desarrollo dependen en gran medida de la MT a fin de satisfacer sus necesidades sanitarias, faltan datos precisos. Es necesario llevar a cabo investigaciones cuantitativas para determinar los niveles de acceso existentes (tanto económicos como geográficos), además de para clarificar las limitaciones para la ampliación de dicho acceso. El enfoque debe centrarse en los tratamientos de aquellas enfermedades que suponen la principal carga para las poblaciones más pobres.

Además, si el acceso ha de incrementarse de manera sustancial, debe protegerse la base natural del recurso del que dependen determinados productos y terapias. Las materias

primas de las medicinas con base de hierbas, por ejemplo, con frecuencia experimentan una recogida excesiva de las poblaciones de plantas silvestres.

Otro reto importante concierne a la propiedad intelectual y a los derechos de patente. Las ventajas económicas que pueden derivarse de la aplicación a gran escala de los conocimientos sobre MT pueden ser sustanciales. Todavía no se han resuelto preguntas sobre la forma más adecuada de repartir mejor los beneficios entre los innovadores y los poseedores de los conocimientos sobre la MT.

Uso racional: asegurar la conveniencia y la costo-efectividad

El uso racional de la MT/MCA tiene muchos aspectos, entre los que se incluyen: cualificación y licencia de los proveedores; uso correcto de productos de calidad asegurada; buena comunicación entre proveedores de MT/MCA, médicos alopáticos y pacientes; y provisión de información científica y orientación para el público.

Los retos en educación y formación son al menos el doble. Primero, es necesario asegurar que los conocimientos, las cualificaciones y la formación de los proveedores de MT/MCA son adecuados. En segundo lugar, debe utilizarse la formación a fin de asegurar que los proveedores de MT/MCA y los médicos alopáticos comprendan y aprecien como se complementan los cuidados sanitarios que ofrecen.

El uso correcto de productos de calidad asegurada tiene gran importancia a la hora de reducir los riesgos asociados con los productos de la MT/MCA tales como las medicinas con base de hierbas. Sin embargo, las normativas y el registro de medicinas con base de hierbas no están bien desarrollados en la mayoría de los países y por lo general, la calidad de los productos de hierbas que se venden no está garantizada.

Asimismo es necesario trabajar más a fin de sensibilizar al público sobre cuando es apropiado (y costo-eficaz) el uso de la MT/MCA y

cuando no es aconsejable, y por qué debe tenerse cuidado cuando se utilicen productos de MT/MCA.

El papel actual de la OMS

La misión de la OMS en medicamentos esenciales y política farmacéutica es ayudar a salvar vidas y mejorar la sanidad cerrando el gran vacío existente entre el potencial de las medicinas esenciales y la realidad de que para millones de personas, en especial los pobres



y los desfavorecidos, las medicinas no están disponibles, no son asequibles, seguras o se usan de forma incorrecta. LA OMS hace esto realizando diversas funciones clave: articulando la política y adoptando posturas defensoras, trabajando en asociación, elaborando guías y herramientas prácticas, desarrollando normas y pautas, fomentando estudios estratégicos y operativos, desarrollando de recursos humanos y gestionando la información.

En términos de MT/MCA, la OMS lleva a cabo estas funciones:

- *Facilitando la integración de la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales*
Ayudando a los Estados Miembro a desarrollar sus propias políticas nacionales sobre MT/MCA.
- *Elaborando guías para la MT/CMA*
Desarrollando y creando estándares internacionales, pautas técnicas y metodologías para la investigación de terapias y productos de MT/MCA, y para su uso durante la elaboración de productos de MT/MCA.
- *Fomentando el estudio estratégico de la MT/MCA*
Proporcionando apoyo a los proyectos de estudios clínicos sobre seguridad y eficacia de la MT/CMA, en especial en lo que se

refiere a enfermedades tales como la malaria y VIH/SIDA.

- *Defendiendo el uso racional de la MT/MCA*
Fomentando el uso basado en evidencias de la MT/MCA.
- *Gestionando la información sobre la MT/MCA*
Actuando como una cámara de compensación para facilitar el intercambio de información sobre la MT/MCA.

Sin embargo los retos descritos anteriormente exigen la ampliación y el aumento de las actividades de la OMS en esta área.

Marco de trabajo para actuar

La *estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*, revisa el estado de la MT/MCA de forma global, y detalla el propio papel y las actividades de la OMS en cuanto a MT/MCA. Pero lo que es

más importante, proporciona un marco de trabajo para la acción de la OMS y de sus socios, a fin de que la MT/MCA desempeñe un papel mucho más



importante a la hora de reducir el exceso de mortalidad y morbilidad, especialmente entre las poblaciones más pobres. La estrategia comprende cuatro objetivos:

1. Política – integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales sobre MT/MCA.
2. Seguridad, eficacia y calidad – fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, difundiendo los conocimientos básicos sobre MT/MCA y ofreciendo directrices sobre normas y estándares para el asegurar la calidad.
3. Acceso – incrementar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA, según

sea apropiado, enfatizando el acceso de las poblaciones pobres.

4. Uso racional – fomentar terapéuticamente el uso sólido de una MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores.

En un principio, la implantación de la estrategia se centrará en los primeros dos objetivos. Conseguir los objetivos de seguridad, eficacia y calidad, proporcionará las bases necesarias para conseguir los objetivos de acceso y uso racional.

Implantación de la estrategia

Maximizar el potencial que ofrece la MT/MCA para mejorar el estado sanitario al nivel mundial es una tarea desalentadora, que

comprende una diversa gama de actividades y exige muchos tipos de experiencia. Afortunadamente, la OMS ha establecido una red de MT/MCA global, los miembros de la cual incluyen autoridades sanitarias nacionales, expertos de Centros Colaboradores de la OMS e institutos de investigación, además de agencias de la ONU y organizaciones no gubernamentales que trabajan en temas relacionados con la MT/MCA, cuya ayuda puede pedir la OMS. Muchas organizaciones han contribuido al desarrollo de la *estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005*, y muchas de ellas están de acuerdo en ser nuestros socios en esta implantación.

El uso de indicadores críticos facilitará el control del progreso por país bajo cada uno de los objetivos estratégicos.



L

a medicina tradicional (MT) y la medicina complementaria y alternativa (MCA) están adquiriendo más atención dentro del contexto de la provisión de atención sanitaria y la reforma del sector salud. Muchos factores contribuyen a la expansión en el uso de la MT/MCA. Sin embargo a fin de desarrollar todo su potencial, primero deben tratarse algunos temas importantes.

1.1 ¿Qué es la medicina tradicional? Hacia una definición práctica

Existen muchas formas de medicina tradicional, entre los que se incluyen la medicina tradicional china, el ayurveda hindú y la medicina unani árabe. A lo largo de la historia los asiáticos, africanos, árabes, nativos americanos, oceánicos, centroamericanos y sudamericanos, además de otras culturas, han desarrollado una gran variedad de sistemas de medicinas tradicionales indígenas. Influenciados por factores tales como la historia, las actitudes personales y la filosofía, su práctica varía en gran medida de un país a otro y de una región a otra. No es necesario decir que su teoría y aplicación difieren de manera importante de la teoría y la aplicación de la medicina alopática (Cuadro 1).

Dependiendo de las terapias implicadas, las terapias de la MT/MCA puede clasificarse como terapias de medicación – si se utilizan

medicinas con base de hierbas^d, partes de animales y/o minerales – o terapias sin medicación – si se realiza principalmente sin el uso de medicación, como es el caso de la acupuntura, las terapias manuales, el gí Gong, tai ji, la terapia termal, el yoga y otras terapias físicas, mentales, espirituales y terapias de mente y cuerpo.

Cuadro 1

¿QUÉ ES LA MEDICINA TRADICIONAL?

La medicina tradicional puede codificarse, regularse, enseñarse abiertamente y practicarse amplia y sistemáticamente, además de beneficiarse de miles de años de experiencia.

A la inversa, puede ser reservada, mística y extremadamente localizada, a través de la difusión oral de conocimientos y prácticas. Puede basarse en síntomas físicos destacados o fuerzas supernaturales percibidas.

Sin duda, en el ámbito global, la medicina tradicional elude la definición o descripción precisa, conteniendo como lo hace características y puntos de vista diversos y a veces conflictivos. No obstante una definición práctica resulta útil. Para la OMS tal definición debe ser por necesidad amplia e inclusiva.

La OMS define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.

^d Las medicinas basadas en hierbas incluyen hierbas, materiales con base de hierbas, preparados a base de hierbas y productos acabados con hierbas, que contienen como ingredientes activos partes de plantas u otros materiales con base de plantas o combinaciones de las mismas.

Medicina complementaria y alternativa

Los términos "complementaria" y "alternativa" (y a veces también "no convencional" o "paralela") se utilizan para referirse a un amplio grupo de prácticas sanitarias que no

"Hablar de medicina "alternativa" es ... como hablar de extranjeros – ambos términos son vagamente peyorativos y hacen referencia a amplias y heterogéneas categorías definidas por lo que no son, en lugar de definirse por lo que son".¹

forman parte de la tradición de un propio país, o no están integradas en su sistema sanitario prevaleciente.

La acupuntura es una terapia médica tradicional china. Sin embargo muchos países

europeos la definen, y la medicina tradicional china en general, como MCA, porque no forma parte de sus propias tradiciones sanitarias. De la misma forma, desde que la homeopatía y los sistemas quiroprácticos se desarrollaron en Europa en el siglo XVIII, tras la introducción de la medicina alopática, no están clasificadas como sistemas de MT ni se incorporan en los modos dominantes sanitarios de Europa. En su lugar, se refiere a éstas como una forma de MCA.^e

En la tabla 1 se muestran algunas terapias de MT/MCA comunes, descritas en la serie *Revista Médica Británica* 1999 sobre MCA. La tabla no es de ninguna forma exhaustiva, y continuamente se están desarrollando nuevas ramificaciones de disciplinas establecidas.

Tabla 1

Terapias y técnicas terapéuticas comúnmente utilizadas en la MT/MCA

| | Medicina China | Ayurveda | Unani | Naturopatía | Osteopatía | Homeopatía | Quiropráctica | Otras |
|-----------------------|---------------------|----------|-------|-------------|------------|------------|---------------|--------------------------------|
| Medicinas con hierbas | ● | ● | ● | ● | ■ | ● | | ● ^a |
| Acupuntura/acupresión | ● | | | | ■ | | | ■ ^b |
| Terapias manuales | Tuina ^c | ● | ● | ■ | ● | | ● | Shiatsu ^d |
| Terapias espirituales | ● | ● | ● | ● | | | | Hipnosis, sanación, meditación |
| Ejercicios | Qigong ^e | Yoga | | Relajación | | | | |

● – terapia/técnica terapéutica comúnmente utilizada

■ – terapia/técnica terapéutica utilizada a veces

■ – utiliza toques terapéuticos

^a por ejemplo, muchos sistemas de MT informales de África y Latinoamérica utilizan medicinas basadas en hierbas.

^b por ejemplo, en Tailandia, algunas terapias de MT utilizadas incorporan acupuntura y acupresión.

^c Tipo de terapia manual utilizada en la medicina tradicional china.

^d Se refiere a terapia manual de origen japonés en la cual la presión se aplica con los pulgares, las palmas, etc., en determinados puntos del cuerpo.

^e Componente de la medicina tradicional china que combina movimiento, meditación y regulación de la respiración para mejorar el flujo de energía vital (qi) en el cuerpo para mejorar la circulación y la función inmune.

^e De acuerdo con este documento, "medicina tradicional" se utiliza cuando se hace referencia a África, Latinoamérica, Sudeste asiático y/o Pacífico occidental, donde quiera que se utilice la "medicina complementaria y alternativa" cuando se hace referencia a Europa y Norteamérica (y Australia). Cuando se hace referencia en un sentido general a todas estas regiones, se utiliza el término MT/MCA.

Incorporación de la MT/MCA a los sistemas de salud nacionales

La OMS ha definido tres tipos de sistemas de salud para describir el punto hasta el que la MT/MCA es un elemento sanitario oficialmente reconocido.

En un **sistema integrado**, la MT/MCA está oficialmente reconocida e incorporada en todas las áreas de provisión sanitaria. Esto significa que: la MT/MCA está incluida en la política de fármacos nacional relevante del país; los proveedores y los productos están registrados y regulados; las terapias de la MT/MCA están disponibles en hospitales y clínicas (tanto públicos como privados); el tratamiento de MT/MCA se reembolsa bajo el seguro sanitario; se realizan estudios relevantes; y se dispone de educación sobre MT/MCA. Mundialmente, sólo China, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea y Vietnam pueden considerarse tener un sistema integrador (Tabla 2).

Un **sistema inclusivo** reconoce la MT/MCA pero todavía no está totalmente integrado en todos los aspectos de la sanidad, ya sea aporte de cuidados sanitarios, educación y formación o regulación. Es posible que la MT/MCA no esté disponible a todos los niveles sanitarios, puede ser el seguro sanitario no cubra tratamientos de MT/MCA, puede que la educación oficial de MT/MCA no este disponible en el ámbito universitario, y puede que no exista una regulación de los proveedores y productos de MT/MCA o que en caso de existir solamente sea parcial. Dicho esto, se estará trabajando en la política, normativa, práctica, cobertura sanitaria, la investigación y la educación. Los países que tienen en funcionamiento un sistema inclusivo incluyen países en vías de desarrollo tales como Guinea Ecuatorial, Nigeria y Mali que tienen una política de MT/MCA nacional, pero poco o nada sobre regulación de los productos de la MT/MCA, y países desarrollados tales como Canadá y el Reino Unido que no ofrecen un nivel educativo universitario importante en MT/MCA, pero que se están esforzando por

asegurar la calidad y la seguridad de la MT/MCA. Por último, están los países que operan un sistema completo y que esperan obtener un sistema integrador (Tabla 3).

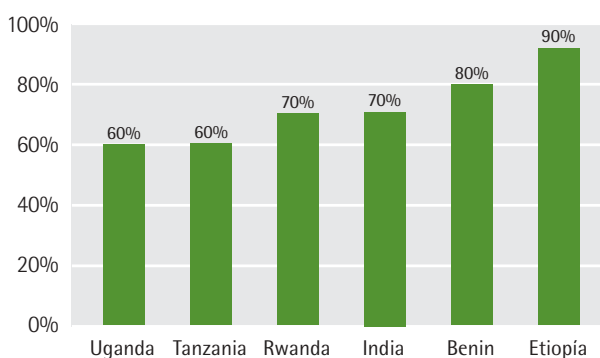
En países con un sistema tolerante, el **sistema sanitario** nacional está basado enteramente en la medicina alopática, pero se toleran por ley algunas prácticas de MT/MCA.

1.2 Amplio uso y atractivo

En muchos países en vías de desarrollo — como lo indican con frecuencia los informes gubernamentales — la mayoría de la población sigue utilizando la MT para satisfacer sus

Figura 1

El uso de la MT para la sanidad primaria está muy extendido en algunos países en vías de desarrollo



Fuente: recogido a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

necesidades sanitarias primarias (Figura 1). De la misma forma, la resolución sobre *Fomento del papel de la medicina tradicional en los sistemas de salud: Una estrategia para la región africana*, adoptada por el 50 Comité Regional de la OMS para la Región Africana en agosto de 2000, indica que alrededor de un 80% de la población de los Estados Miembro Africanos utilizan la MT para ayudar a satisfacer las necesidades sanitarias.² Esto incluye el uso de comadronas tradicionales. En hecho, al reconocer la contribución que las comadronas tradicionales pueden hacer a la sanidad primaria, diversos países africanos han dado comienzo a programas de formación para mejorar las habilidades y el conocimiento

Tabla 2 Ejemplos 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 práctica en hospitales públicos la MT/MCA está integrada en el sistema sanitario nacional) | Cobertura en el seguro sanitario para tratamientos y productos | Institutos nacionales de investigación de MT/MCA | 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 | Regulación – Si La farmacopea incluye listas de hierbas de medicamentos esenciales que incluye medicinas de hierbas Fabricantes 600 Cultivadores de hierbas 340 000 | Doctores MTC Doctores MTC/MA Farmacéuticos MTC Doctores asociados Farmacéuticos MA | Hospitales MTC Hospitales MTC/MA Camas totales Hospitales de MT para grupos minoritarios | 2 500 39 35 000 127 | 170 institutos de investigación nacionales y estatales | 30 universidades MTC 3 Colegios de MT para grupos minoritarios 51 escuelas de tecnología médica de MTC |
| República de Corea | Política nacional sobre MT 1969 | Regulación – Si La farmacopea incluye hierbas | Doctores orientales Practicantes de Acupuntura | 107 hospitales de medicina oriental y 6 590 clínicas locales de medicina oriental | Total | 1 instituto de investigación nacional | 11 universidades de medicina oriental |
| Vietnam | Política nacional sobre MT 1955 | Regulación – Si Lista de medicinas esenciales incluye medicinas de hierbas Fabricantes estatales 2 | Doctores de MT Practicantes de Acupuntura | 48 hospitales con departamentos de MT | Total | 3 institutos de investigación nacionales | Facultad de MT en 3 colegios médicos, 2 escuelas de tecnología médica de MT |

Fuentes: compilado a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

Tabla 3 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 | Prácticas a todos los niveles, incluyendo hospitales públicos (p.e. si se práctica en hospitales públicos la MT/MCA está integrada en el sistema sanitario nacional) | Cobertura en el seguro sanitario para tratamientos y productos | Institutos nacionales de investigación de MT/MCA | Educación oficial universitaria que comprende tanto la MT como la MA para médicos, farmacéuticos y enfermeras |
|--------------------------------|---|--|--|--|--|---|
| India | Si | Ambos | Si, en algunos hospitales estatales | No | Si | Si |
| Sri Lanka | Si | Ambos | No | No | No | No |
| Indonesia | Si | Ambos | Si, en algunos hospitales estatales | No | Si | No |
| Japón | No | Ambos | Si, en algunos hospitales estatales | Si | Si, en algunas prefecturas | No |
| Australia | No | Productos de hierbas | Si, en algunos hospitales estatales | Parcial | No | Si |
| Emiratos Árabes Unidos | No | Ambos | Si, en algunos hospitales estatales | No | Si | No |
| Alemania | No | Ambos | Si, en algunos hospitales estatales | Parcial | Si | No |
| Noruega | Si | Ambos | Si, en algunos hospitales estatales | Parcial | Si, en una universidad estatal | No |
| Reino Unido | Si | Ambos | Si, en algunos hospitales estatales | Parcial | No | No, en vías de preparación |
| Canadá | Si | Ambos | Si, en algunos hospitales estatales | Parcial | Si, en algunas universidades estatales | No |
| EE UU | No | Ambos | Si, en algunos hospitales estatales | Parcial | Si, NCCAM y en algunas universidades estatales | No |
| Ghana | Si | Ambos | No | No | Si | No |
| Nigeria | Si | Ambos | Si | No | Si | No |

Fuentes: compilado a partir de informes gubernamentales para la Organización Mundial de la Salud

sanitario primario de las comadronas (Figura 2). Algunos de esos países también proporcionan formación en MT a farmacéuticos, médicos y enfermeras.

En muchos países asiáticos la MT se sigue utilizando ampliamente, incluso cuando la medicina alopática está disponible. En Japón,

Figura 2
Países africanos con programas sanitarios de formación para comadronas tradicionales



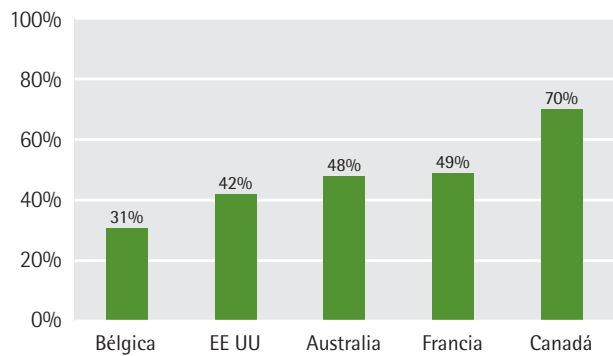
Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.³

el 60–70% de los médicos alopáticos prescriben medicinas kampo a sus pacientes. En Malasia, se utilizan ampliamente las formas tradicionales de la medicina malaya, china e india. En China, la MT contabiliza alrededor del 40% de toda la sanidad, y se utiliza para tratar a unos 200 millones de pacientes anualmente.⁴ En Latinoamérica, la Oficina Regional de la OMS para las Américas (AMRO/PAHO) informa que el 71% de la población en Chile y el 40% de la población de Colombia utiliza la MT.⁵

En muchos países desarrollados, determinadas terapias MCA son muy populares. Varios informes gubernamentales y no gubernamentales (Figura 3) indican que el porcentaje de la población que ha utilizado la MCA es de un 46% en Australia, un 49% en Francia y un

70% en Canadá.^{6,7,8} Una encuesta realizada entre 610 médicos suizos demostró que el 46% había utilizado alguna forma de MCA,

Figure 3
Porcentaje de población que ha utilizado la MCA al menos una vez en países desarrollados seleccionados



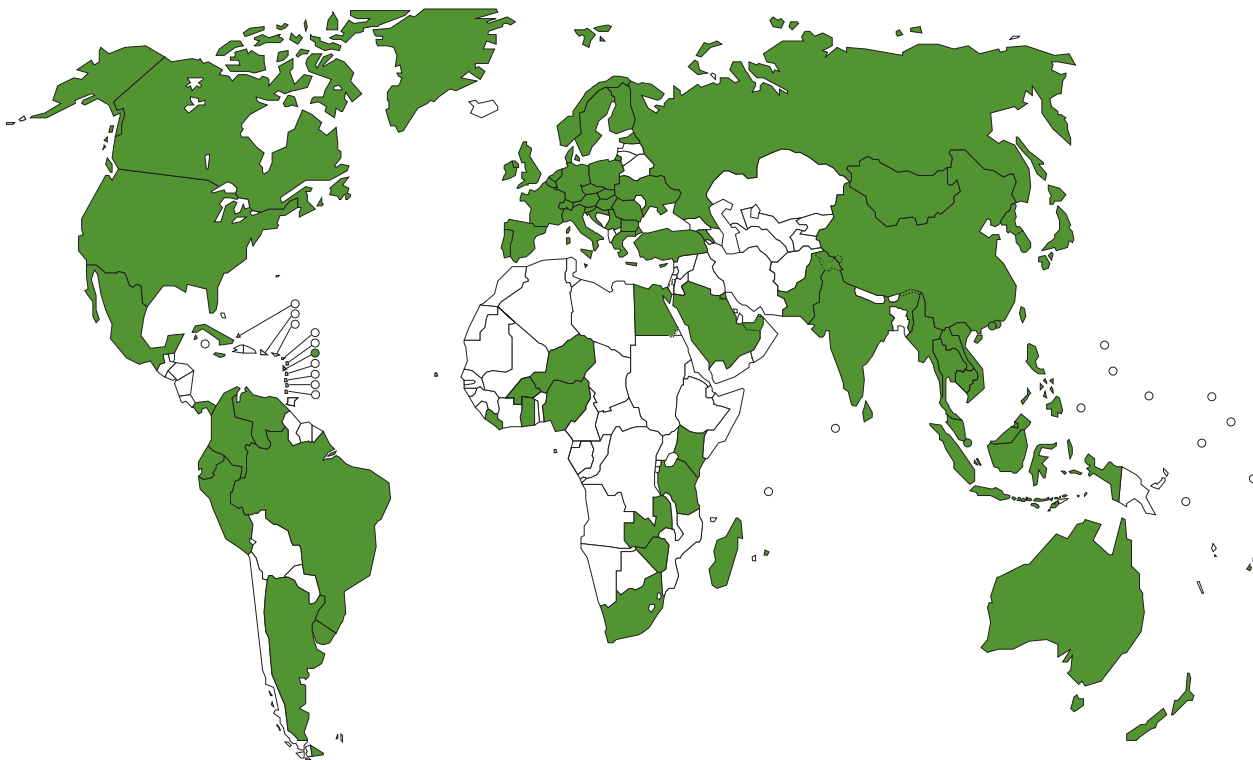
Fuente: Fisher P y Ward A, 1999; Health Canada, 2001. Organización Mundial de la Salud, 1998.^{7,8,6}

principalmente la homeopatía y la acupuntura. Esto es comparable a la cifra de MCA para el total de la población suiza.⁹ En el Reino Unido, casi un 40% de todos los médicos alopáticos ofrecen alguna forma de derivación o acceso a la MCA.¹⁰ En EE UU, una encuesta nacional sobre la que informó la revista *Journal of the American Medical Association* indicó que el uso de al menos 1 de 16 terapias alternativas durante el año anterior aumentó del 34% en 1990 al 42% en 1997.¹³

La acupuntura es una práctica especialmente popular. Originaria de China, en la actualidad se utiliza en al menos 78 países y no sólo la practican acupunturistas sino también médicos alopáticos (Figura 4). De acuerdo con la Federación Mundial de Acupuntura – Sociedades de Moxibustión, en Asia hay al menos 50.000 acupunturistas. En Europa, se estima que existen 15.000 acupunturistas, incluyendo a los médicos alopáticos que también practican como acupunturistas. En Bélgica, el 74% del tratamiento de acupuntura lo administran médicos alopáticos. En Alemania, el 77% de las clínicas contra el dolor proporcionan acupuntura. En el Reino

Figura 4

Países donde los médicos alopáticos practican la acupuntura únicamente, o la practican médicos alopáticos y acupunturistas



Fuente: Federación Mundial de Acupuntura – Sociedades de Moxibustión, 2000; Organización Mundial de la Salud, en prensa.^{11,12}

Unido, el 46% de los médicos alopáticos bien recomiendan a sus pacientes un tratamiento de acupuntura o tratan a sus pacientes con acupuntura ellos mismos. En EE UU hay 12 000 licencias de acupunturistas – la práctica de la acupuntura es legal en 38 estados y en seis estados se están desarrollando políticas para la práctica de la acupuntura.^{11,14,15}

1.3 Gasto

Los informes sobre le gasto nacional total en MT/MCA son escasos. La información sobre el gasto nacional realizado para el autotrata- miento con MT/MCA es incluso más escasa. Sin embargo, se dispone de algunas cifras, y con un uso mundial cada vez mayor de la MT/ MCA, el gasto público y privado está clara- mente aumentando. En Malasia, se estima un gasto anual en MT/MCA de unos 500 millones de dólares estadounidenses, comparado con unos 300 millones de dólares estadounidenses en medicina alopática.⁶ En EE UU, el gasto

total realizado en 1997 en MCA se estima en unos 2700 millones de dólares estadouni- ses, comparable con el gasto proyectado realizado en 1997 para todos los servicios médicos.¹³ En el Reino Unido, el gasto anual en MCA se estima en 2300 millones de dólares estadounidenses respectivamente.¹⁶ En Canadá, se estima que en 1997 el gasto en MCA fue de 2400 millones de dólares estado- unidenses.⁸

El mercado mundial de medicinas elaboradas con de hierbas basadas en el conocimiento tradicional se estima es en la actualidad de 60 mil millones de dólares USA.¹⁷ En EE UU, las ventas de hierbas aumentaron un 101% en los mercados ambulantes entre mayo de 1996 y mayo de 1998. Entre los productos con base de hierbas más populares incluyen el ginseng, *Ginkgo biloba*, el ajo, *Echinacea* spp. y Hierba de San Juan (Tabla 4).¹⁸

Tabla 4

Aumento de las ventas de los productos más populares elaborados con hierbas en EE UU 1997–1998

| Hierba | Ventas en millones \$ USA 1997 | 1998 | % de aumento en ventas |
|------------------------------|--------------------------------|------|------------------------|
| Total suplementos de hierbas | 292 | 587 | 101 |
| Echinacea | 33 | 64 | 96 |
| Ajo | 66 | 81 | 24 |
| <i>Ginkgo biloba</i> | 52 | 126 | 143 |
| Ginseng | 76 | 96 | 26 |
| Hierba de San Juan | 1 | 103 | 102 |
| Otras hierbas | 64 | 118 | 85 |

Fuente: datos de Scanner Data, FDM, Inc., EE UU.¹⁸

1.4 Contabilidad de uso y aumento del interés

Accesible y asequible en los países en vías de desarrollo

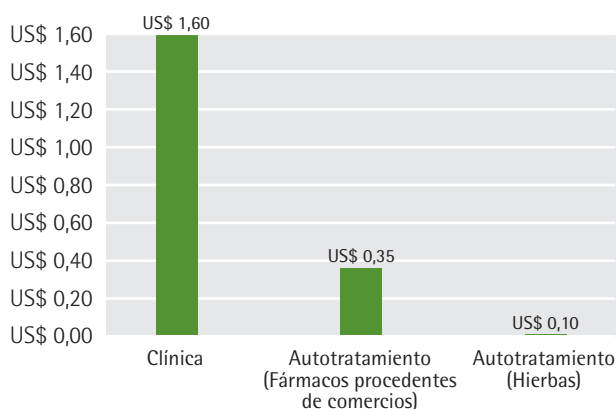
En algunos países en vías de desarrollo la MT está mucho más disponible que la medicina alopática. En Tanzania, Uganda y Zambia, los investigadores han encontrado una proporción de practicantes de MT^f por población de 1:200–1:400. Esto contrasta con la disponibilidad de practicantes alopáticos, donde la proporción es de 1:20.000 o inferior.^{19,20} Una encuesta realizada en 1991 por parte de la Agencia Americana para el Desarrollo Internacional descubrió que, en el África Subsahariana, los practicantes de la medicina tradicional superaban a los practicantes de medicina alopática por 100 a 1.²¹ Lo que es más, los practicantes de la medicina alopática estaban localizados principalmente en ciudades y otras áreas urbanas. Así que para muchas poblaciones rurales, la MT es la única fuente sanitaria disponible. Los estudios realizados por la OMS Roll Back Malaria Programme en 1998 demostraron que en Ghana, Mali, Nigeria y Zambia, más del 60% de los niños con fiebre alta eran tratados en

casa con medicinas con base de hierbas.^{22,23, 24,25}

Una de las razones clave citada para ello fue la accesibilidad a las medicinas con base de hierbas en las zonas rurales. (Véase también la Figura 5).

La MT es a veces la única fuente sanitaria asequible, especialmente entre los pacientes más pobres. En Ghana, Kenia y Mali, un estudio ha demostrado que un tratamiento antimalarico con pirimetamina/sulfadoxina puede costar muchos dólares. El gasto sanitario total realizado en Ghana y Kenia es de alrededor 6 dólares estadounidenses per capita al año. En otras palabras, algunas poblaciones simplemente no pueden permitirse el lujo de pagar fármacos químicos.²⁷ Por otro lado, las medicinas con base de hierbas no sólo son relativamente baratas sino que se pueden pagar en especie y/o de acuerdo con el "bienestar" del cliente. De la misma forma en Salvador, el coste de tratar a un niño con

Figura 5
El tratamiento de la malaria en Ghana con medicinas con base de hierbas es considerablemente más barato que cualquier otra forma sanitaria



Fuente: adaptado de Ahorlu C. y otros, 1997.²⁶

diarrea como paciente externo en un hospital público — incluyendo honorarios por consulta y medicación — puede suponer hasta 50 dólares estadounidenses. El tratamiento que

^f Practicantes de MT son por lo general sanadores tradicionales, colocadores de huesos, herbolarios, etc. Los proveedores de MT incluyen tanto practicantes de medicina tradicional como profesionales de medicina alopática tales como médicos, dentistas y enfermeras quienes proporcionan terapias de MT/MCA a sus pacientes. P.e. muchos médicos también utilizan la acupuntura para tratar a sus pacientes.

ofrece un practicante de MT puede ser inferior a 5 dólares estadounidenses o pagarse en especie.²⁸

La mayor accesibilidad a los practicantes de MT — y la confianza en su capacidad para tratar enfermedades incurables debilitantes — se explica por qué la mayoría de los africanos que viven con VIH/SIDA utilizan medicinas tradicionales con base de hierbas para obtener una cura sintomática y tratar las infecciones oportunistas. Frecuentemente, los practicantes de MT son personas bien conocidas en sus comunidades por su experiencia en la atención sanitaria y por la prevención de muchas enfermedades de transmisión sexual.⁹ Al mismo tiempo, la MT está a

“En una reunión celebrada en Kampala en junio de 2000, y patrocinada por el ONUSIDA se acordó que la medicina tradicional está en un sentido real llevando la carga de la atención clínica de la epidemia del SIDA en África. Los ministerios y las agencias internacionales han pasado por alto esta tendencia”.³¹

menudo incrustada en amplios sistemas de creencias y sigue siendo una parte integral e importante de la vida de muchas personas. ONUSIDA es partidario de colaborar con los practicantes de la MT en la prevención del SIDA y la atención en África Subsahariana.^{29,30}

La MT se utiliza también comúnmente en países en vías de desarrollo en Asia. El gobierno indio ha informado que para el 65% de su población, la MT es la única fuente sanitaria disponible. En algunos países de Asia, los gobiernos promueven de forma activa la MT. El ministro de sanidad de la República Popular de Laos, está alentando el uso de la MT, incluyendo una amplia distribución entre las comunidades del informe, *Medicines in Your*

Garden [Medicinas en el jardín]. En Tailandia, el ministerio de sanidad está trabajando para mejorar la sensibilización del público y difundir el uso de plantas medicinales para la atención sanitaria primaria. Este trabajo ha incluido la publicación del libro *Manual of Medical Plants for Primary Health Care [Manual de plantas medicinales para el cuidado sanitario primario]*.

Un enfoque alternativo o complementario para la sanidad en los países desarrollados

En muchos países desarrollados, el uso cada vez mayor de la MCA indica que existen otros factores aparte de la tradición y el coste. La preocupación sobre los efectos adversos de los fármacos químicos, las cuestiones asociadas con los enfoques y suposiciones de la medicina alopática, el mayor acceso del público a información sanitaria, los cambios en los valores y la reducida tolerancia del paternalismo son algunos de ellos.^{16,32}

“La medicina tradicional está basada en las necesidades de las personas. Distintas personas pueden recibir distintos tratamientos incluso si, de acuerdo con la medicina moderna, sufren la misma enfermedad. La medicina tradicional se basa en la creencia de que cada persona tiene su propia constitución y circunstancias sociales que dan como resultados distintas reacciones para las “causas de la enfermedad” y el tratamiento.”⁶

Al mismo tiempo, la esperanza de vida más larga lleva consigo un riesgo mayor de que se desarrollen enfermedades crónicas, debilitantes tales como las enfermedades coronarias, el cáncer, la diabetes y los trastornos mentales.²⁷ Aunque los tratamientos y las tecnologías alopáticas son abundantes, algunos pacientes han encontrado que no les proporciona una

⁹ Los investigadores en muchos países han observado que otras enfermedades y estados no clasificados como de transmisión sexual en nosología biomédica pueden considerarse localmente como tales tanto por parte del practicante como de sus clientes.

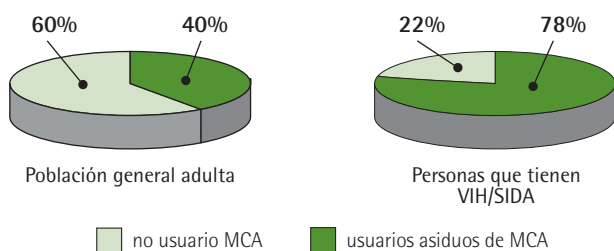
solución satisfactoria. Los tratamientos y las tecnologías no han sido lo suficiente eficaces o han provocado efectos adversos. Un estudio nacional realizado en EE UU demostró que la

“Es imperativo reconocer y afirmar el papel esencial de la medicina convencional con su capacidad para responder de forma competitiva en el tratamiento de enfermedades graves y traumas, sus innovaciones técnicas en el diagnóstico y tratamiento y las aplicaciones clínicas intensificadas de los descubrimientos de la ciencia básica. Sin embargo, es en las áreas de atención y gestión de enfermedades crónicas donde puede faltar un enfoque organoespecífico de la medicina convencional más reduccionista, mecanicista”.

mayoría de los usuarios de la MCA no percibían la MCA como “alternativa” a la medicina alopática sino como “complementaria”.³³

Un estudio reciente ha demostrado que el 78% de los pacientes que padecen VIH/SIDA en EE UU utilizan alguna forma de MCA (Figura 6).^{34,35,36}

Figura 6
Uso de la MCA por pacientes que padecen VIH/SIDA en EE UU



Fuente: Anderson W y otros, 1993; Mason F, 1995; Ostrow MJ y otros, 1997.^{34,35,36}

En países desarrollados las encuestas realizadas sobre la conducta en busca de sanidad y la satisfacción del cliente, han observado un elevado grado de apreciación de la calidad de la atención ofrecida por los proveedores de MCA. Los riesgos relativamente bajos

percibidos, asociados con el uso de terapias de MT también es un factor contribuyente para su popularidad.

En un análisis de datos sobre malas prácticas de 1990 a 1996 en EE UU, las quejas contra quiroprácticos, masajistas y acupunturistas fueron menos frecuentes y por lo general implicaban lesiones menos graves, que las quejas efectuadas contra médicos. En un estudio literario mundial, sólo se identificaron 193 efectos adversos tras un tratamiento de acupuntura (incluyendo efectos relativamente menores tales como dolor y vértigo) durante un periodo de 15 años.³⁸

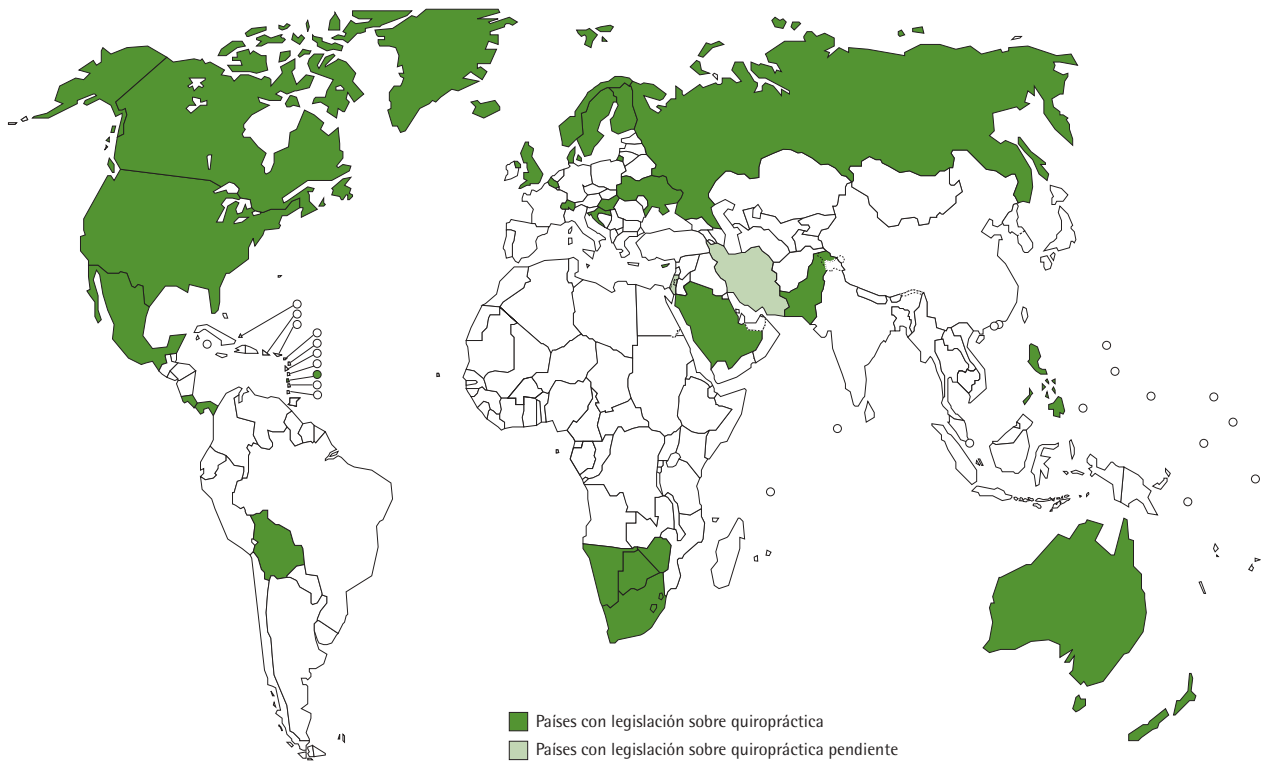
1.5 Reacción ante la popularidad de la MT/MCA

Los gobiernos están respondiendo ante el creciente uso de la MT/MCA. Muchos países están en la actualidad desarrollando normativas para la práctica de quiropráctica, mientras que 24 países ya cuentan con dichas normativas (Figura 7). Otros países están trabajando para regular las medicinas con base de hierbas – el número de Estados Miembro de la OMS con normativas relacionadas a la medicina con base de hierbas aumentó de 52 en 1994 a 64 en 2000 (Figura 8). En el año 2000, Australia, Canadá, Madagascar, Nigeria y EE UU han desarrollado normativas para las medicinas basadas en hierbas. (La OMS se asoció con Madagascar y Nigeria en el desarrollo de sus normativas). En algunos países, están floreciendo estructuras, presupuestos y formación en MT/MCA (Tabla 5).

El cada vez mayor número de institutos de investigación nacionales sobre MT en los países en vías de desarrollo es también un signo de la creciente importancia de la MT. De echo, la mayoría de los países en vías de desarrollo tienen ahora institutos nacionales de investigación de MT. Ejemplos destacados podemos encontrar en China, Ghana, la República Popular Democrática de Corea, la República de Corea, India, Mali, Madagascar, Nigeria, Tailandia, Indonesia, la República

Figura 7

En la actualidad las leyes quiroprácticas están muy difundidas



Fuente: informe de la Federación Mundial de Quiropráctica y Alianza Mundial Quiropráctica en 2000.^{39,40}

Popular de Laos, Sri Lanka y Vietnam. (Véase también la Figura 9).

Mientras tanto, en los países desarrollados, las reacciones ante la popularidad de la MCA se está haciendo cada vez más amplias. En 1995, el parlamento noruego examinó cómo la MCA podía incorporarse mejor al servicio sanitario noruego. Esto incluye la consideración de: certificación de formación y educación profesional en MCA, y documentación de tratamientos con MCA. En 1997, el ministerio de sanidad y asuntos sociales estableció un comité para observar varios aspectos de la MCA. Su informe propuso la revocación del Acta Relacionada con el Curanderismo, y la creación de un sistema de registro para los proveedores de MCA. Asimismo, propuso la distribución de fondos a lo largo de un periodo de cinco años, a fin de aumentar los conocimientos de la MCA y fomentar la cooperación entre proveedores de MCA y el sistema sanitario noruego.⁴² Esto último le siguió en el ámbito internacional en 1999 el *Memorandum de Entendimiento sobre*

Cooperación en Materia Sanitaria firmado por los ministros de sanidad de la República Popular China y Noruega. El acuerdo buscaba fomentar la sanidad y los servicios sanitarios en ambos países, centrándose en la MT/MCA, el desarrollo, la regulación y la organización de hospitales.

La provisión de MCA y su uso también se ha revisado oficialmente en el Reino Unido, tras la cada vez mayor preocupación sobre su seguridad. En la actualidad – con la excepción de la osteopatía y la quiropraxia, que están protegidas por estatuto – cualquier persona puede practicar la MCA sin ninguna formación. En 1999, la Casa de los Comunes solicitó al Comité de Ciencia y Tecnología un estudio de este tipo de atención sanitaria. El comité recomendó la creación de un mecanismo central (subvencionado con recursos gubernamentales y de asociaciones caritativas) para coordinar, asesorar y controlar la formación del estudio de la MCA. Segundo, sugirió que el Directorado de Investigación y Desarrollo del Servicio Nacional Sanitario, y el Consejo

Tabla 5

Cada vez es mayor el número de países africanos que han establecido estructuras, presupuestos y formación en MT

| País | Un marco de trabajo legal para la MT | Un organizamo de gestión o coordinación nacional | Asociación de practicantes tradicionales | Directorio de practicantes tradicionales | Distribución del presupuesto nacional para la MT |
|-----------------------|--------------------------------------|--|--|--|--|
| Angola | | ● | ● | ● | |
| Botswana | | | ● | | |
| Burkina Faso | ● | ● | ● | | |
| Camerún | | | ● | ● | |
| Costa de Marfil | ● | ● | ● | | ● |
| Rep. Pop. de Congo | ● | ● | | | |
| Guinea Ecuatorial | ● | ● | ● | | |
| Eritrea | | | | | ● |
| Etiopia | ● | | ● | | ● |
| Gambia | | | | ● | |
| Ghana | ● | ● | ● | | ● |
| Lesotho | ● | ● | ● | ● | |
| Madagascar | ● | ● | ● | ● | |
| Malawi | | ● | ● | | |
| Mali | ● | ● | ● | ● | ● |
| Mauritania | | | ● | | |
| Mozambique | ● | | ● | | |
| Namibia | ● | ● | ● | | |
| Niger | ● | ● | ● | ● | |
| Nigeria | ● | ● | ● | | ● |
| Rwanda | | ● | ● | ● | ● |
| Santo Tome y Príncipe | ● | ● | ● | | |
| Senegal | | | ● | | ● |
| Zambia | ● | ● | ● | ● | |
| Zimbabwe | ● | ● | ● | ● | |

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.³

de Estudios Médicos, dedicaran fondos de investigación para crear centros de excelencia para la investigación de la MCA, utilizando como modelo el Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa de EE UU (véase la página siguiente).¹⁶

El aumento en las oportunidades de formación y educación en MCA en el Reino Unido también reflejan el creciente interés en este tipo de atención sanitaria. La formación en acupuntura, por ejemplo, se ofrece en un mayor número de centros académicos. Y a los estudiantes de medicina también se les ofrece

cursos de MCA, aunque tienden a ofrecer formación académica únicamente, en lugar de enseñar habilidades clínicas específicas. La proporción de escuelas médicas en el Reino Unido que ofrecen dichos cursos subió de un 10 a un 40% entre 1995 y 1997.⁴³ En EE UU, un gran número de escuelas médicas cuentan ahora con clases y programas electivos de MCA.⁴⁴

De igual forma, En los países desarrollados, la financiación y el establecimiento de estudios sobre MCA y las unidades de investigación en las instalaciones de investigación de excelencia

Figura 8
Más y más países están regulando las medicinas con base de hierbas



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1998⁴¹ y datos recogidos por la Organización Mundial de la Salud durante el periodo de 1999 a 2001.

son una tendencia en auge. En el Reino Unido, el Servicio Nacional de Salud ha subvencionado recientemente dos ensayos de acupuntura para el tratamiento del dolor crónico, mientras que en Alemania, un centro para el estudio de la MCA en la Technische Universität de Múnaco ha elaborado una serie de importantes revisiones sistemáticas.⁴³

En EE UU, en 1992, el Congreso estableció una Oficina de Medicina Alternativa en los Institutos Nacionales de Salud (véase <http://nccam.nih.gov/>). El mandato de esta Oficina se vio ampliado en 1999, al convertirse la Oficina en Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM). La NCCAM ha recibido progresivos aumentos presupuestarios – en el año 2000, su presupuesto había subido a 68,4 millones de dólares estadounidenses (Figura 10). Al mismo tiempo en el año 2000, la Casa Blanca estableció la Comisión de la Casa Blanca sobre medicina Alternativa. Creada por una orden ejecutiva el 8 de marzo de 2000, la Comisión

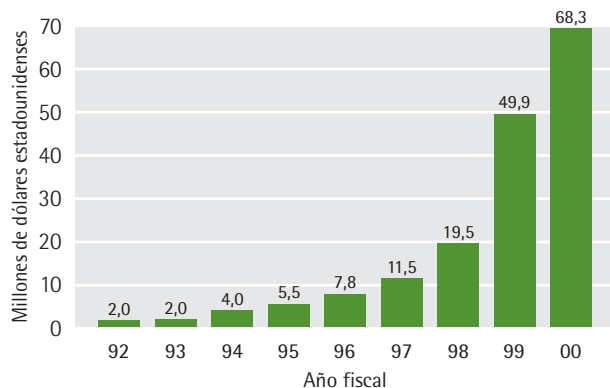
se encargó del desarrollo de un grupo de recomendaciones legislativas y administrativas para maximizar los beneficios de la MCA

Figura 9
Muchos países africanos tienen institutos que realizan estudios sobre MT



Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2000.³

Figura 10
La financiación de la MCA está aumentando significativamente en EE UU



Fuente: Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, 2000.⁴⁵

para el público en general. Cuenta con diez miembros, incluyendo senadores y expertos.

EE UU también cuenta con un gran número de unidades para el estudio de la MCA, basadas en instituciones de investigación tales como la Universidad de Maryland, Universidad de Columbia en Nueva York, Universidad de Harvard en Massachusetts y el Memorial Sloan-Kettering Cancer Centre en Nueva York.⁴³

La actividad internacional en MT/MCA se está haciendo cada vez más prominente. La Unión Europea (UE) ha completado recientemente

un proyecto COST (Cooperación Europea en el campo de la investigación Científica y Técnica) sobre "medicina no convencional". Y en 1999 la Asamblea Parlamentaria de la UE (con el título *Un enfoque europeo a las medicinas no convencionales*), se pidió a los Estados Miembro que fomentasen el reconocimiento oficial de la MCA en las facultades de medicina, a fin de alentar su uso en hospitales y alentar a los médicos alopáticos a estudiar MCA en el ámbito universitario.⁴⁶ También en Europa, la Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEEM) trabaja en la calidad, seguridad y eficacia de los productos médicos con base de hierbas. Y la AEEM estableció un Grupo de Trabajo sobre Medicinas a base de Hierbas en 1997. (Véase también el Capítulo 4).

Más recientemente, la *Abuja Declaration on Roll Back Malaria*, firmada por los jefes de estado y gobierno de 53 países africanos en el año 2000, reconoció la importante contribución que la MT hace para luchar contra la malaria. La *Declaración* incluye una petición a los gobiernos para asegurar la eficacia de tales tratamientos, y hacerlos disponibles y accesibles a los grupos comunitarios más pobres.

**L**

a MT/MCA tiene muchas características positivas entre las que se incluyen: diversidad y flexibilidad; accesibilidad y asequibilidad en muchas partes del mundo; amplia aceptación entre muchas poblaciones de países en vías de desarrollo; aumento de la popularidad en países desarrollados: un coste comparativo relativamente bajo; bajo nivel de inversión tecnológica; y una creciente importancia económica. Todos estos factores pueden verse como oportunidades de desarrollo.

Sin embargo, otras características de este tipo de cuidado de la salud pueden considerarse como retos que deben superarse. Entre ellos se incluye: los distintos grados con los que la reconocen los gobiernos; la falta de evidencia científica respecto a la eficacia de muchas de sus terapias; dificultades relacionadas con la protección de los conocimientos indígenas de la MT; y problemas a la hora de asegurar su uso correcto.

La amplia gama de experiencia de la OMS en cuanto a MT/MCA significa que se encuentra en una situación para ayudar a atajar muchos de estos retos. De echo, los Estados Miembro de la OMS están cada vez más y repetidamente pidiendo más ayuda y orientación sobre temas asociados con la MT/MCA — como se expresó, por ejemplo, durante las reuniones del Comité Regional de la OMS, en las Conferencias Internacionales de las Autoridades Normativas sobre Fármacos (ICDRA) y en los foros internacionales de los gobiernos.

En el año 2000, el Comité Regional de la OMS para África, al que acudieron 25 ministros de sanidad, pidió apoyo para la creación de un entorno capacitador para la MT; el desarrollo de guías para la formulación y evaluación de políticas nacionales sobre MT; y el desarrollo de mecanismos para mejorar los entornos económicos y normativos para la producción local de medicinas tradicionales.² En términos muy parecidos se expresó la Oficina Regional de la OMS para el Sudeste Asiático (SEARO) en 1999⁴⁷ y el Foro Gubernamental sobre Medicina Tradicional en China en el 2000, y la 9ª reunión ICDRA en 1999.

Algunos retos son comunes para todas las regiones. Por ejemplo, los gobiernos chino e indio están preocupados por cómo utilizar mejor la MT para reforzar la atención sanitaria primaria en áreas remotas. En África, muchos países están buscando los medios para hacer el mejor uso de los recursos de MT local y cómo hacer de la MT un componente integrado de paquetes sanitarios mínimos. Para los Estados Miembro europeos de la OMS, la seguridad y la calidad, la licencia de los proveedores y los niveles de formación, las metodologías y las prioridades para la investigación, se han convertido rápidamente en temas de gran importancia.

Tabla 6

Los desafíos de la MT/MCA caen en cuatro categorías

| | |
|--|---|
| Política nacional y marco de trabajo legislativos | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de reconocimiento oficial de la MT/MCA y de los proveedores de MT/MCA • La MT/MCA no está integrada en los sistemas nacionales de salud • Falta de mecanismos legislativos y legales • Distribución equitativa de los beneficios del conocimiento y los productos indígenas de MT • Inadecuada distribución de los recursos para el desarrollo de la MT/MCA y construcción de la capacidad |
| Seguridad, eficacia y Calidad | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de metodología de investigación • Inadecuada base de evidencias para las terapias y productos de MT/MCA • Falta de pautas internacionales y nacionales para asegurar la seguridad, eficacia y control de calidad de las terapias y productos de la MT/MCA • Falta de normativas y registros adecuados de las medicinas con base de hierbas • Falta de registro de los proveedores de MT/MCA • Inadecuado apoyo para la investigación |
| Acceso | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de datos que midan los niveles de acceso y la asequibilidad • Necesidad de identificar terapias y productos seguros y eficaces • Falta de reconocimiento oficial del papel de los proveedores de MT/MCA • Falta de cooperación entre los suministradores de MT/MCA y los médicos alopáticos • Uso no sostenible de los recursos de plantas medicinales |
| Uso racional | <ul style="list-style-type: none"> • Falta de formación de los proveedores de MT/MCA y sobre MT/MCA para los médicos alopáticos • Falta de comunicación entre la MT/MCA y los médicos alopáticos, y entre los médicos alopáticos y los consumidores • Falta de información al público sobre el uso racional de la MT/MCA |

2.1 ¿Qué se necesita hacer?

Los temas más importantes a atajar se delinean en la Tabla 6 y caen dentro de cuatro categorías:

- política nacional y marcos de trabajo legislativos
- seguridad, eficacia y calidad
- acceso
- uso racional.

2.2 Políticas nacionales y marco de trabajo legal

Aunque la MT/MCA se utiliza muy ampliamente en la prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de enfermedades, muy pocos países han desarrollado una política nacional sobre MT/MCA.

Esas políticas necesitan ordenarse para definir el papel de la MT/MCA en los sistemas

sanitarios nacionales y cómo puede contribuir a la reforma del sector sanitario. También pueden asegurar que se sitúen los mecanismos legislativos y legales necesarios para fomentar y mantener una buena práctica, que

“Sin una valoración crítica sobre qué debe integrarse y lo que no, nos arriesgamos a desarrollar un sistema sanitario que cueste más, sea menos seguro, y no sea capaz de tratar la gestión de las enfermedades crónicas de una forma públicamente responsable.”³²

el acceso a la MT/MCA sea equitativo, y que se asegure la autenticidad, la seguridad y la eficacia de las terapias utilizadas. Sin dichas políticas, la MT/MCA se practica sin ninguna clase de control gubernamental y sin ofrecer la debida protección al paciente/consumidor.

Por lo tanto las políticas sobre MT/MCA deben cubrir una gama de temas, incluyendo: legislación y regulación de productos con base de hierbas y de práctica de las terapias; educación, formación y licencia para los proveedores; investigación y desarrollo; y distribución de los recursos económicos y demás recursos (Tabla 7). En breve, las políticas MT/MCA sólidas pueden aumentar los tipos de atención sanitaria segura y eficaz disponibles a los pacientes y consumidores.

Tabla 7

Elementos clave a incluir en una política nacional sobre MT/MCA

- Definición de la MT/MCA.
- Definición del papel del gobierno en el desarrollo de la MT/MCA.
- Provisión para asegurar la seguridad y calidad de las terapias y productos de la MT/MCA.
- Provisión para la creación o expansión de la legislación relacionada con los proveedores de MT/MCA y legislación de las medicinas con base de hierbas.
- Provisión de educación y formación de los suministradores de MT/MCA.
- Provisión de promoción del uso correcto de la MT/MCA.
- Provisión para elaborar capacidad de recursos humanos de MT/MCA, incluyendo distribución de recursos económicos.
- Provisión de cobertura por parte de la seguridad social.
- Consideración de los temas sobre la propiedad intelectual.

Hasta la fecha, sólo 25 de los 191 Estados Miembro de la OMS han desarrollado una política nacional sobre MT/MCA.

También debe prestarse atención a los temas de propiedad intelectual si el país en cuestión tiene un conocimiento indígena de MT/MCA y/o a los recursos naturales que se utilizan en la elaboración de productos de MT/MCA. Algunos grupos recomiendan proteger la MT bajo formas existentes o nuevas de derechos sobre la propiedad intelectual. Otros difieren de esta sugerencia por razones éticas o económicas. Sin embargo, la "biopiratería" — la apropiación no autorizada del conocimiento y los materiales de la MT — está muy condenada. Naturalmente, cuando se preparan las políticas nacionales sobre MT/MCA, deben

considerarse los objetivos e implicaciones de la protección del derecho a la propiedad intelectual.⁴⁸

De echo, debe tenerse gran cuidado a la hora de desarrollar políticas sobre MT/MCA. Primero se debe hacer una cuidadosa valoración del uso y práctica de la MT/MCA en el país relevante y los medios más apropiados de uso de la MT/MCA para ayudar a satisfacer sus metas sanitarias. Las políticas nacionales deben beneficiar a sus pacientes utilizando terapias de MT/MCA. No podrán aportar estos beneficios si: son incapaces de asegurar la seguridad, eficacia y calidad de los productos y prácticas de la MT/MCA; restringir indebidamente la práctica de la MT/MCA; dar lugar a mayores costes sanitarios; ocultar injustificadamente las opciones de tratamiento a los pacientes; o reducir la capacidad de los médicos de medicina alopática a pacientes derivados.

2.3 Seguridad, eficacia, calidad

La medicina alopática tiene su base firmemente arraigada en la cultura occidental. Los médicos enfatizan por lo tanto, su enfoque científico y afirman que está

tanto libre de valor como sin marcar por los valores culturales. Las terapias de MT/MCA se han desarrollado de formas distintas, habiéndose visto muy influenciadas por las condiciones culturales e históricas dentro de las cuales han evolucionado. Sus bases comunes son un enfoque holístico a la vida, el equilibrio entre la mente, el cuerpo y su entorno, y el énfasis en la salud en lugar de ponerlo en la enfermedad. Por lo general, el practicante se centra en la condición general del paciente individual, en lugar de hacerlo en la dolencia o enfermedad particular que está sufriendo.

Este enfoque más complejo a la sanidad hace que la MT/MCA resulte una propuesta muy atractiva para muchos. Sin embargo, también dificulta su valoración puesto que deben



tenerse en cuenta muchos factores. Y puesto que las prácticas de la MT/MCA se han desarrollado dentro de distintas culturas en diferentes regiones, no existe un desarrollo paralelo de estándares y métodos – ni nacional ni internacionalmente – para llevar a cabo

“La cantidad y calidad de los datos sobre seguridad y eficacia sobre la medicina tradicional están lejos de ser suficientes para satisfacer los criterios necesarios para respaldar su uso en el ámbito mundial. Las razones de la falta de datos de estudio se deben no sólo a las políticas sanitarias, sino también a la falta de una metodología de estudio adecuada o aceptada para evaluar la medicina tradicional. También debe tenerse en cuenta que hay datos publicados y sin publicar sobre investigaciones de medicina tradicional en varios países, pero deben fomentarse otras investigaciones sobre seguridad y eficacia y promoverse la calidad de las investigaciones”.⁴⁹

dicha valoración. Lo que es más, los proveedores de MCA pueden proceder de historiales culturales y filosóficos que difieran radicalmente del desarrollo original de una terapia. Esto puede provocar problemas de interpretación y de aplicación. Por lo tanto es comprensible que en algunos países los médicos alopáticos sean reticentes a derivar a sus pacientes a los proveedores de MCA. (Esto a su vez hace que los programas de la seguridad social no quieran reembolsar los tratamientos de MCA, reduciendo la elección sanitaria de los pacientes).

La valoración de los productos de MT/MCA, tales como las medicinas con base de hierbas, es especialmente difícil. Es esencial la precisión en la identificación de la planta, como está aislada de los ingredientes activos. Lo último es complejo, porque las propiedades de

las plantas medicinales están influenciadas por el momento de recogida de la planta y por la zona de origen de la planta (incluyendo las condiciones del medio ambiente). Al mismo tiempo, una sola planta medicinal puede contener cientos de constituyentes naturales. Establecer que constituyente es responsable de cada efecto puede ser prohibitivamente caro. Dada la popularidad mundial de las medicinas con base de hierbas, es necesario disponer urgentemente de los medios apropiados y eficaces para valorar las medicinas con base de hierbas con recursos limitados.

Investigación, metodología de investigación y costo-efectividad

No es de sorprender entonces que las revisiones hayan mostrado que se han realizado muy pocos, pequeños e inadecuadamente controlados ensayos clínicos. El Cochrane Complementary Field (Campo Complementario Cochrane – véase el Capítulo 4) descubrió que los artículos indicados como “medicina alternativa” formaban tan sólo un 0,4% del número total de artículos listados en MEDLINE para el periodo de 1966 a 1996. (Sin embargo, el total anual aumentó constantemente durante este periodo y la cada vez mayor proporción de informes de ensayos clínicos aleatorios (RCT) sugerían una tendencia hacia un enfoque médico basado en las evidencias). Sólo algunas de las RCT de las que se informó incluían costes (incurridos para la terapia en cuestión, e incluían costes de consulta, material utilizado, etc.). De echo, se pueden hacer muy pocos análisis fiables y económicos de la MT/MCA.

No respaldar la investigación en esta área durante los últimos años ha dado como resultado una falta de datos y de desarrollo de una metodología para evaluar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA. Aunque hay indicaciones de algunas de las terapias alternativas comúnmente utilizadas, por ejemplo, algunas medicinas con base de

hierbas, terapias manipulativas y estrés de conducta-técnicas de reducción, tales como la meditación trascendental, pueden ofrecer una gestión eficaz de enfermedades crónicas

(Cuadro 2). El Cuadro 3 indica algunos análisis de costo-efectividad más detallados que se han empezado a realizar. Una evidencia más firme sería la enorme asistencia a la hora de

Cuadro 2

POTENCIAL PROMETEDOR

Las medicinas con base de hierbas y la acupuntura son las terapias de la MT/MCA más ampliamente utilizadas. Los informes de las investigaciones de su eficacia clínica se han publicado en prestigiosas revistas científicas. La eficacia de la acupuntura para aliviar el dolor¹⁰ y las náuseas⁵⁰, por ejemplo, se ha demostrado concluyentemente y en la actualidad está reconocido mundialmente.

Para las medicinas con base de hierbas, algunas de las evidencias mejor conocidas por la eficacia de un producto con base de hierbas, además de la *Artemisia annua* para el tratamiento de la malaria, tiene que ver con la hierba de San Juan para la curación de la depresión de media a moderada. Los pacientes experimentan por lo general menos efectos adversos que cuando son tratados con antidepresivos, tales como la amitriptilina. Tales descubrimientos han inspirado investigaciones en todo el mundo a fin de establecer la eficacia de otras medicinas de MT/MCA ampliamente utilizadas. En laboratorios, los extractos de plantas han

demostrado tener una variedad de efectos farmacológicos, entre los que se incluyen efectos antiinflamatorios, vasodilatadores, antimicrobiales, anticonvulsivos, sedantes y antipiréticos¹⁰. Sin embargo, casi todos los estudios no aleatorios controlados se han realizado para investigar la práctica y el tratamiento de los proveedores de hierbas en su trabajo diario. Esto se aplica también a la mayoría de las demás terapias de la MT/MCA.

Respecto a las terapias sin medicación, la serie *British Medical Journal* de 1999 comentó sobre la MCA que los ensayos aleatorios controlados han proporcionado una buena evidencia que tanto la hipnosis como las técnicas de relajación pueden reducir la ansiedad, y prevenir los trastornos provocados por el pánico y el insomnio. Los ensayos aleatorios también han demostrado que la hipnosis es una técnica valiosa para el tratamiento del asma y del síndrome de intestinos irritables, el yoga es beneficioso para el asma y el tai ji ayuda a las personas ancianas a reducir el miedo a caerse¹⁰.

Cuadro 3

ESTUDIO SOBRE LA COSTO-EFECTIVIDAD DE LA MCA EN PERÚ

Un estudio realizado por el Programa Nacional de Medicina Complementaria peruano y la comparó las prácticas de la MCA y las prácticas de la medicina alopática, como se utiliza en clínicas y hospitales que operan dentro del sistema peruano de seguridad social (EsSalud).

La eficacia relativa de la MCA se valoró en términos de:

- ❖ eficacia clínica observada
- ❖ satisfacción del usuario/paciente
- ❖ reducción del riesgo médico futuro asociado con un cambio en el estilo de vida.

Se compararon los tratamientos para patologías seleccionadas, con el mismo grado de severidad registrado en la historia y/o ficha clínica.

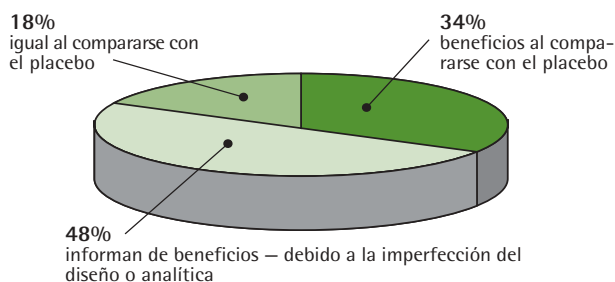
Se hizo un seguimiento a un total de 339 pacientes – 170 tratados con MCA y 169 con medicina alopática – durante un año. Se analizaron los tratamientos para las siguientes patologías: osteoartritis leve-moderada; dorsalgia, neurosis de ansiedad; asma leve e intermitente; enfermedad de ácido péptico; cefalea tensional; obesidad exógena; y parálisis facial periférica.

Las conclusiones (con un intervalo de confianza del 95%) pueden resumirse como se indica a continuación:

1. La media global del coste directo utilizando la MCA fue inferior a la incurrida utilizando la terapia convencional. (Se calculó y comparó para valorar el coste directo de ambos sistemas, costes actualmente incurridos durante el tratamiento de cada una de las patologías seleccionadas).
2. Para cada uno de los criterios evaluados – eficacia clínica, satisfacción del usuario y reducción de riesgos futuros – la eficacia de la MCA fue superior a la de los tratamientos convencionales, incluyendo:
 - ❖ menores efectos secundarios
 - ❖ mayor correlación entre percepción del paciente de la eficacia y observación clínica de la eficacia
 - ❖ mayor reconocimiento entre los pacientes del papel desempeñado por los sistemas médicos a la hora de resolver problemas sanitarios.
3. El costo-efectividad general de la MCA fue entre un 53 y un 63% superior a la de los tratamientos convencionales para las patologías seleccionadas.

Fuente: EsSalud y Organización Panamericana de la Salud, 2000⁵¹.

Figura 11
Buena evidencia de la eficacia de algunas medicinas con base de hierbas – pero muy a menudo la valoración es inadecuada



% de ensayos clínicos aleatorios (RCT) que muestran los beneficios de las medicinas con base de hierbas (basado en 50 RCT con 10 medicinas con base de hierbas para 18 indicaciones terapéuticas)

Fuente: basado en datos de Medicinas con base de hierbas: un estudio basado en la evidencia. *Therapeutics Letter*, Edición 25, Junio-Julio 1998.

presentar argumentos para un mayor reconocimiento y aplicación de la MT/MCA. En efecto, sería un prerrequisito si el acceso a la MT/MCA se fomentase y ampliase, y se asegurase el uso racional de este tipo de cuidado de la salud.

Asegurar la seguridad y la calidad en el ámbito nacional

La escasa actividad de investigación también ha ralentizado el desarrollo de pautas nacionales para asegurar la seguridad y la calidad de las terapias y productos de la MT/MCA. En particular, la falta de dirección e información técnica ha impedido el desarrollo de normativas y registros de las medicinas con base de hierbas. Esto a su vez ha ralentizado el desarrollo de por ejemplo, sistemas de vigilancia nacionales para controlar y valorar la incidencia de sucesos adversos. El echo de que sólo se haya informado del 3% de 771 casos de fármacos falsos a la OMS en abril de 1997 implicadas en medicinas con base de hierbas es un reflejo de este bajo nivel de control, en lugar de ser una indicación de los escasos efectos adversos de las medicinas con base de hierbas⁵².

Determinar las necesidades de investigación

El 6º informe del Comité de Ciencia y Tecnología de la Cámara de los Lores, Gran Bretaña, cita diversos problemas relacionados con la investigación de la MCA en el Reino Unido. Pueden aplicarse a los problemas de investigación en el campo en general. El Comité encontró una infraestructura de investigación deficiente y concluyó que con frecuencia las investigaciones que se llevan a cabo no tienen la calidad deseada ya que las éticas de investigación no se comprenden demasiado bien, falta metodología sólida, los recursos disponibles son muy limitados y los investigadores no quieren valorar la evidencia. La Tabla 8 ofrece un resumen de las necesidades clave a la hora de asegurar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA.

En la Tabla 9 se detallan algunas áreas prioritarias para la investigación.

Tabla 8

Necesidades clave a la hora de asegurar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA

En el ámbito nacional:

- Legislación y registro nacional de medicinas con base de hierbas.
- Control de seguridad para las medicinas con base de hierbas y otras MT/MCA.
- Apoyo para las investigaciones clínicas en el uso de la MT/MCA para el tratamiento de problemas sanitarios comunes del país.
- Pautas, directrices técnicas y metodología nacionales para valorar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA.
- Farmacopea nacional y monográficos de plantas medicinales nacionales.

En el ámbito internacional:

- Acceso a los conocimientos existentes sobre MT/MCA a través del intercambio de información precisa y redes.
- Compartir los resultados de las investigaciones en el uso de la MT/MCA para el tratamiento de enfermedades y condiciones sanitarias comunes.
- Base de evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de los productos y terapias de la MT/MCA.

Tabla 9

Áreas prioritarias de investigación

- Efectos de cada una de las terapias individuales: eficacia, seguridad y costo-efectividad.
- Estudio de los mecanismos de acción de las terapias individuales, incluyendo patrones de respuesta al tratamiento.
- Estudio del propio género de la MT/MCA, incluyendo la investigación social de la motivación de los pacientes para buscar MT/MCA y uso de patrones de MT/MCA.
- Estudio de nuevas estrategias de investigación, que sean sensibles con el paradigma de la MT/MCA.
- Estudio de la eficacia de los métodos de diagnóstico utilizados.
- Estudio de la implantación y efectos de la MT/MCA en instalaciones sanitarias específicas.

Fuente: Cámara de los Lores, 2000¹⁶.

2.4 Acceso

Las estadísticas demuestran abrumadoramente que es en los países más pobres del mundo donde más se necesitan tratamientos baratos y eficaces para enfermedades transmisibles. De los 10,5 millones de niños que murieron en 1999, el 99% procedían de países en vías de desarrollo. Más del 50% de las muertes infantiles en los países en vías de desarrollo se deben a cinco enfermedades infecciosas. De la misma forma, el 99% de los dos millones de muertes por tuberculosis anuales se producen en países en vías de desarrollo, y el 80% de los actuales 30 millones de personas con VIH/SIDA viven en el África subsahariana.⁵³



Al mismo tiempo, el acceso a los fármacos químicos modernos esenciales

es limitado donde las personas sufren la mayoría de las enfermedades de transmisión. Las razones son bien conocidas e incluyen una financiación inadecuada y un aporte sanitario escaso. En los países en vías de desarrollo, sin embargo, la MT puede ser comparativamente barata. Adicionalmente, los practicantes de la MT son proveedores de atención sanitaria creíbles y respetados, si bien no están necesariamente reconocidos oficialmente.

Si tiene que aumentarse el acceso a la MT a fin de ayudar a mejorar el estado sanitario en los países en vías de desarrollo, deben atajarse muchos problemas (Tabla 10). Primero, deben desarrollarse indicadores estándar fiables para

Tabla 10

Necesidades clave para aumentar la disponibilidad y la asequibilidad de la MT/MCA

Nacional e internacionalmente:

- Identificación de las terapias y productos más seguros y eficaces de la MT/MCA (incluyendo: evidencia de que la terapia es eficaz; evidencia de que la terapia es segura; evidencia de que la terapia es costo-eficaz).
- Estudio de tratamiento seguro y eficaz de MT/MCA para enfermedades que representan las mayores cargas, en particular para las poblaciones más pobres.
- Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA a la hora de proporcionar atención sanitaria en los países en vías de desarrollo.
- Optimizar y actualizar las habilidades de los practicantes de MT en los países en vías de desarrollo.
- Protección y preservación del conocimiento indígena sobre MT.
- Cultivo sostenible de las plantas medicinales.

medir con precisión los niveles de acceso — tanto económicos como geográficos — para la MT. Asimismo debe llevarse a cabo una investigación cualitativa que ayude a identificar las restricciones asociadas con la ampliación del acceso.

Segundo, deben identificarse las terapias de la MT más seguras y eficaces con objeto de ofrecer una base sólida que fomente los esfuerzos de la MT. El enfoque debe situarse en los tratamientos para aquellas enfermedades que suponen la principal carga para las poblaciones pobres. Esto significa centrarse en el desarrollo de productos para el tratamiento y la prevención de la malaria y el VIH/SIDA.

Evidentemente, aumentar el acceso a una MT segura y eficaz no debe significar el desplazamiento de programas que aumenten el acceso a la medicina alopática. En lugar deben crearse oportunidades que mejoren la cooperación entre los practicantes de la MT y los médicos alopáticos, a fin de permitir que los pacientes recurran tanto a las terapias de la

MT como a las alopáticas y de esta forma satisfacer mejor sus necesidades. Este es el caso en todos los lugares (y también se aplica a la MCA). Pero es particularmente relevante en áreas con escaso acceso a la medicina alopática. Afortunadamente, en esas áreas, los practicantes de la MT tienden a estar bien establecidos y bien respetados. Trabajar con estos practicantes puede facilitar la diseminación eficaz de mensajes sanitarios importantes entre las comunidades, además de fomentar la práctica segura de la MT.

Si se ha de aumentar sosteniblemente el acceso a la MT, también debe sostenerse el recurso natural básico del cual depende. Las materias primas de las medicinas con base de hierbas, por ejemplo, se recogen de poblaciones de plantas silvestres. La recogida excesiva debido al uso local intensificado o para satisfacer la demanda de exportación es un problema creciente. En África del este y del sur, la sostenibilidad de las existencias silvestres de la patata africana (*Hypoxis hemerocallidea* – antiguamente *H. Rooperi*) está amenazada por la gran publicidad sobre el uso de la planta en el tratamiento del VIH/SIDA que ha disparado su demanda³¹. Puesto que la gran mayoría de los recursos genéticos de la planta y de otras formas de biodiversidad se encuentran en o se originan en los países en vías de desarrollo con menos capacidad para protegerlas, dichos problemas tienen la urgente necesidad de una solución.

Los temas de la propiedad intelectual sin resolver es otro problema de acceso. Mientras que las investigaciones sobre MT son esenciales para asegurar un acceso seguro y eficaz a los tratamientos, el conocimiento de las prácticas y productos indígenas de la MT obtenido por los investigadores puede ser una fuente de beneficios para las empresas y los institutos de investigación. Cada vez más, parece que el conocimiento de la MT está siendo apropiado, adoptado y patentado por científicos e industrias, con escasa o ninguna compensación para sus custodios originales, y sin su consentimiento informado¹⁷.

2.5 Uso racional

En muchos países, se requiere más actividad respecto a la cualificación y licencia de los proveedores; el uso correcto de los productos de calidad asegurada; la buena comunicación entre los proveedores de MT/MCA, los médicos alopáticos y los pacientes; y la provisión de información y pautas científicas al público.

Educación y formación

Los retos en esta área son al menos dos (Tabla 11). Primero, asegurar que las cualificaciones y la formación de los proveedores de MT/MCA

Tabla 11

Necesidades clave a la hora de fomentar el uso sólido de la MT/MCA por parte de los proveedores y los consumidores

Nacionalmente

- Directrices de formación para las terapias de la MT/MCA más comúnmente utilizadas.
- Fortalecimiento y aumento de la organización de los proveedores de MT/MCA.
- Fortalecimiento de la cooperación entre los suministradores de la MT/MCA y los médicos alopáticos.
- Información fiable a los consumidores sobre el uso correcto de las terapias y productos de la MT/MCA.
- Mejora de la comunicación entre los médicos alopáticos y sus pacientes concerniente a los usos más recientes de la MT/MCA.

sean adecuadas. Segundo, utilizar la formación para asegurar que los proveedores de MT/MCA y los médicos alopáticos comprenden y aprecian la complementariedad de los tipos de sanidad que ofrecen. Lo primero implica el establecimiento, donde sea posible, de sistemas de examen y licencias para la MT/MCA, y una legislación – de forma que sólo las personas cualificadas puedan practicar la MT/MCA o vender productos de MT/MCA. Lo segundo requiere modificar los programas de formación de los proveedores de MT/MCA para incluir elementos básicos de



atención sanitaria primaria y salud pública, y asegurar que los grados de farmacia, médico y de salud pública incluyan un componente de MT/MCA.

Uso correcto de productos de calidad asegurada

El uso correcto de productos de calidad asegurada también puede contribuir en gran medida a la hora de reducir el riesgo asociado con los productos de MT/MCA tales como las medicinas con base de hierbas. Sin embargo, la legislación y el registro de las medicinas con base de hierbas no están muy bien desarrollados en muchos países. Los productos pueden estar contaminados o variar enormemente en contenido, calidad y seguridad. El ajo, por ejemplo, del que se dice tiene efectos para reducir el colesterol, puede no producir dichos efectos si se procesa de determinadas formas⁵⁴. Al mismo tiempo, las



pautas para el control del etiquetado y la publicidad de las medicinas con base de hierbas son escasas. Lo que es más, muchas se venden directamente o como complementos para la dieta, con muy poco asesoramiento sobre su uso apropiado. Los consumidores pueden no ser conscientes de los posibles efectos adversos, y sobre cómo y cuándo se pueden consumir las medicinas con base de hierbas de forma segura. Invertir esta situación necesitará un control mucho más estricto de los productos de la MT/MCA y mayores esfuerzos para educar al público en esta área.

Información y comunicación

El uso de la MT/MCA es cada vez mayor. Sin embargo, la forma en la que se perciben sus riesgos y cómo evitarlos no ha seguido el mismo ritmo. Como resultado, es posible que los consumidores no comprendan por qué deben buscar tratamiento sólo con proveedores

adecuadamente cualificados y formados, ni por qué deben tener cuidado cuando utilicen los productos de la MT/MCA. No se entiende por ejemplo, que pueden producirse efectos colaterales tras las reacciones entre las medicinas con base de hierbas y los fármacos químicos. Por sí solo, por ejemplo, el ginseng tiene escaso efectos adversos graves, pero si se combina con la warfarina, sus riesgos de actividad antiplaquetaria puede provocar la hipercoagulación⁵⁵. De la misma forma el uso de la hierba de San Juan como antidepresivo se ha visto favorablemente comparado con un antidepresivo normal como la imipramina.

Pero si la hierba de San Juan

la toma un sujeto que también está tomando indinavir, un inhibidor de la proteasa VIH, los niveles de indinavir en la sangre se ven reducidos por debajo del nivel requerido para bloquear la multiplicación VIH^{56,57}.



Sin tener conocimientos sobre la posibilidad de que se produzcan dichas interacciones, los pacientes pueden no informar a sus médicos alopáticos sobre los productos de MT/MCA que están utilizando, a la vez que los médicos alopáticos pueden no preguntarles. En EE UU, tanto para 1990 como para 1997, menos del 40% de las terapias de MCA utilizadas fueron consultadas con el médico.¹³ Al mismo tiempo, los médicos, enfermeras y farmacéuticos alopáticos, los cuales pueden ser utilizados como fuentes de información por el público en general, puede que no estén informados sobre la MCA y por lo tanto no ser capaces de responder a las dudas de los pacientes sobre las opciones del tratamiento de la MCA.

Las estrategias de información, educación y comunicación pueden superar algunos de estos problemas, y elevar la conciencia de los beneficios potenciales de la MT/MCA.

El papel actual de la OMS



Los principales objetivos actuales de la OMS en cuanto a MT/MCA son proporcionar apoyo legislativo y de programas de forma que los Estados Miembro puedan:

- ▶ desarrollar su propia MT/MCA e integrarla en sus sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, y
- ▶ asegurar el uso apropiado, seguro y eficaz de la MT/MCA.

También busca:

- ▶ aumentar el acceso – entre los Estados Miembro, la comunidad científica y el público – a una información precisa sobre los temas de MT/MCA.

Para realizar estas actividades de MT/MCA, la OMS no sólo trabaja directamente con los Estados Miembro, las organizaciones nacionales e internacionales y los cuerpos regionales, sino también con su red de Centros Colaboradores.

Algunos de los logros y actividades actuales de la OMS que se centran en satisfacer estos objetivos delineados anteriormente se enumeran debajo.

3.1 Desarrollo de la MT/MCA e integración en los sistemas de salud nacionales

La OMS está especialmente interesada en apoyar el desarrollo de la MT en África, el sudeste asiático y el Pacífico occidental. Esto incluye ayudar a los Estados Miembro a desarrollar políticas y legislaciones nacionales, facilitar el intercambio de información

regional sobre estos temas y respaldar los esfuerzos para asegurar la seguridad de los productos y la disponibilidad de recursos humanos formados y cualificados.

África

Como se menciona en el Capítulo 2 el Comité Regional de la OMS para África adoptó una resolución en el 2000 sobre la *Promoción del papel de la medicina tradicional en los sistemas de salud: una estrategia para la región africana*². La resolución reconoció la importancia y el potencial de la MT para el logro sanitario para toda la región africana y recomendó agilizar el desarrollo de la producción local de medicinas tradicionales. La resolución urgía también a los Estados Miembro a traducir la estrategia en políticas nacionales de MT realistas, respaldadas por una legislación y planes apropiados para intervenciones en el ámbito nacional y local, además de colaborar activamente con todos los asociados en su implantación y valoración.

Ahora se están empezando a ver resultados concretos como resultados del desarrollo de la estrategia. Estos resultados incluyen marcos de trabajo legales para la MT en 16 países africanos.

Américas

En 1999 un grupo de trabajo de AMRO revisó la situación y el uso de la MT (incluyendo política nacional y legislación) en su región, y propuso dos reuniones – sobre legislación de productos con base de hierbas y la investigación de la medicina indígena. La reunión

regional sobre aspectos legislativos de los productos con base de hierbas – organizada por la Sede Central de la OMS y AMRO – se celebró en el 2000 y analizó temas relacionados con la política nacional, las economías y la regulación y registro de productos con base de hierbas. Además, la OMS introdujo las guías para la valoración de la seguridad y la eficacia de las medicinas con base de hierbas y los participantes adoptaron una propuesta sobre los requerimientos comunes del registro de productos con base de hierbas. Lo último fue facilitar la integración de la MT en los sistemas de salud nacionales en las Américas. La regulación y el registro de las medicinas con base de hierbas, en particular, se han establecido en: Bolivia, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Honduras, Guatemala, México, Perú y Venezuela. La segunda reunión, sobre investigación de la medicina indígena, se celebró en marzo de 2001 en Guatemala.

“Los políticos encargados de elaborar la política sobre medicina en el ámbito mundial están reconociendo que la medicina tradicional y el uso de plantas medicinales continúa siendo una parte muy arraigada de la cultura, historia y creencias de un país, y que esas prácticas en la mayoría de las zonas debe ser analizada como parte del sistema sanitario del país”⁵⁸.

Europa

Más de 12 países de Europa occidental han establecido o revisado sus normativas sobre medicinas con base de hierbas de acuerdo con las *guías de la OMS para la valoración de medicinas con base de hierbas*. La OMS es cada vez más activa a la hora de asesorar a los países europeos sobre las normativas de las MT/MCA y sobre cómo valorar su seguridad y eficacia.

Sudeste asiático

En todo el sudeste asiático la MT es ampliamente utilizada y respetada. En 1998, la reunión de ministros de sanidad del sudeste asiático recomendó que esta “rica herencia” e “importante recurso” se utilizase de forma más eficaz durante la implantación de la atención sanitaria primaria en los países de la región. En respuesta, SEARO organizó una consulta regional sobre el desarrollo de la medicina tradicional, el año siguiente. La consulta se centró en la afianzación de los programas nacionales de MT y en el papel de la experiencia de la MT en la mejora de los sistemas de salud de los distritos. De forma adicional, se compartió información sobre política y normativas nacionales acerca de la MT. SEARO continúa respaldando de forma activa a los países individualmente en sus esfuerzos por desarrollar una política nacional sobre MT e integrar la MT en sus sistemas nacionales de salud.

En particular, la OMS ha apoyado las actividades del Departamento de Sistemas Indios de Medicina y Homeopatía, que se establecieron dentro del Ministerio de Sanidad y Bienestar Familiar Indio en 1995. Durante 1998 y 1999, el Departamento incrementó sus esfuerzos para estandarizar y fomentar el control de calidad de la medicina ayurveda, unani, siddha y homeopática. Concluyó también las guías de buena práctica de elaboración para la medicina ayurveda además de fomentar la educación sobre MT india.

Pacífico occidental

El Pacífico occidental también cuenta con una rica herencia en MT, que sus países quieren optimizar. En las reuniones de 1997 y 1998 de los ministros de sanidad del Pacífico occidental, los participantes reiteraron su total apoyo a la más amplia aplicación y desarrollo de la MT en esforzarse por mejorar el estado sanitario.

La Oficina Regional para el Pacífico occidental (WPRO) no sólo respalda a aquellos países que están elaborando borradores nacionales sobre

política y normativas sobre MT, sino que también facilita la integración de la MT en los sistemas de salud. Por ejemplo, la OMS ayudó a elaborar el borrador legislativo, firmado el 8 de diciembre de 1997, en el que se creaba el Instituto Filipino de Atención Tradicional y Alternativo. También se asoció con Papua Nueva Guinea en la preparación de una política nacional sobre MT que desde entonces se ha incorporado en el plan sanitario 2001–2010 del país. Esta política identifica la investigación en materia de MT como una prioridad. En Singapur, el Acta de los Practicantes de Medicina Tradicional China, incorpora diversas recomendaciones hechas por la WPRO sobre legislación de practicantes, pasó al Parlamento en el año 2000.

“Cada vez son más los gobiernos de países y áreas de la región (región del Pacífico occidental de la OMS) que han mostrado su deseo de fomentar el uso correcto de la medicina tradicional y de introducirla en el sistema sanitario formal... Ahora hay 14 países y áreas en la región que han desarrollado documentos gubernamentales oficiales que reconocen la medicina tradicional y su práctica. Esto contrasta con la situación de hace pocos años, cuando sólo cuatro países (China, Japón, la República de Corea y Vietnam) reconocían oficialmente el papel de la medicina tradicional en los sistemas de salud oficiales”⁵⁹.

Mientras tanto, en las universidades de Australia, China, Hong Kong (China), Japón, la República de Corea y Vietnam, se ofrecen cursos de graduación a tiempo completo sobre MT, muchos de los cuales se han beneficiado de la aportación de la WPRO.

Otras actividades de la WPRO incluyen el desarrollo, en 1997, de las *Guías para el Uso Apropiado de la Medicina con Base de Hierbas*, para fomentar el uso apropiado de

medicinas con base de hierbas por países en la región. Las guías pueden utilizarse para ayudar a formular políticas y programas nacionales sobre medicinas con base de hierbas. La creación e implantación de políticas nacionales sobre MT es un hecho en el área en la que WPRO se está implicando cada vez más. En 1999, un taller de trabajo de la WPRO sobre el desarrollo de políticas nacionales de MT revisó el papel de la MT en el Pacífico occidental e identificó problemas en el borrador de la política gubernamental relevante. A finales de 1999 una consulta de la WPRO sobre medicina alopática y MT examinó cómo armonizar los dos tipos de atención sanitaria para lograr el máximo impacto sanitario. En el año 2000, un taller de trabajo de la OMS sobre la práctica de la MT y el desarrollo del sector sanitario elaboró un borrador de un plan de acción sobre medicina tradicional para 20 países de las Islas del Pacífico.

3.2 Asegurar el uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional

Las terapias de la MT/MCA a menudo se desarrollan dentro de un entorno cultural muy específico. Aunque cada vez más, se transfieren a otros entornos culturales. Esto hace surgir temas sobre seguridad y eficacia. Por ejemplo, ¿las terapias que se transfieren se aplican dentro del mismo grado de formación, habilidad y conocimiento que su entorno original? La acupuntura es un caso a destacar. Ahora se practica ampliamente en muchos países aparte de en China — su país de origen — probablemente la acupuntura se ha convertido en una de las terapias de MT/MCA más populares del mundo. La OMS ha trabajado con expertos en acupuntura para proponer una nomenclatura internacional estándar. Esto se acepta



ahora ampliamente. La OMS también ha desarrollado las *Guías sobre la Formación y Seguridad Básicas en Acupuntura* y las *Guías para el Estudio Clínico sobre Acupuntura*. Estas guías alientan a las autoridades sanitarias nacionales a regular la práctica y el estudio de la acupuntura.

De la misma forma, los productos de MT/MCA, en particular las medicinas con base de hierbas, se comercializan interregional e internacionalmente. Muchas autoridades sanitarias están preocupadas en cuanto al uso racional y seguro, en particular si falta de legislación relevante y por no poder asegurar la calidad y la seguridad de esos productos. La OMS ha respondido elaborando documentos de referencia tales como *Métodos de Control de Calidad para Materiales Elaborados con Plantas Medicinales*, para no sólo facilitar el trabajo técnico de las autoridades encargadas de regular los fármacos sino también para alentar a los países a llevar a cabo controles de calidad de las medicinas con base de hierbas.

Herramientas y asistencia de la OMS

En la mayoría de los países en vías de desarrollo, se han establecido institutos de MT – como en China, la República Popular Democrática de Corea, Ghana, India, Indonesia, la República Popular de Laos, Mali, Madagascar, Nigeria, la República de Corea, Sri Lanka, Tailandia y Vietnam. La OMS no sólo proporciona guías e información científica para respaldar su investigación, sino que también concede ayudas para la investigación en seguridad y eficacia en el uso de la MT/MCA. En África, la OMS ha respaldado a un total de 21 países en sus investigaciones sobre terapias de MT. Por ejemplo, ha proporcionado ayudas para la



investigación a fin de respaldar el estudio clínico de medicamentos antimalaricos con base de hierbas que se están llevando a cabo en el Instituto de Investigación Médica de Kenia, en el

Centro Nacional de Ghana para el Estudio Científico de Medicinas con Base de Plantas y en el Instituto Nacional de Nigeria para la Investigación y Desarrollo Farmacéutico. El estudio está siguiendo las *Guías Generales de la OMS para Metodologías sobre el Estudio y Valoración de la Medicina Tradicional*.

Colaboración con otras organizaciones

El trabajo de la OMS para fomentar el uso apropiado, seguro y eficaz de la MT/MCA se beneficia del aporte técnico de diversas organizaciones, tanto nacionales como internacionales. La NCCAM en EE UU, por ejemplo, fue designado en 1996 un Centro OMS de Colaboración para la Medicina Tradicional. Ha proporcionado no sólo comentarios técnicos sobre el desarrollo de Monográficos de la OMS sobre *Plantas Medicinales Seleccionadas y Guías sobre Formación y Seguridad Básicas en Acupuntura*, sino también apoyo económico para el desarrollo de documentos tales como las *Guías Generales para Metodologías sobre Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional*.

En Europa, la colaboración se ha producido con el Grupo de Trabajo sobre Productos Médicos con Base de Hierbas de AEEM. El grupo ha ayudado en la preparación de *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas, Guías Generales para Metodologías sobre la Investigación y Valoración de la Medicina Tradicional* y *Guías para la Valoración de Medicinas con Base de Hierbas*. Como resultados, los países europeos están alentando el uso de documentos técnicos de la OMS sobre MT/MCA.

La OMS también trabaja con sus Centros Colaboradores de Medicina Tradicional para llevar a cabo actividades nacionales, regionales y globales. (En el Anexo 1 aparece una lista completa de estos Centros Colaboradores de la OMS). Los Centros Colaboradores de la OMS para la Medicina Tradicional acuerdan fomentar su MT por medio de programas de investigación y formación (Figura 12). También acuerdan proporcionar comentarios e información

Figura 12

Centros OMS Colaboradores para la Medicina Tradicional – un recurso creciente



técnica a fin de respaldar el desarrollo de guías y documentos técnicos de la OMS, y a petición de la OMS, expertos en acupuntura y en el estudio de habilidades para investigar la seguridad y eficacia de las medicinas con base de hierbas.

3.3 Aumento del acceso a la información sobre MT/MCA

Con 191 Estados Miembro, implicados en una amplia gama de actividades de MT y acceso directo a la experiencia en muchos temas de MT, la OMS se encuentra en una situación ideal para ayudar a aumentar el acceso a información precisa sobre MT. Esto incluye producir trabajos de referencia autorizados – por ejemplo sobre plantas medicinales – y pautas sobre política, formación y buena práctica nacionales, además de la selección y uso de terapias (véase el Anexo 2). La Organización también facilita cada vez más el intercambio de información.

Información autoritaria

Los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas* proporcionan información científica sobre seguridad, eficacia y control de la calidad de plantas medicinales ampliamente utilizadas. Éstos incluyen sumarios concisos de características botánicas de las plantas medicinales, listados de los principales integrantes químicos de las plantas e instrucciones sobre cómo asegurar el control de la calidad de los materiales con base de hierbas derivados de las plantas. Los *Monográficos* también resumen el uso médico en tres categorías: farmacología; posología; contraindicaciones y precauciones frente a reacciones potencialmente adversas. Una referencia clave para las autoridades sanitarias nacionales, los científicos y las empresas farmacéuticas, también los utilizan personas laicas para obtener un uso racional de las medicinas con base de hierbas. De manera adicional, Estados Miembro de la OMS tan diversos como Benin, México, Sudáfrica y Vietnam han utilizado los *Monográficos* como

modelo a la hora de desarrollar sus propios monográficos o formularios nacionales. La Comisión Europea ha recomendado el Volumen 1 a sus propios Estados Miembro como una referencia autoritaria.

Aunque la responsabilidad general del contenido y producción de los *Monográficos* descansa con la OMS, no obstante son un esfuerzo de colaboración que ha mejorado su precisión y fiabilidad. Hasta la fecha, más de 200 expertos, además de los miembros de la Junta Asesora de Expertos de la OMS sobre Medicina Tradicional y más de 50 autoridades nacionales sobre fármacos, se han implicado en su preparación. El Volumen 1 del *Monográfico* se publicó en 1999 y desde entonces se ha distribuido ampliamente. El Volumen II se publicó en 2001 y el Volumen III estará finalizado hacia finales del 2001.

La *Situación Normativa de Medicinas con Base de Hierbas: Revisión Mundial* ha sido también un esfuerzo de colaboración — entre la OMS y muchos de sus Estados Miembro. Proporciona información de 50 países sobre la legislación en materia de medicinas con base de hierbas, este trabajo de referencia sirve como guía a las autoridades sanitarias en sus países para la legislación y registro de las medicinas con base de hierbas. Los institutos de investigación y la industria farmacéutica también encuentran la Revisión de utilidad. *Métodos de Control de Calidad para los Materiales de Plantas Medicinales* es otra referencia clave recientemente producida por la OMS.

Facilitar el intercambio de información

Además de elaborar sus propias publicaciones y documentos ampliamente disponibles, la OMS también facilita el intercambio de información a través de sus Centros Colaboradores de Medicina Tradicional. Las dudas recibidas de las autoridades nacionales sanitarias, de científicos y del público se responden en cooperación con esos Centros Colaboradores de la OMS.

El Centro Colaborador de Medicina Tradicional de la OMS en el Colegio de Farmacia de la Universidad de Illinois en Chicago, cuenta con una base de datos sobre plantas medicinales que contiene información codificada sobre productos naturales de 150 750 referencias. Esta base incluye referencias relacionadas con la etnomedicina, farmacología de extractos y compuestos puros y fitoquímica. Desde 1994, el Centro ha proporcionado valiosa ayuda para la elaboración de los tres volúmenes de los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*. También ha proporcionado información gratuitamente a países en vías de desarrollo. En el año 2000, la Sede Central de la OMS atendió 10 182 solicitudes procedentes de países en vías de desarrollo y las Oficinas Regionales de la OMS proporcionaron 407 840 referencias (Tabla 12).

De la misma forma, los Centros Colaboradores de Medicina Tradicional de la OMS en China (el Instituto de Ciencia Clínica e Información, la Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing), la República de Corea (Instituto

Tabla 12

Intercambio de información a través del Centro Colaborador de Medicina Tradicional de la OMS en el Colegio de Farmacia de la Universidad de Illinois en Chicago

| Sede Central u Oficina Regional de la OMS | Número de solicitudes recibidas | Número de referencias suministradas en respuesta |
|--|---------------------------------|--|
| Sede Central | 171 | 17 396 |
| Oficina Regional de África | 1 759 | 31 238 |
| Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental | 28 | 1 784 |
| Oficina Regional para las Américas/Organización Panamericana de la Salud | 5 135 | 131 760 |
| Oficina Regional para el Sudeste Asiático | 2 801 | 179 113 |
| Oficina Regional para el Pacífico Occidental | 288 | 46 549 |

de Investigación de Productos Naturales, Universidad Nacional de Seúl) y EE UU (El Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa, los Institutos Sanitarios, Bethesda, Maryland) también mantiene una base de datos de información sobre MT/MCA que juega un importante papel y un rol visible a la hora de proporcionar información científica tanto para proveedores como para el público.

Por último pero no por ello menos importante, la Sede Central y las Oficinas Regionales de

la OMS están organizando una serie de páginas web sobre MT/MCA a fin de proporcionar información sobre políticas nacionales de MT/MCA, legislaciones que gobiernan la práctica y uso de la MT/MCA, y datos de investigación sobre seguridad, eficacia y uso de terapias de MT/MCA.



Recursos internacionales y nacionales para la medicina tradicional

Maximizar el potencial que ofrece la MT/MCA para mejorar el estado sanitario mundial es una tarea desalentadora, que cubre diversas gamas de actividades y exige una experiencia muy amplia. Afortunadamente, el número de organizaciones que

“El reconocimiento por parte de los gobiernos de la importancia de la medicina tradicional para la sanidad de las poblaciones de la Región y la creación de un entorno capacitador son la base para la optimización del uso de la medicina tradicional. Es necesario contar con el compromiso político sostenible y el apoyo de los políticos, de los practicantes de la medicina tradicional, de las ONG, de las asociaciones profesionales, de la comunidad, de las instituciones de enseñanza y formación y de los demás accionistas, creado a través del apoyo y la utilización del marketing social y los métodos de participación.”²

trabajan en temas relacionados con la MT/MCA y cuya ayuda puede solicitar la OMS, es cada vez mayor. Algunas de esas organizaciones se describen a continuación. También se ofrece una indicación de cualquier colaboración que ya ha tenido lugar entre esas organizaciones y la OMS.

4.1 Agencias de la ONU

La Convención sobre Comercio Internacional en Especies de Flora y Fauna en Peligro (CITES) (<http://www.cites.org/index.html>) entró en vigor en julio de 1975 y ahora es miembro de 125 países. Estos países actúan prohibiendo la explotación comercial de una lista acordada de especies de flora y fauna en peligro además de regular y controlar el comercio de otras especies que pudieran estar en peligro. La Secretaría de la Convención está administrada por el Programa de Medio Ambiente de la Organización de las Naciones Unidas y ayuda a los países a implementar la CITES por medio de la interpretación de sus provisiones, y asesoría sobre su implantación. La Secretaría también lleva a cabo proyectos para ayudar a mejorar la implantación, tales como seminarios de formación y a examinar el estado de las especies que se comercializan a fin de asegurar que su explotación se realiza dentro de unos límites sostenibles.

El mandato de la Organización para la Alimentación y la Agricultura de la Organización de Naciones Unidas (FAO) (<http://www.fao.org/>) es aumentar los niveles de nutrición y de vida, mejorar la productividad agrícola y las condiciones de las poblaciones rurales. Una prioridad específica de la organización es alentar la agricultura y el desarrollo rural sostenibles, incluyendo estrategias a largo plazo para la conservación y gestión de los recursos naturales. Desde la década de los 80, el Departamento Forestal de la FAO ha estado elaborando una serie de documentos sobre productos forestales no madereros –

algunos de los cuales incluyen plantas medicinales — con información sobre políticas nacionales, conservación y datos y actividades de estudio relacionadas. La FAO ha colaborado con la OMS en el desarrollo de los últimos *Monográficos sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*, ofreciendo datos sobre investigaciones.

Las principales metas de la Conferencias de la Organización de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) (<http://www.unctad.org/>) son maximizar las oportunidades de comercio, inversiones y desarrollo existentes en países en vías de desarrollo, y ayudarles a hacer frente a los desafíos que surjan de la globalización. Muchos de los productos mundiales están basados en el conocimiento tradicional y representan una importante fuente de ingresos, alimentos y atención sanitaria. De la misma forma, la mayoría de los recursos genéticos de las plantas y de otras formas de biodiversidad originarios de o que se encuentran en los países en vías de desarrollo. UNCTAD está muy implicada en el tema de la protección de los conocimientos tradicionales. En la actualidad, está atendiendo al problema de la malversación de conocimientos sobre MT. La colaboración entre UNCTAD y la OMS se encuentra en sus primeras etapas pero en el año 2000 la OMS acudió a la Reunión de Expertos sobre Sistemas y Experiencias Nacionales para la Protección de los Conocimientos, Innovaciones y Prácticas Tradicionales de la UNCTAD, y una representación de la UNCTAD acudió al Taller de Trabajo Inter-regional sobre Derechos de Propiedad Intelectual en el Contexto de la Medicina Tradicional de la OMS, celebrado en Bangkok.

La Organización de las Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) (<http://www.unido.org/>) ayuda a los países en vías de desarrollo y a las economías de transición a obtener un desarrollo industrial sostenible. En particular, gestiona los temas asociados con la economía competitiva, medio ambiente sólido y empleo productivo en el ámbito político,

institucional y empresarial. En 1986 una reunión de expertos de ONUDI recomendó el fomento e incorporación de la investigación, desarrollo y distribución de medicinas con base de hierbas en los sistemas de salud, especialmente en los países en vías de desarrollo. La Tercera Consulta ONUDI sobre la Industria Farmacéutica, en 1987, recomendó que ONUDI respaldase el uso industrial de plantas medicinales, incluyendo la producción empresarial de medicinas con base de hierbas y el desarrollo de tecnología para estandarizar la producción de medicinas con base de hierbas. En la actualidad ONUDI apoya a los países en vías de desarrollo en sus esfuerzos por construir una capacidad industrial para producir medicinas con base de hierbas. ONUDI ha participado en una consulta de la OMS para desarrollar los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*.

La Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (OMPI) (<http://www.wipo.org/>) está "dedicada a fomentar el uso y protección de los trabajos del espíritu humano". Administra 21 tratados internacionales que tratan los distintos aspectos de la protección de la propiedad intelectual. En 1998, los Estados Miembro de la OMPI solicitaron a la Organización que diera inicio a un programa de trabajo sobre propiedad intelectual y conocimientos tradicionales. Desde entonces, la OMPI ha dirigido el Seminario de la Región Asiática sobre Temas de Propiedad Intelectual en el Campo de la Medicina Tradicional (celebrado en Nueva Delhi, en octubre de 1998), y ha trabajado con la UNEP en dos casos de estudio sobre el papel de los derechos de propiedad intelectual a la hora de compartir los beneficios surgidos del uso de las plantas medicinales y de los conocimientos asociados sobre MT. También ha llevado a cabo misiones de descubrimientos de hechos sobre propiedad intelectual y conocimientos tradicionales (1998-1999) y ha presidido dos mesas redondas sobre propiedad intelectual y conocimientos tradicionales. También ha desarrollado una Biblioteca Digital de Conocimientos Tradicionales (TKDL), que incluye información sobre

unas 50 plantas medicinales y conocimientos tradicionales asociados. La OMPI ha invitado a la OMS ha cooperar en el desarrollo de TKDL.

4.2 Organizaciones internacionales

La Secretaría de la Commonwealth (<http://www.thecommonwealth.org/>) es la principal organización de la Commonwealth, una asociación voluntaria de estados soberanos independientes, que incluye tanto naciones desarrolladas como naciones en vías de desarrollo. Además de buscar la promoción de la democracia y el buen gobierno, y de servir como plataforma para la construcción del consenso global, la Commonwealth es una fuente de ayuda práctica para el desarrollo sostenible. Esto último ha incluido recientemente la promoción de la producción de medicinas con base de hierbas. La Secretaría ha proporcionado fondos limitados para apoyar a países africanos anglófonos para la elaboración de medicinas con base de hierbas y a finales del año 2000 organizó un Foro sobre Plantas Medicinales en Ciudad del Cabo, Sudáfrica. El Foro exploró las formas de mejorar y alentar el cultivo y conservación de las plantas a fin de aumentar la producción de remedios con base de hierbas que ofrezcan una medicina asequible, especialmente en el continente africano. El Foro también trató temas relacionados con el comercio tales como fronteras sin tarifas, legislación y licencias, patentes y calidad. La Secretaría lanzó *Una Guía para el Mercado Europeo de Plantas y Extractos Medicinales* en el mismo Foro. Detallando el crecimiento y desarrollo de la industria de hierbas europea, la guía incluye información práctica para los productores y exportadores de plantas medicinales.

La Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEEM) (<http://www.emea.eu.int/>) contribuye a la protección y fomento de la salud pública y animal a través de sus esfuerzos para asegurar la valoración de gran

calidad de productos medicinales; el desarrollo eficaz y procedimientos transparentes para facilitar el acceso sin limitación de tiempo por parte de los usuarios a medicinas innovadoras; y controlar la seguridad de medicinas para humanos y animales, en particular mediante su red de farmacovigilancia. En 1997, la AEEM estableció un Grupo de Trabajo sobre Productos Medicinales con Base de Hierbas. El grupo actúa como un foro para los Estados Miembro a fin de intercambiar información y experiencia sobre productos medicinales con base de hierbas. También fomenta el desarrollo de una interpretación común de la legislación existente en esta área y proporciona orientación a las autoridades nacionales encargadas de la regulación de fármacos sobre los temas relacionados con las medicinas con base de hierbas. De manera adicional, el Grupo está preparando propuestas para la revisión y desarrollo de nuevas pautas y requerimientos para asegurar la calidad, la seguridad y la eficacia de los productos medicinales con base de hierbas.

Fundada en 1989, la Cooperativa Científica Europea sobre Fitoterapia (ESCOP) (<http://info.ex.ac.uk/phytonet/escop.html>) se centra en el avance del estado científico de las fitomedicinas^h y en ayudar en la armonización de su estado legislativo en el ámbito europeo. El Comité Científico de la ESCOP ha completado varios monográficos europeos que resumen los usos medicinales de las plantas (incluyendo su seguridad). La ESCOP considera esta actividad esencial para la armonización. Para 1992 se habían publicado quince monográficos. Desde entonces, la atención se ha centrado en la elaboración de sumarios de las características de los productos sobre fármacos de plantas individuales, principalmente para las cuales ya existen monográficos farmacológicos europeos o nacionales. La secuencia de tópicos en cada sumario está diseñada para destacar los aspectos clínicos de los fármacos de las

^h ESCOP define las fitomedicinas como "productos medicinales que contienen como ingredientes activos plantas, partes de las plantas o materiales de plantas, o combinaciones, tanto en crudo como en estado procesado".

plantas relevantes, incluyendo datos farmacodinámicos, farmacocinéticos y seguridad preclínica.

La **Unión Europea (UE)** (<http://userpage.chemie.fu-berlin.de/adressen/eu.html>) es la unión de 15 estados independientes con base en las Comunidades Europeas y se fundó para aumentar la cooperación política, económica y social. Los Estados Miembro delegan la soberanía para determinados asuntos a instituciones independientes que representan los intereses de la UE como un conjunto, de sus países miembro y de sus ciudadanos. La UE se centra en dos aspectos de la MT/MCA: política y legislación y estudio de la medicina "no convencional". Un proyecto recientemente finalizado COST (Cooperación Europea en el campo de la investigación Científica y Técnica) examinó las diferencias entre la medicina llamada convencional y la medicina no convencional en términos de conceptos, investigación y práctica, las razones para la creciente popularidad de la medicina no convencional y las implicaciones de ésta para la medicina convencional, y el estado actual de la investigación en medicina no convencional.

El **Banco Mundial** (<http://www.worldbank.org/>) es la principal fuente mundial de ayuda al desarrollo, proporcionando casi 17 mil millones de dólares estadounidenses en préstamos anualmente a sus países cliente. Utilizando sus recursos económicos, su personal y su base de conocimientos busca ayudar a los países en vías de desarrollo a conseguir un crecimiento estable, sostenible y equitativo en la lucha contra la pobreza. En la actualidad, esto incluye ayuda a diversos países en vías de desarrollo con políticas y estrategias para la conservación, cultivo, procesamiento y comercialización de plantas medicinales. De manera adicional, el Banco opera un Programa sobre Conocimiento Indígena (IK) (véase <http://www.worldbank.org/afr/ik/index.hym>), que se centra en el conocimiento indígena/tradicional en agricultura,

sanidad, preparación de alimentos, educación, gestión de los recursos naturales y otras muchas áreas de preocupación para las comunidades, en las actividades de patrones de desarrollo. Para lograr esta meta se están utilizando distintas estrategias. Entre ellas se incluye una base de datos sobre conocimientos y prácticas indígenas/tradicionales y una serie de "Notas IK". El Programa también respalda centros de recursos en todo el continente africano, centros dirigidos a la identificación y diseminación de los conocimientos y las prácticas indígenas/tradicionales. Trabajando con los gobiernos y los socios locales, el Programa también ha empezado a ayudar en la aplicación de IK en proyectos del Banco Mundial y en programas nacionales de desarrollo.

La **Organización Mundial del Comercio (OMC)** (<http://www.wto.org>) es la organización internacional encargada de establecer las normas legales para el comercio internacional. Aunque la OMC se hizo oficialmente operativa en junio de 1995, es la sucesora del sistema de comercio multilateral del Acuerdo General sobre Tarifas y Comercio fundado en 1947. Sus objetivos son el fomento de la no-discriminación, la liberalización progresiva de las barreras comerciales, políticas y transparencia predecibles, competencia, y provisión especial para los países en vías de desarrollo. El Consejo de la OMC para el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercioⁱ acordó el estado observador de la OMS sobre unas bases ad hoc. La OMS puede ahora controlar todos los temas relevantes de debate de la OMC que pudieran tener implicaciones en el sector sanitario. (Desde mayo de 1999 la OMS ha sido encomendada para supervisar y analizar las implicaciones de salud pública de los acuerdos comerciales sobre farmacéuticos). En el año 2000, la OMS y la OMC celebraron un taller de trabajo internacional sobre Precios Diferenciales y Financiación de Fármacos Esenciales.

ⁱ El Acuerdo se conoce comúnmente como "ADPICs".

4.3 Organizaciones no gubernamentales

En el ámbito mundial, muchas organizaciones no gubernamentales (ONG) están trabajando en MT/MCA. A continuación se ofrecen algunos ejemplos.

Mediante la preparación, mantenimiento y fomento al acceso de revisiones sistemáticas de los efectos de las intervenciones sanitarias, la **Colaboración Cochrane** (<http://hiru.mcmaster.ca/cochrane/>) se centra en ayudar a las personas a tomar decisiones bien informadas sobre salud. Cochrane Fields son grupos Cochrane centrados en las dimensiones sanitarias no relacionadas con problemas de salud, como la situación de la atención (p. e. atención primaria), el tipo de consumidor (p.e. personas mayores), el tipo de proveedor (p.e. enfermeras) o el tipo de intervención (p.e. terapias físicas). Las personas que trabajan en un Field investigan en revistas especializadas, ayudan a asegurar que las prioridades y perspectivas se reflejan en su campo de interés en el trabajo de grupos colaboradores de revisión, compilan bases de datos especializadas de revisiones, coordinan actividades con agencias relevantes fuera de la Colaboración y comentan las revisiones sistemáticas relacionadas con su área particular. El Cochrane Complementary Medicine Field se estableció en 1996 para producir, mantener y diseminar las revisiones sistemáticas sobre tópicos de MT/MCA.

La misión de la **Fundación Ford** (<http://www.fordfound.org/>) es la de "hacer disminuir la pobreza y fomentar la justicia en todo el mundo". Respaldada a ONG, colegios, universidades, institutos de investigación, grupos culturales y organizaciones gubernamentales. Está especialmente interesada en la epidemia de VIH/SIDA en África, y cree que la epidemia de SIDA en África no puede tratarse sin la colaboración activa de los sanadores tradicionales y de las organizaciones de MT. Una de sus principales cesionarios es PRO.ME.TRA (véase a continuación), con el que trabaja

para llevar a cabo actividades de MT en el África anglófona y francófona.

Con base en Dakar, Senegal, y con oficinas en Benin, Camerún y EE UU, **PRO.ME.TRA** — la **Asociación para la Promoción de la Medicina Tradicional** (<http://www.prometra.org>) — trabaja para avanzar el uso y la aceptación de la MT. Además de tener en funcionamiento una asociación de 450 sanadores certificados y de una clínica para el tratamiento en Fatick, Senegal, elabora información educativa sanitaria para luchar con el VIH/SIDA. Su estrategia de comunicación incorpora el uso de tecnología de impresión, tecnología de medios electrónicos y tecnología digital por satélite además de estar implementando ayuda de la **Foundation du Présent** en Ginebra, Suiza y la **Fundación Mundial del Espacio** en EE UU.

El **Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF)** (<http://www.panda.org/>) es la principal organización independiente para la conservación. Al igual que la **Unión Mundial para la Conservación (IUCN)** (<http://www.iucn.org/>), WWF trabaja para ayudar a las sociedades de todo el mundo en la conservación de la integridad y diversidad de la naturaleza, y para asegurar el uso equitativo y ecológicamente sostenible de cualquier recurso natural. Esto incluye proyectos e investigaciones sobre la gestión de productos forestales no madereros, que comúnmente incluye plantas medicinales. Ambas organizaciones han mostrado cómo la demanda masiva de corteza, raíces y plantas de las poblaciones silvestres de plantas medicinales puede provocar declives críticos en la población de algunas especies, conduciendo potencialmente a su extinción. Destacando dicha preocupación las dos Organizaciones han unido a conservacionistas y a usuarios de recursos para investigar posibles soluciones y para estudiar el cultivo sostenible de plantas



medicinales. Ambas Organizaciones han desarrollado pautas sobre cómo conservar las plantas medicinales.

4.4 Asociaciones profesionales globales

La Liga Medicorum Homeopathica Internationalis (LMHI) (Liga Internacional Médica Homeopática) (LMHI) (<http://www.lmhi.net/>) se fundó en 1925 y representa a unos 8000 homeópatas de 50 países. Sus objetivos son respaldar a los países miembro en sus esfuerzos por asegurar el reconocimiento legal de la homeopatía, crear lazos de unión entre homeópatas con licencia y diplomas médicos y proporcionar ayuda y apoyo a las organizaciones homeopáticas nacionales en educación homeopática, investigación sobre homeopatía y documentación de prácticas homeopáticas. También promueve el reembolso del tratamiento homeopático dentro de los programas de la seguridad social.

Fundada en 1987, la Federación Mundial de Acupuntura – Sociedades de Moxibustión (WFAS) (<http://www.int/ina-ngo/ngo/ngo194.htm>) cuenta con casi 60.000 miembros de 73 organizaciones de acupuntura procedentes de 40 países de diversas regiones. De estos miembros, el 70% (35.000) son doctores en medicina o se han graduado en colegios y universidades de MT oficialmente reconocidos por el gobierno nacional (como sucede en China, la República de Corea y Vietnam). Los miembros restantes son acupunturistas con licencia para su práctica. WFAS promueve el entendimiento y la cooperación entre los grupos de acupuntura-moxibustión de todo el mundo, refuerza los intercambios académicos sobre acupuntura-moxibustión y contribuye al desarrollo de la ciencia de la acupuntura-moxibustión. WFAS ha trabajado con la OMS para desarrollar las guías técnicas y los estándares internacionales de la OMS sobre temas asociados con la acupuntura-moxibustión. Esto incluye la contribución en

diversos documentos técnicos de la OMS sobre acupuntura.

La Federación Mundial de Quiropráctica (WFC) (<http://www.wfc.org/>) trabaja con organizaciones nacionales e internacionales para ofrecer información y otro tipo de ayuda en los campos de la quiropráctica y la salud mundial; promover un nivel alto y uniforme de educación, investigación y práctica quiropráctica, trabajar para desarrollar una opinión pública informada entre todas las personas respecto a la quiropráctica, y a petición ofrecer asesoramiento sobre la legislación apropiada para la quiropráctica en los países miembro. Las actividades actuales con la OMS incluyen la investigación sobre el dolor de espalda y la recogida de información sobre la normativa y registro de la práctica de la quiropráctica por países. Posteriormente ayudará a la OMS a revisar y documentar el estado legal de la MT.

En 1970 se fundó una federación de 54 asociaciones miembro, la Industria Mundial de la Automedicación (WSMI) (<http://www.wsmi.org/guide.html>) que representa a fabricantes y distribuidores de medicinas sin receta – que son medicamentos de venta sin receta médica – una gran proporción de las cuales son medicinas con base de hierbas. Muchas empresas que desarrollan, fabrican y comercializan medicinas con base de hierbas pertenecen a las asociaciones miembro de la WSMI. La WSMI alienta el desarrollo de las asociaciones industriales de automedicación para fomentar el entendimiento y desarrollo de una automedicación responsable. De echo, precisa asociaciones miembro para desarrollar e implementar códigos voluntarios de práctica publicitaria y alienta el etiquetado responsable para con el consumidor. WSMI tiene una relación oficial con la OMS desde 1977 y ha trabajado con la Organización en el desarrollo de pautas para la valoración de medicinas con base de hierbas y una metodología para el estudio y la valoración de las medicinas con base de hierbas. Asimismo, ha contribuido al estudio de datos que respalden el desarrollo

de los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*.

4.5 Asociaciones profesionales internacionales y nacionales

Son muchas las diferentes asociaciones profesionales internacionales que respaldan las actividades de la OMS. La Organización Islámica para las Ciencias Médicas (IOMS) (<http://www.who.int/ina-ngo/ngo/ngo192.htm>), por ejemplo, planea trabajar con la OMS en la preparación de un manual sobre el uso de las plantas medicinales. La medicina islámica incorpora la medicina occidental moderna pero su quinto criterio de "utilización de todos los recursos útiles" significa que también desean considerar cualquier tratamiento potencialmente útil, incluyendo terapias de MT/MCA, tales como el tratamiento con medicinas con base de hierbas. IOMS estableció el Centro de Investigación sobre Medicina con Base de Hierbas en Kuwait. Una organización no lucrativa que extiende sus servicios a todos aquellos que busquen tratamiento con medicinas con base de hierbas y otros productos.

Otras muchas organizaciones profesionales nacionales trabajan con la OMS. Las organizaciones profesionales nacionales incluyen asociaciones de practicantes de MT en África y Asia. Por ejemplo, hay 22 asociaciones de practicantes de MT en el África Subsahariana. En China, las asociaciones profesionales nacionales existen para aquellos que practican tanto medicina alopática como MT, para

practicantes de terapias manuales y para especialistas en nutrición y alimentos sanos. En India, las asociaciones profesionales existen desde hace mucho tiempo para los practicantes de ayurveda, unani, sidha y homeopatía.

4.6 Iniciativas específicas

La Iniciativa Global para los Sistemas Tradicionales (GIFTS) de Salud (<http://users.ox.ac.uk/~gree0179/>) está respaldada por la Secretaría de la Commonwealth (véase la Sección 4.2). Busca elevar la conciencia internacional sobre el papel de los sistemas de salud tradicionales y fomentar el desarrollo de una política para asegurar su uso continuado. Este trabajo incluye el desarrollo de lazos entre los sistemas de salud tradicionales, la conservación de la biodiversidad y el desarrollo económico.

La Iniciativa para el Estudio de Métodos Tradicionales contra la Malaria (RITAM) (http://mim.nih.gov/english/partnerships/ritam_application.pdf) se lanzó en 1999 como una colaboración entre la OMS, la Iniciativa Global para los Sistemas Tradicionales de Salud (GIFTS), la Universidad de Oxford e investigadores de todo el mundo que investiguen o estén interesados en las propiedades contra la malaria de las plantas, con un punto de vista para desarrollar o validar las medicinas locales con base de hierbas a fin de evitar y/o tratar la malaria. RITAM celebró su reunión inaugural en diciembre de 1999 en Moshi, Tanzania.

Estrategia y plan de acción
2002-2005

Reducir el exceso de mortalidad, morbilidad y discapacidad, especialmente en poblaciones pobres y marginadas es una de las direcciones estratégicas de la OMS para 2002-2005.⁶⁰ Puesto que la MT es una forma de atención sanitaria muy accesible y asequible en muchos países con ingresos bajos, la OMS está promoviendo su inclusión – donde la seguridad y eficacia es algo probado – en planes para mejorar el estado sanitario.

Al mismo tiempo, la población global anciana está teniendo mayor incidencia de enfermedades crónicas y la MT/MCA ofrece medios



potenciales para la curación de dichas enfermedades. De hecho, en los países desarrollados cada vez son más las personas que hacen uso de la MT/MCA – en combinación con o en lugar de la medicina alopática – para ayudar a aliviar el dolor crónico y/o mejorar la calidad de vida.

Sin embargo a fin de asegurar el uso óptimo de la MT/MCA deben lograrse varios objetivos. Al mismo tiempo, los recursos de la OMS son limitados y los esfuerzos deben dirigirse a asegurar que la salud del gran público llega a un número mayor de usuarios. Los objetivos específicos sobre MT/MCA para 2002-2005 son respaldar a los países:

- integrando la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado^j, mediante el desarrollo e implantación de políticas y programas nacionales de MT/MCA
- fomentando la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y proporcionando asesoría sobre pautas, normativas y controles de calidad
- aumentando la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso a la misma de las poblaciones pobres
- fomentando el uso terapéutico sólido y apropiado de la MT/MCA tanto de proveedores como de consumidores.

Cada uno de estos objetivos incorpora dos o tres componentes, con resultados esperados (Tabla 13). También se ha incluido un indicador crítico para cada objetivo y se utilizará para ayudar a valorar el trabajo de la OMS en esta área. De manera adicional, se llevarán a cabo diversas encuestas relacionadas con la política de la MT/MCA, regulación y uso de la MT/MCA, en cooperación con los Estados Miembro y las ONG para valorar el progreso.

A lo largo de los próximos cuatro años, la OMS pondrá en práctica los dos primeros objetivos – desarrollo e implantación de políticas nacionales sobre MT/MCA y el

^j "Apropiado" se toma para referirse a la sanidad MT/MCA que no cuesta más y que no es menos segura ni eficaz que la atención alopática recomendada para la enfermedad o problema sanitario.

Tabla 13

Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002–2005 – objetivos, componentes y resultados esperados

| Objetivos | Componentes | Resultados esperados |
|--|--|---|
| POLÍTICA: Integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, desarrollando e implementando políticas* y programas nacionales de MT/MCA | 1. Reconocimiento de la MT/MCA Ayudar a los países a desarrollar políticas y programas nacionales de MT/MCA | 1.1 Mayor apoyo gubernamental para la MT/MCA mediante una amplia política nacional sobre MT/MCA 1.2 Integrar la MT/MCA relevante en los servicios del sistema sanitario nacional |
| | 2. Proteger y preservar los conocimientos indígenas sobre MT asociados con la salud Ayudar a los países a desarrollar estrategias para proteger los conocimientos indígenas de MT | 2.1 Aumentar el registro y preservación de los conocimientos indígenas de MT, incluyendo el desarrollo de bibliotecas digitales de MT |
| SEGURIDAD, EFICACIA Y CALIDAD: Promover la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y fomentando la orientación sobre pautas normativas y de control de calidad | 3. Base de evidencia para la MT/MCA Aumentar el acceso a y ampliar el conocimiento de la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA, con énfasis en los problemas sanitarios prioritarios como la malaria y VIH/SIDA | 3.1 Aumentar el acceso a y ampliar el conocimiento de la MT/MCA a través de una red y del intercambio de información precisa 3.2 Revisiones técnicas de estudios sobre el uso de MT/MCA para la prevención, tratamiento y gestión de enfermedades y estados comunes 3.3 Apoyo selectivo para el estudio clínico en el uso de MT/MCA para problemas sanitarios prioritarios tales como la malaria y VIH/SIDA, y enfermedades comunes |
| | 4. Regulación de medicinas con base de hierbas Apoyar a los países para establecer sistemas legislativos eficaces para el registro y control de calidad de las medicinas con base de hierbas | 4.1 Legislación nacional de medicinas con base de hierbas, incluyendo registro, establecimiento e implantación 4.2 Control de seguridad de medicinas con base de hierbas y otros productos y terapias de MT/MCA |
| | 5. Pautas sobre seguridad, eficacia y calidad Desarrollo y apoyo a la implantación de guías técnicas para asegurar la seguridad, eficacia y control de calidad de las medicinas con base de hierbas y otros productos y terapias de MT/MCA | 5.1 Pautas y metodología técnica para valorar la seguridad, eficacia y calidad de MT/MCA 5.2 Criterio de datos basados en evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de terapias de MT/MCA |
| | 6. Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la sanidad Fomentar el reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA a la sanidad alentando la interacción y el diálogo entre los practicantes de MT/MCA y los practicantes alopáticos | 6.1 Criterio e indicadores, cuando sea posible, para medir la costo-efectividad y el acceso equitativo a la MT/MCA 6.2 Aumentar la provisión de MT/MCA apropiada a través de los servicios sanitarios nacionales 6.3 Aumentar el número de organizaciones nacionales de proveedores de MT/MCA |
| | 7. Protección de las plantas medicinales Fomentar el uso y cultivo sostenibles de las plantas medicinales | 7.1 Pautas para una buena práctica agrícola en relación con las plantas medicinales 7.2 Uso sostenible de recursos de plantas medicinales |
| USO RACIONAL: Fomentar el uso terapéutico sólido de la MT/MCA apropiada tanto de proveedores como de consumidores | 8. Uso correcto de MT/MCA por parte de los proveedores Aumentar la capacidad de los suministradores de MT/MCA para hacer un uso correcto de los productos y terapias de MT/MCA | 8.1 Formación básica en las terapias MT/MCA más utilizadas para los practicantes alopáticos 8.2 Formación básica en atención sanitaria primaria a los practicantes de MT |
| | 9. Uso correcto de la MT/MCA por parte de los consumidores Aumentar la capacidad de los consumidores para tomar decisiones informadas sobre el uso de productos y terapias de MT/MCA | 9.1 Información fiable para los consumidores sobre el uso correcto de terapias de MT/MCA 9.2 Mejorar la comunicación entre los practicantes alopáticos y sus pacientes respecto al uso de la MT/MCA |

* Con la excepción de China, la República Popular Democrática de Corea y Vietnam, dicha integración no se ha producido en ningún lugar. Esto destaca el hecho de que en algunos países es necesario llevar a cabo una valoración nacional para determinar que modalidades de MT/MCA pueden integrarse mejor en el sistema sanitario nacional.

fomento de la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA — como prioridad. Esto incluirá el trabajo sobre la legislación de hierbas y demás productos de MT/MCA. También incluirá centrarse en el refuerzo de las metodologías de investigación y en el aumento de calidad, cantidad y accesibilidad de la evidencia clínica para respaldar las afirmaciones sobre la eficacia de la MT/MCA.

“La riqueza de experiencias y conocimientos clínicos acumulados sobre la medicina tradicional merecen ser conocidos y combinados con la investigación metodológica sólida en la extensión y limitaciones de la práctica tradicional. Pacientes, gobiernos, practicantes tradicionales y practicantes de medicina moderna se benefician de la práctica basada en la evidencia de la medicina tradicional. Es necesario contar con el respaldo de la comunidad científica y de los practicantes de medicina moderna si queremos que la medicina tradicional se sumerja en la corriente de los servicios sanitarios.”⁶¹

5.1 Política: Integrar la MT/MCA en los sistemas de salud nacionales, según sea apropiado, desarrollando e implantando políticas y programas nacionales de MT/MCA

Componentes

- Reconocimiento de la MT/MCA. Ayudar a los países a desarrollar políticas y programas nacionales sobre MT/MCA.
- Proteger y preservar el conocimiento indígena sobre MT relacionado con la salud. Ayudar a los países a desarrollar estrategias para proteger sus conocimientos indígenas sobre MT.

Estrategia de la OMS

La OMS alentará a los gobiernos a reconocer la importante contribución que determinadas formas de MT/MCA pueden hacer para mejorar y mantener la salud. También reforzará la contribución entre los programas de MT de su Sede Central y de las Oficinas Regionales, a fin de elaborar y llevar a cabo tareas comunes eficaces y efectivas. Seguirá cooperando con otras agencias de la ONU y explorando la posibilidad de trabajar con nuevos socios. Esto incluirá la organización de una serie de talleres de trabajo regionales e interregionales para las autoridades sanitarias nacionales y el uso de la MT/MCA.

Lo que es más importante, la OMS ayudará a los Estados Miembro a desarrollar e implementar políticas y normativas nacionales sobre MT/MCA y fomentará formas seguras y eficaces de MT indígena de acuerdo con las guías de la OMS. La OMS también facilitará compartir información sobre MT/MCA entre diferentes países.



Indicador crítico

| Objetivo estratégico | Número de Estados Miembro de la OMS que informan de una política MT/MCA nacional / Número total de Estados Miembro de la OMS | Estado 1999 | Objetivo 2005 |
|---|--|-------------|---------------|
| Estados Miembro de la OMS con política nacional de MT/MCA | 25/191 | 13% | 25% |

Resultados esperados para 2002–2005

- Aumento del apoyo gubernamental para la MT/MCA, a través de amplias políticas nacionales sobre MT/MCA.
- Integración de la MT/MCA relevante en los sistemas nacionales sanitarios.

- Aumento del registro y preservación de los conocimientos indígenas sobre MT, incluyendo el desarrollo de bibliotecas digitales de MT.

5.2 Seguridad, eficacia y calidad: Fomentar la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA ampliando la base de conocimientos sobre MT/MCA y proporcionando directrices sobre pautas, normativas y controles de calidad

Componentes

- Base de la evidencia para la MT/MCA. Aumentar el acceso a y ampliar los conocimientos sobre la seguridad, la eficacia y la calidad de la MT/MCA, enfatizando problemas sanitarios prioritarios tales como la malaria y VIH/SIDA.
- Regulación de medicinas con base de hierbas. Respaldo a los países para establecer sistemas normativos efectivos para el registro y control de calidad de medicinas con base de hierbas.
- Pautas sobre seguridad, eficacia y calidad. Desarrollo y respaldo a la implantación de guías técnicas para asegurar la seguridad, la eficacia y el control de calidad de las medicinas con base de hierbas y otras terapias y productos de MT/MCA.

Estrategia de la OMS

La OMS reforzará y ampliará su actual red global de expertos en MT/MCA, miembros de los cuales incluyen Centros Colaboradores de la OMS, autoridades sanitarias nacionales, instituciones académicas y científicas y demás agencias internacionales relevantes, tales como AEEM, la Farmacopea Europea, la FAO, la Organización de Unidad Africana y ONUDI. Trabajando con estos socios seguirá desarrollando las guías técnicas y la información científica, especialmente sobre las medicinas con base de hierbas. La Organización también

ampliará su base de evidencia sobre MT/MCA, centrándose en la identificación de terapias de MT/MCA seguras y de eficacia probada a fin de generar una mayor credibilidad sanitaria pública para la MT/MCA. Esto se conseguirá mediante la revisión técnica del uso clínico de la MT/MCA en la prevención, tratamiento y gestión de enfermedades y condiciones comunes, y apoyando adicionalmente la investigación clínica de la seguridad y la eficacia de la MT/MCA.

La Sede Central y las Oficinas Regionales de la OMS establecerán una red normativa global de sistemas de control de seguridad sobre medicinas con base de hierbas y demás terapias de la MT/MCA. Esto incluirá la ayuda a países para establecer una supervisión postmarketing de las medicinas con base de hierbas. La OMS seguirá cooperando con las asociaciones profesionales y las instituciones académicas relevantes para desarrollar y proporcionar pautas para la formación básica en determinadas terapias manuales. También organizará programas de formación y talleres de trabajo para las autoridades nacionales a fin de actualizar su conocimiento en materia de seguridad y eficacia para las medicinas con base de hierbas.

Indicador crítico

| Objetivo estratégico | Número de Estados Miembro de la OMS que informan de leyes y normativas sobre medicinas con base de hierbas / Número total de Estados Miembro de la OMS | Estado 1999 | Objetivo 2005 |
|--|--|-------------|---------------|
| Estados Miembro de la OMS con leyes y normativas sobre medicinas con base de hierbas | 65/191 | 34% | 40% |

Resultados esperados para 2002–2005

- Aumento del acceso a y ampliación del conocimiento de la MT/MCA mediante una red y el intercambio de información precisa.

- Revisión técnica de las investigaciones sobre el uso de la MT/MCA para la prevención, tratamiento y gestión de enfermedades y condiciones comunes.
- Apoyo selectivo para la investigación clínica en el uso de MT/MCA para problemas sanitarios prioritarios tales como la malaria y el VIH/SIDA y enfermedades comunes.
- Normativa nacional sobre medicinas con base de hierbas, incluyendo registro, establecimiento e implantación.
- Control de la seguridad de las medicinas con base de hierbas y demás productos y terapias de la MT/MCA.
- Guías técnicas y metodología para evaluar la seguridad, eficacia y calidad de la MT/MCA.
- Criterio para los datos con base de evidencia sobre seguridad, eficacia y calidad de las terapias de la MT/MCA.

5.3 Acceso: Aumento de la disponibilidad y asequibilidad de la MT/MCA, según sea apropiado, enfatizando el acceso para las poblaciones pobres

Componentes

- Reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la atención sanitaria. Fomentar el reconocimiento del papel de los practicantes de MT/MCA en la atención sanitaria alentando la interacción y el diálogo entre los practicantes de MT/MCA y los practicantes alopáticos.
- Protección de las plantas medicinales. Fomentar el uso y cultivo sostenibles de las plantas medicinales.

Estrategia de la OMS

La mayoría de los países que sufren de malaria, VIH/SIDA y otras enfermedades de

transmisión común tienen menos de 15 dólares estadounidenses per cápita al año para gastar en sanidad. En algunos países sólo se dispone de 0,75 dólares estadounidenses per cápita al año para gasto en medicamentos. La OMS explorará el potencial para la utilización de recursos accesibles y asequibles de MT/MCA a fin de combatir las enfermedades de transmisión comunes. Esto incluirá la investigación de las medicinas con base de hierbas más eficaces, y alentará a los gobiernos a desarrollar estrategias para la protección de las poblaciones silvestres de plantas medicinales y el cultivo sostenible de dichas plantas. (Esto no sólo contribuirá al acceso a la sanidad, sino que protegerá el medio ambiente y generará ingresos). Se fomentará la protección de los conocimientos indígenas sobre MT/MCA relacionado con la sanidad y se compararán los beneficios de forma equitativa, dentro del contexto de cualquier investigación que se lleve a cabo.

La OMS también alentará el diálogo y la interacción entre los practicantes de MT/MCA y los practicantes alopáticos a fin de fomentar el reconocimiento del papel de la MT/MCA en la provisión sanitaria. En los países en vías de desarrollo se trabajará con las asociaciones de practicantes de MT y con las ONG de forma que se optimice el papel de los practicantes de la MT en la prevención y gestión de enfermedades de transmisión comunes.

Indicador crítico^k

| Objetivo estratégico | Número de Estados Miembro africanos de la OMS que informan de reconocimiento de practicantes de MT / Número total de Estados Miembro africanos de la OMS | Estado 1999 | Objetivo 2005 |
|--|--|-------------|---------------|
| Estados Miembro africanos de la OMS con reconocimiento profesional de practicantes de MT | 21/46 | 45% | 60% |

^k Los datos sólo están disponibles para la región africana.

Resultados esperados para 2002–2005

- Criterios e indicadores, donde sea posible, para medir la costo-efectividad y el acceso equitativo a la MT.
- Aumento de la provisión de la MT/MCA apropiada en todos los servicios sanitarios nacionales.
- Aumento del número de organizaciones nacionales de proveedores de MT.
- Pautas para la buena práctica agrícola en relación con las plantas medicinales.
- Uso sostenible de los recursos de las plantas medicinales.

5.4 Uso racional: Fomentar el uso terapéutico sólido de la MT/MCA apropiada por parte de proveedores y consumidores

Componentes

- Uso correcto de la MT/MCA por parte de los proveedores. Aumentar la capacidad de los proveedores de MT/MCA para hacer un uso correcto de productos y terapias de MT/MCA.
- Uso correcto de la MT/MCA por parte de los consumidores. Aumentar la capacidad de los consumidores para tomar decisiones informadas sobre el uso de productos y terapias de MT/MCA.

Estrategia de la OMS

La OMS alentará a los países a organizar programas de formación para practicantes alopáticos a fin de permitirles adquirir un conocimiento básico de MT/MCA y fomentar la práctica con licencia de las terapias.

La OMS seguirá desarrollando referencias autoritarias para los Estados Miembro, tales como los *Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas*. También desarrollará materiales informativos y educativos

“... debemos ampliar el conocimiento base de los practicantes de MCA y sanitarios para abarcar todo el repertorio de prácticas sanitarias seguras y eficaces — ampliando totalmente los horizontes de la sanidad. Estas prácticas pueden integrarse en los planes de tratamiento interdisciplinarios óptimos, desarrollados en cooperación con los pacientes. Estos imperativos dictan serios esfuerzos en investigación, formación, educación y comunicación...”⁴⁵

(incluyendo traducciones) y una web MT/MCA para elevar la conciencia de la necesidad del uso racional de la MT/MCA y guiar al público en su uso seguro.

Indicador crítico

| Objetivo estratégico | Número de Estados Miembro de la OMS con institutos de investigación ¹ para MT/MCA / Número total de Estados Miembro de la OMS | Estado 1999 | Objetivo 2005 |
|---|--|-------------|---------------|
| Estados Miembro de la OMS con institutos de investigación de MT/MCA | 19/191 | 10% | 18% |

Resultados esperados para 2002–2005

- Formación básica en terapias de MT/MCA más comúnmente utilizadas para practicantes alopáticos.
- Formación básica en atención sanitaria primaria para practicantes de MT.
- Información fiable a los consumidores sobre el uso correcto de terapias de MT/MCA.
- Mejora de la comunicación entre los practicantes alopáticos y sus pacientes respecto al uso de MT/MCA.

¹ Un instituto nacional de investigación se define aquí como un instituto nacional de investigación respaldado por el gobierno.

Relación de centros colaboradores con la OMS en materias de medicina tradicional

Número total de centros colaboradores: 19

Desglose regional

| | |
|---------------------------------|----|
| Región africana: | 3 |
| Región Américas: | 2 |
| Región europea: | 1 |
| Región del sudeste asiático: | 1 |
| Región del Pacífico occidental: | 12 |

Región africana

- Centro para la Investigación Científica en Plantas Medicinales, Mampong-Akwapim, Ghana
- Centre National d'Application des Recherches pharmaceutiques (CNARP), Antananaviro, Madagascar
- Institut National des Recherches en Santé Publique, Bamako, Mali

Región Américas

- Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM), Institutos Nacionales de Sanidad, Departamento de Sanidad y Recursos Humanos, Bethesda, EE UU
- Colegio de Farmacia, Universidad de Illinois en Chicago, EE UU

Región europea

- Centro de Investigación en Bioclimatología, Biotecnologías y Medicina Natural, Universidad Estatal de Milán, Milán, Italia

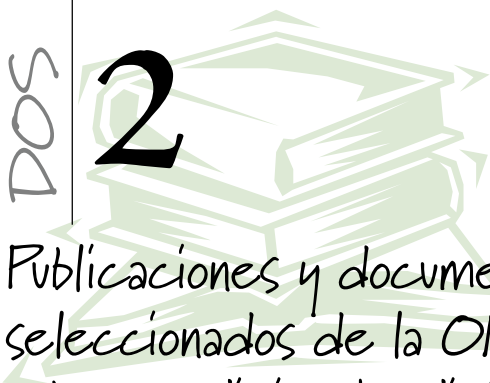
Región del sudeste asiático

- Academia de Medicina Tradicional Coreana, Pyongyang, República Popular de Corea

Región del Pacífico occidental

- Instituto de Acupuntura y Moxibustión, Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing, República Popular China
- Instituto de Ciencia e Información Clínicas, Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing, República Popular China
- Instituto de Desarrollo de Plantas Medicinales, Academia China de Ciencias Médicas, Beijing, República Popular China
- Instituto de Materia Médica China, Academia China de Medicina Tradicional China, Beijing, República Popular China

- Universidad Nanjing de Medicina Tradicional China, Nanjing, República Popular China
- Instituto de Investigación sobre Acupuntura, Universidad Fundan, Shanghai, República Popular China
- Universidad de Shanghai de Medicina Tradicional China, Shanghai, República Popular China
- Centro de Investigación de Medicina Oriental, Instituto Kitasato, Tokio, Japón
- Departamento de Medicina Oriental Japonesa, Universidad Toyama de Medicina y Farmacia, Toyama, Japón
- Instituto de Investigación Médica Este-Oeste, Universidad Kyung Hee, Seúl, República de Corea
- Instituto de Investigación de Productos Naturales, Universidad Nacional de Seúl, Seúl, República de Corea
- Instituto de Medicina Tradicional, Hanoi, Vietnam



Publicaciones y documentos seleccionados de la OMS sobre medicina tradicional

Las publicaciones y documentos listados a continuación están disponibles en inglés. Si las publicaciones y documentos también estuvieran disponibles en francés y/o español, esto se indicaría con una F y/o E.

Política y control nacionales

- Apia Action Plan on Traditional Medicine in the Pacific Island Countries (Plan de Acción Apia sobre Medicina Tradicional en los Países de las Islas del Pacífico)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico occidental, 2001.
- Development of National Policy on Traditional Medicine (Desarrollo de Política Nacional sobre Medicina Tradicional)*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2000.
- Legal Status of Traditional medicine and Complementary/Alternative Medicine: a World-wide Review (Estado Legal de Medicina Tradicional y Medicina Complementaria/Alternativa: una Revisión Mundial)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.
- The Promotion and Development of Traditional Medicine: Report of a WHO Meeting (La Promoción y Desarrollo de la Medicina Tradicional: Informe de una Reunión de la OMS)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 622).
- Regulatory Situation of Herbal Medicines: a World-wide Review (Situación Normativa de las Medicinas a Base de Hierbas: una Revisión Mundial)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (documento de referencia WHO/TM/98.1) (F en prensa/E).
- Report of the Inter-regional Workshop on Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine (Informe del Taller de Trabajo Interregional sobre Derechos de Propiedad Intelectual en el Contexto de Medicina Tradicional)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2001.1).
- The Role of Traditional Medicine in Primary Health Care in China (El Papel de la Medicina Tradicional en la Atención Sanitaria Primaria en China) (Basado en un Seminario Interregional Patrocinado por la OMS en Asociación con el Ministerio de Sanidad de la República Popular China, 9-21 de octubre de 1985)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (documento de referencia WHO/TM/86.2).
- Traditional Health Systems in Latin America and the Caribbean: Baseline Information (Sistemas de Salud Tradicionales en Latinoamérica y el Caribe: Información de Base)*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud /Organización Mundial de la Salud, 2000.
- Traditional Medicine and Health Care Coverage (Medicina Tradicional y Cobertura Sanitaria)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1983. Reimpreso en 1988.
- Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers (Practicantes Tradicionales como Trabajadores Sanitarios de Atención Primaria)*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento de referencia WHO/SHS/DHS/TM/95.6).

Calidad, seguridad y eficacia

Plantas medicinales

Basic Tests for Drugs: Pharmaceutical Substances, Medicinal Plant Materials and Dosage Forms (Pruebas Básicas para Fármacos: Sustancias Farmacéuticas, Materiales de Plantas Medicinales y Formas de Dosificación). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (F/E).

Good Manufacturing Practices: Supplementary Guidelines for the Manufacture of Herbal Medicinal Products (Buenas Prácticas de Fabricación: Guías Complementarias para la Fabricación de Productos Medicinales a Base de Hierbas). Anexo 8 del Comité Experto de la OMS sobre especificaciones para las Preparaciones Farmacéuticas. Informe Treinta y Cuatro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 863) (F/E).

Guidelines for the Appropriate Use of Herbal Medicines (Guías para el Uso Apropiado de Medicinas con Base de Hierbas). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico occidental, 1998 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 23).

Guidelines for the Assessment of Herbal Medicines (Guías para la Valoración de Medicinas con Base de Hierbas). Anexo 11 del Comité Experto de la OMS sobre Especificaciones para Preparados Farmacéuticos. Informe Treinta y Cuatro. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (Serie de Informes Técnicos de la OMS, N° 863) (F/E).

Quality Control Methods for Medicinal Plant Materials (Métodos de Control de Calidad para Materiales de Plantas Medicinales). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998.

Medicinal Plants in China (Plantas Medicinales en China). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1989 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 2).

Medicinal Plants in the Republic of Korea (Plantas Medicinales en la República de Corea). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1998 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 21).

Medicinal Plants in the South Pacific (Plantas Medicinales en el Pacífico Sur). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1998 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 19).

Medicinal Plants in Viet Nam (Plantas Medicinales en Vietnam). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1990 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico occidental N° 3).

WHO Monographs on Selected Medicinal Plants (Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas). Volumen 1. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999.

WHO Monographs on Selected Medicinal Plants (Monográficos de la OMS sobre Plantas Medicinales Seleccionadas). Volumen 2. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001.

Investigación

Clinical Evaluation of Traditional Medicines and Natural Products (Evaluación Clínica de Medicinas Tradicionales y Productos Naturales). Informe de una Consulta de la OMS sobre Medicina Tradicional y SIDA, Ginebra, 26–28 de septiembre de 1990. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1990 (documento de referencia WHO/TM/GPA/90.2).

General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine (Guías Generales para Metodologías sobre Investigación y Evaluación de Medicina Tradicional). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2000.1).

Guidelines for Clinical Research on Acupuncture (Guía para la Investigación Clínica en Acupuntura). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1995 (Publicaciones Regionales de la OMS, Serie Pacífico Occidental N° 15).

In Vitro Screening for Anti-HIV Activities. (Control In Vitro de Actividades anti VIH). Informe de una Consulta Informal sobre Medicina Tradicional y SIDA, Ginebra, 6–8 de febrero de 1989. OMS Ginebra, 1989 (documento de referencia WHO/GPA/BMR/89.5).

Research Guidelines for Evaluating the Safety and Efficacy of Herbal Medicines (Guía de Investigación para la Evaluación de la Seguridad y la Eficacia de las Medicinas con Base de Hierbas). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1993.

Traditional and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches (Medicina Tradicional y Moderna: Armonización de las Dos Aproximaciones). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2000.

Uso racional

Nomenclatura de acupuntura

A Proposed Standard International Acupuncture Nomenclature: Report of a WHO Scientific Group (Una propuesta de Nomenclatura de Acupuntura Estándar Internacional: Informe de un Grupo Científico de la OMS). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991.

Report of the Working Group on Auricular Acupuncture Nomenclature (Informe del Grupo de Trabajo sobre Nomenclatura de Acupuntura Auricular). Lyon, Francia, 28–30 de noviembre de 1990. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (documento de referencia WHO/TM/91.2).

Standard Acupuncture Nomenclature (Nomenclatura Estándar de Acupuntura), 2ª ed., Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1993.

Conservación de plantas medicinales

Conservation of Medicinal Plants. Proceedings of an International Consultation (Conservación de Plantas Medicinales. Procedimientos de una Consulta Internacional), Chiang Mai, Tailandia, 21–27 de marzo de 1988. Cambridge, Reino Unido, Cambridge University Press, 1991.

Natural Resources and Human Health: Plants of Medicinal and Nutritional value. Proceedings of the first WHO Symposium on Plants and Health for All: Scientific Advancement (Recursos Naturales y Salud Humana. Plantas de Valor Medicinal y Nutricional. Procedimiento del Primer Simposio de la OMS sobre Plantas y Salud para Todos: Avance Científico). Kobe, Japón, 26–28 de agosto de 1991. Amsterdam, Elsevier Science Publisher, 1992.

WHO/UCN/WWF Guidelines on the Conservation of Medicinal Plants (Guía OMS/UCN/WWF sobre la Conservación de Plantas Medicinales). Gland, Suiza, Unión Internacional para la Conservación de la Naturaleza, 1993 (F/E).

Selección y uso de terapias

WHO/DANIDA Intercountry Course on the Appropriate Methodology for the Selection and Use of Traditional Remedies in National Health Care Programmes (Curso OMS/DANIDA entre Países sobre la Metodología Apropiaada para la Selección y Uso de Remedios Tradicionales en Programas Nacionales Sanitarios). Informe de un Curso entre Países Celebrado en Kadoma, Zimbabwe, 26 de junio – 6 de julio de 1989. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1991 (documento de referencia WHO/TM/91.1).

WHO/DANIDA Training Course: the Selection and Use of Traditional Remedies in Primary Health Care (Curso OMS/DANIDA de Formación: la Selección y Uso de Remedios Tradicionales en la Atención Sanitaria Primaria). Informe de una Taller de Trabajo entre Países Celebrado en Bangkok, Tailandia, 25 de noviembre – 4 de diciembre de 1985. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1986 (documento de referencia WHO/TM/86.1).

Formación y buena práctica

Guidelines for Training Traditional Health Practitioners in Primary Health Care (Guía para la Formación de los Practicantes de Salud Tradicional en la Atención Salud Primaria). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995 (documento de referencia WHO/SHS/DHS/TM/95.5).

Guidelines on Basic Training and Safety in Acupuncture (Guía sobre la Formación Básica y la Seguridad en Acupuntura). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento de referencia WHO/EDM/TM/99.1) (F).

Prospects for Involving Traditional Health Practitioners (Propuestas para Implicar a los Practicantes Tradicionales). Informe de la Consulta sobre SIDA y Medicina Tradicional, Francistown, Bostwana, 23–27 de julio de 1990. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. 1990 (documento de referencia WHO/TM/GPA/90.1) (F).

Acupuncture: Review and Analysis of Reports (Acupuntura: Revisión y Análisis de Informes). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.

Training Package for Practitioners of Traditional Medicine (Paquete de Formación para Practicantes de Medicina Tradicional). Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1999.

Centros Colaboradores de la OMS para Medicina Tradicional

Report of the Third Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine (Informe de la Tercera Reunión de Directores de los Centros Colaboradores de la OMS sobre Medicina Tradicional). Beijing, República Popular China, 23–26 de octubre de 1995. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1996 (documento de referencia WHO/TM/96.1).

Report of the Second Meeting of Directors of WHO Collaborating Centres for Traditional Medicine (Informe de la Segunda Reunión de Directores de los Centros Colaboradores de la OMS sobre Medicina Tradicional). Beijing, República Popular China, 16–20 de noviembre de 1987. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988 (documento de referencia WHO/TM/88.1).



Referencias

1. Pietroni P. Beyond the boundaries: relationship between general practise and complementary medicine. *British Medical Journal*, 1992, 305:564–566.
2. Organización Mundial de la Salud. *Promoting the Role of Traditional Medicine in Health Systems: a Strategy for the African Region 2001–2010*. Harare, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento de referencia AFR/RC50/Doc.9/R).
3. Organización Mundial de la Salud. *Traditional Medicine in the African Region. An Initial Situation Analysis (1998–1999)*. Harare, Oficina Regional de la OMS para África, 2000.
4. Organización Mundial de la Salud. *Consultation Meeting on Traditional Medicine and Modern Medicine: Harmonizing the Two Approaches*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento de referencia (WPTM/ICP/TM/001/RB/98-RS/99/GE/32(CHN))).
5. Organización Mundial de la Salud. *Traditional, Complementary and Alternative Medicines and Therapies*. Washington DC, Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud (grupo de trabajo OPS/OMS), 1999.
6. Organización Mundial de la Salud. *Report: Technical Briefing on Traditional Medicine. Forty-ninth Regional Committee Meeting, Manila, Filipinas, 18 de septiembre de 1998*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1998.
7. Fisher P y Ward A. Medicine in Europe: complementary medicine in Europe. *British Medical Journal*, 1994, 309:107–111.
8. Health Canada. *Perspectives on Complementary and Alternative Health Care. A collection of papers Prepared for Health Canada*. Ottawa, Health Canada, 2001.
9. G. Domenighetti y otros. Usage personnel de pratiques relevant des médecines douces ou alternatives parme les médecins suisses. *Médecine & Hygiène*, 2000, 58:2291.
10. Zollman C & Vickers AJ. *ABC of Complementary Medicine*. Londres, BMJ Books, 2000 (reimpreso de una serie de artículos publicados en el *British Medical Journal* durante 1999).
11. Federación Mundial de Acupuntura y Sociedades de Moxibustión. *The Distribution of WFAS Member Societies and Executive Members in Each Continent*. Beijing, Federación Mundial de Acupuntura-Sociedades de Moxibustión, 2000.
12. Organización Mundial de la Salud. *The Legal Status of Traditional and Complementary/Alternative Medicine: a Worldwide Review*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, en prensa.
13. Eisenberg DM y otros. Trends in alternative medicine use in the United States, 1990–1997: results of a follow-up national survey. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18): 1569–75.
14. Sermeus G. Alternative health care in Belgium: an explanation of various social aspects. In: Lewith G & Aldridge D, ed. *Complementary Medicine and the European Community*. Saffron Walden, CW Daniel, 1991, citado en la referencia 7.
15. Marthiessen P. Rosslénbroich B & Schmidt St. *Unkonventionelle Medizinische Richtungen – Bestandaufnahme zur Forschungssituation*. Bonn, Wirtschaftsverlag, NW, 1992. (Materialen zur Gesundheitsforschung, Band 21). Citado en la referencia 7.

16. Cámara de los Lores, Gran Bretaña. Comité Selecto sobre Ciencia y Tecnología. Sesión 1999–2000. *6th Report. Complementary and Alternative Medicine*. Londres, Stationery Office, 2000 (HL Paper 123).
17. Conferencia de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo. *Systems and National Experiences for Protecting Traditional Knowledge, Innovations and Practices. Background Note by the UNCTAD Secretariat*. Ginebra, Conferencias de las Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo, 2000 (documento de referencia TD/B/COM.1/EM.13/2).
18. Datos de Recursos de Información, Inc. Scanner Data, citado en *Herbal Gram, Journal of the American Botanical Council and the Herb Research Association*, 1998, 43:61.
19. Mhame P. *The Role of Traditional Knowledge (TK) in the National Economy: the Importance and Scope of TK, Particularly Traditional Medicine in Tanzania*. Documento presentado en la Reunión de Expertos de la UNCTAD sobre Sistemas y Experiencias Nacionales para la Protección de Conocimientos, Innovaciones y Prácticas Tradicionales, 30 de octubre – 1 de noviembre de 2000, Ginebra.
20. Citado en: Spry-Leverton J. West Africa's traditional healers promote the new magic of immunization. *UNICEF information Feature*, October 2000. En: <http://www.unicef.org/features/feat164.htm>.
21. Vongo R. *Local production and dispensing of herbal antimalarials*. A report from the First International Meeting of the Research Initiative on Traditional Anti-malarials (RITAM), Moshi, Tanzania, 8–11 de diciembre de 1999.
22. Gyapong M y otros. *Report on Pre-testing of instruments of Roll Back Malaria Needs Assessment in the Dangme West District, Ghana*. 10 de enero de 1999.
23. Diarra D y otros. *Roll Back Malaria. Needs Assessment Report. Field Test of Instruments and Methodology in Mali*. 2–28 de enero de 1999.
24. Brieger W y otros. *Roll Back Malaria. Pre-testing of Needs Assessment Gobierno Local de IDO, Estado de Oyo, Nigeria*. 13 de noviembre – 4 de diciembre de 1998.
25. RBM County Team. *The Final RBM Report on the Pre-testing of the RBM (WHO) Research Instruments, and the Situation Analysis for Action Against Malaria in Petauke District, Zambia*. 21 de diciembre de 1998 – 20 de enero de 1999.
26. Ahorlu CK. *Malaria-related beliefs and behaviour in Southern Ghana: implications for treatment, prevention and control*. *Tropical Medicine and International Health*, 1997, 2(5):488–499.
27. Organización Mundial de la Salud. *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000.
28. Comunicación personal de Manuel Vásquez, Rescate Ancestral Indígena Salvadoreño, Marzo de 2001.
29. Green E. *Indigenous Theories of Contagious Disease*. Walnut Creek, California, Alta Mira Press, 1999.
30. ONUSIDA. *Collaboration with Traditional Healers in AIDS Prevention and care in Sub-Saharan Africa: a Comparative Case Study Using UNAIDS Best Practice Criteria*. Ginebra, ONUSIDA, 1999.
31. Burford G y otros. *Traditional Medicine and HIV/AIDS in Africa. A report from the International Conference on Medicinal Plants, Traditional Medicine and Local Communities in Africa. A Parallel Session to the Fifth Conference of the Parties to the Convention on Biological Diversity, Nairobi, Kenya, 16 – 19 de mayo de 2000*. 3 de julio de 2000.
32. Jonas WB. Alternative medicine – learning from the past, examining the present, advancing to the future. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(18):1616–1618.
33. Astin JA. Why patients use alternative medicine: results of a national study [letter]. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280(19):1548–53.
34. Mason F. *The Complementary Treatment Project's Treatment Survey*. Toronto, 1995.
35. Anderson W y otros. Patient use and assessment of conventional and alternative therapies for HIV infection and AIDS. *AIDS*, 1993, 7:561–566.
36. Ostrow MJ y otros. Determinants of complementary therapy use in HIV-infected individuals receiving antiretroviral or anti-opportunistic agents. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 1997, 15:115–120.

37. Chez AR y Jonas WB. The challenge of complementary and alternative medicine. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1997, 177:1556–1561.
38. Studdert DM y otros. Medical malpractice implications of alternative medicine. *Journal of the American Medical Association*, 1998, 280:1569–1575.
39. Informe de la Federación Mundial de Quiropráctica, 2000.
40. Informe de la Alianza Mundial de Quiropráctica, 2000.
41. Organización Mundial de la Salud. *Regulatory Situation of herbal Medicines. A worldwide Review*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1998 (documento de referencia WHO/TRM/98.1).
42. Norges Offentlige Utredninger (Informes Oficiales Noruegos). NOU 1998:21. Utredning fra et utvalg oppnevnt av Sosial – og helsedepartementet Avgitt til Sosial – og helsedepartementet (Informe de un comité nombrado por el Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales, al Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales). *Alternativ Medisin (Medicina Alternativa)*. 1998.
43. Vickers A. Complementary medicine. Recent advances. Clinical review. *British Medical Journal*, 2000, 321:683–686
44. Bhattcharya B. M.D. programs in the United States with complementary and alternative medicine education opportunities: an ongoing listing. *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 2000, 6:77–90.
45. Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa. *Expanding Horizons of Healthcare: Five-year Strategic Plan 2001–2005*. Maryland, Centro Nacional para la Medicina Complementaria y Alternativa, 2000.
46. Consejo de Europa. Resolución 1206 (1999). A European approach to non-conventional medicines. (Extracto de la *Gazeta Oficial del Consejo de Europa* – Noviembre de 1999) (documento de referencia 8435). Asamblea Parlamentaria, 4 de noviembre de 1999.
47. Organización Mundial de la Salud. *Regional Consultation on Development of Traditional medicine in South-East Asia Region, 1999*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para el Sudeste asiático, 1999 (documento de referencia SEA/Trad. Med./80).
48. Organización Mundial de la Salud. *Report of the Inter-Regional Workshop of Intellectual Property Rights in the Context of Traditional Medicine. Bangkok, Tailandia, 6–8 de diciembre de 2000*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2001 (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2001.1).
49. Organización Mundial de la Salud. *General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000 (documento de referencia WHO/EDM/TRM/2000.1).
50. Comisión Europea. *Acción COST B4: Unconventional Medicine. Final Report of the management Committee, 1993–98*. Bruselas, Comisión Europea, 1998 (documento de referencia EUR 18420 EN).
51. EsSalud/Organización Panamericana de Salud. *Estudio Costo-Efectividad: Programa Nacional de Medicina Complementaria. Seguro Social de EsSalud*. Lima, EsSalud/Organización Panamericana de Salud, 2000.
52. Organización Mundial de la Salud, *Counterfeit and Substandard drugs in Myanmar and Vietnam*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1999 (documento de referencia WHO/EDM/OMS/99.3).
53. Discurso del Director General de la OMS Dr. Gro Harlem Brundtland en la inauguración de la Comisión de Macroeconomía y Salud, París, 8 de noviembre de 2000. Accesible en : http://www.who.int/director-general/speeches/2000/20001108_paris.html.
54. Berthold HK, Sudhop MD y Bergmann K. Effect of a garlic oil preparation on serum lipoproteins and cholesterol metabolism. *Journal of American Medical Association*, 1998, 279:1900–1902.
55. Kleijnen J, Knipschild P y ter Riet G. Garlic, onions and cardiovascular risk factors. A review of the evidence from human experiments with emphasis on commercially available preparations. *British Journal of Clinical Pharmacology*, 1989, 28:535–544.
56. Nortier JL y otros. Urothelial carcinoma associated with the use of a Chinese herb (*Aristolochia fangchi*). *New England Journal of Medicine*, 2000, 342(23):1686–1692. Citado en la referencia 45.

57. Piscitelli SC y otros. Indinavir concentrations and St John's wort. *The Lancet*, 2000 355(9203): 547–548. Citado en la referencia 45.
58. Organización Mundial de la Salud. *Regional Meeting on Regulatory Aspects of Herbal Products. 13 – 16 de Noviembre de 2000, Informe Final, Washington DC*. Washington, DC. Oficina Regional de la OMS para las Américas/Organización Panamericana de la Salud, 2000.
59. Organización Mundial de la Salud. *The Work of WHO in the Western Pacific Region. Report of the Regional Director, 1 de julio de 2001 – 31 de junio de 2001*. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2001.
60. Organización Mundial de la Salud. *Policy and budget for One WHO*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (documento de referencia PPB/2002–2003).
61. Organización Mundial de la Salud. *Traditional Medicine*. Comité Regional de la OMS para la Región del Pacífico Occidental. Cincuenta y dos Sesión, Brunei Darussalam, 10–14 de septiembre de 2001. Agenda Provisional Artículo 13. Manila, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2001 (documento de referencia WPR/RC52/7).

Índice



| | |
|---|--|
| Accesibilidad | 2, 3, 13, 21, 43, 49 |
| Acceso | 1, 2, 3, 4, 5, 11, 14, 22, 27, 28, 31, 35, 41, 47, 48, 50, 51 |
| Acupuntura / acupunturistas | 1, 2, 3, 7, 8, 11, 12, 15, 17, 25, 33, 34, 44, 53, 54 |
| África | viii, 1, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 17, 18, 19, 21, 27, 28, 31, 34, 36, 41, 42, 43, 45, 50, 51, 53 |
| Agencia Europea para la Evaluación de Medicamentos (AEEM) | 19, 34, 41, 50 |
| Américas | viii, 1, 7, 8, 11, 25, 31, 32, 36, 53 |
| Antimalaricos | 2, 13, 27, 34 |
| Asequibilidad | 2, 5, 21, 22, 27, 47, 48, 51 |
| Asia | viii, 1, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 21, 31, 32, 36, 40, 45, 53 |
| Asociación para la Promoción de la Medicina Tradicional | 43 |
| Atención sanitaria | 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 29, 32, 33, 40, 42, 43, 47, 48, 51, 52 |
| Atención sanitaria primaria | 9, 14, 21, 29, 32 |
| Autoridades normativas sobre fármacos | 21, 34, 36, 41 |
| Banco Mundial | 42 |
| Calidad | 1, 3, 4, 5, 9, 15, 19, 21, 22, 23, 24, 26, 28, 29, 32, 34, 35, 36, 41, 47, 48, 49, 50, 51 |
| Campo Complementario Cochrane | 24 |
| Centro Nacional de Medicina Complementaria y Alternativa (NCCAM) | 10, 17, 18, 34, 37, 53 |
| Centro(s) de Colaboración | 6, 31, 34, 35, 36, 50, 52, 53 |
| Colaboración Cochrane | 43 |
| Comunicación | 4, 22, 29, 43, 48, 52 |
| Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD) | 40 |
| Cooperativa Científica Europea sobre Fitoterapia (ESCOP) | 41, 42 |
| Coste(s) | 2, 13, 14, 21, 22, 23, 24, 25, 47 |
| Costo-efectividad | 4, 24, 25, 27, 48, 52 |
| Cualificación | 4, 28 |
| Cultivo sostenible | 27, 28, 51 |
| Derechos de patente | 4 |
| Guías | 5, 21, 26, 28, 32, 33, 34, 35, 43, 44, 48, 49, 50, 51 |
| Disponibilidad | 1, 2, 5, 13, 27, 31, 47, 48 |
| Educación | 3, 4, 9, 10, 16, 17, 23, 28, 29, 32, 42, 43, 44, 52 |
| Eficacia | 1, 2, 3, 5, 19, 22, 23, 25, 26, 27, 32, 33, 34, 36, 37, 41, 47, 48, 50, 51 |
| Enfermedad crónica | 14, 22, 25, 47 |
| Enfermedades de Transmisión | 27, 51 |

| | |
|---|--|
| Ensayos clínicos aleatorios | 24, 26 |
| Estados Miembro | viii, 3, 5, 9, 15, 19, 21, 23, 31, 35, 36, 40, 41, 42, 47, 49, 50, 51, 52 |
| Estándares | 3, 5, 21, 22, 24, 26, 29, 39, 44, 47, 48, 50 |
| Estudio cualitativo | 4, 27 |
| Estudio cuantitativo | 4 |
| Europa | viii, 1, 8, 11, 12, 19, 21, 32, 34, 41, 42, 50, 53 |
| Evidencia clínica | 3, 49 |
| Fármacos químicos | 2, 13, 14, 27, 29 |
| Federación Mundial de Acupuntura- Sociedades de Moxibustión (WFAS) | 11, 12, 44 |
| Federación Mundial de Quiropráctica (WFC) | 16, 44 |
| Fondo Mundial para la Naturaleza (WWF) | 43, 44 |
| Formación | 3, 4, 9, 15, 16, 17, 21, 22, 23, 28, 33, 35, 39, 50, 51, 52 |
| Fundación Ford | 43 |
| Gasto | 2, 12, 13, 51 |
| Indicador(es) | 6, 27, 47, 49, 50, 51, 52 |
| Indicador(es) crítico(s) | 6, 47, 49, 50, 51, 52 |
| Industria Mundial de Automedicación (WSMI) | 44 |
| Información | 2, 4, 5, 12, 14, 22, 26, 29, 31, 32, 35, 36, 37, 40, 41, 43, 44, 48, 49, 50, 52, 53 |
| Iniciativa de Estudio sobre Métodos Tradicionales Contra la Malaria (RITAM) | 45 |
| Iniciativa Global para los Sistemas de salud Tradicionales (GIFTS) | 45 |
| Institutos de investigación | 6, 15, 28, 36, 37, 43, 52 |
| Investigación | 2, 3, 4, 5, 9, 10, 13, 16, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 51, 52, 53 |
| Legislación | 4, 23, 28, 31, 33, 41, 44 |
| Licencia | 3, 4, 21, 23, 28, 41 |
| Liga Médica Internacional Homeopática (LMHI) | 44 |
| Malaria | 2, 5, 13, 19, 25, 45, 48, 51 |
| Mecanismos normativos y legales | 3, 22 |
| Medicina tradicional china | 1, 7, 8, 33, 37, 53, 54 |
| Medicinas con base de hierbas | 1, 2, 3, 4, 7, 8, 10, 12, 13, 15, 16, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 40, 41, 44, 45, 48, 49, 50, 51 |
| Mediterráneo Oriental | viii, 36 |
| Metodología/metodologías | 4, 5, 21, 22, 24, 26, 34, 44, 48, 49, 50, 51 |
| Normativa(s) | 4, 9, 10, 15, 16, 22, 23, 26, 29, 31, 32, 33, 36, 37, 41, 42, 44, 47, 48, 49, 50, 51 |
| Organización de la Naciones Unidas para el Desarrollo Industrial (ONUDI) | 40, 50 |
| Organización Islámica de Ciencias Médicas (IOMS) | 45 |
| Organización Mundial de Propiedad Intelectual (OMPI) | 40, 41 |
| Organización Mundial del Comercio (OMC) | 42, 43 |
| Organización para la Alimentación y la Agricultura (FAO) | 39, 40, 50 |
| Organizaciones internacionales | 31, 41, 45 |
| Organizaciones no gubernamentales (ONG) | 6, 39, 43, 44, 47, 51 |
| Pacientes | 2, 4, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 23, 24, 25, 27, 28, 29, 48, 49, 52 |
| Pacífico occidental | viii, 1, 8, 31, 32, 33, 36, 53 |
| Plantas medicinales | 3, 14, 22, 23, 24, 26, 27, 28, 32, 34, 35, 36, 39, 40, 41, 42, 44, 45, 48, 51, 52, 53 |

| | |
|--|--|
| Política | 1, 3, 5, 9, 10, 21, 22, 23, 31, 32, 33, 35, 39, 40, 42, 45, 47, 48, 49 |
| Practicantes | 2, 4, 10, 11, 12, 13, 14, 17, 22, 23, 24, 25, 27, 28, 33, 39, 44, 45, 48, 49, 51, 52 |
| PRO.ME.TRA | 43 |
| Productos con base de hierbas | 1, 4, 7, 10, 12, 23, 31, 32 |
| Programa de Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (ONUSIDA) | 14 |
| Propiedad intelectual | 4, 23, 28, 40, 42 |
| Proveedores | 2, 3, 4, 5, 9, 11, 15, 16, 21, 23, 24, 27, 28, 29, 37, 43, 47, 48, 52 |
| Quiropráctica / quiroprácticos | 8, 15, 16, 44 |
| Registro | 4, 16, 22, 26, 29, 32, 36, 44, 48, 50 |
| Secretaría de la Commonwealth | 41, 45 |
| Seguridad, eficacia y calidad | 1, 3, 5, 22, 23, 24, 26, 35, 48, 49, 50, 51 |
| Seguro | 9, 10, 23, 24, 44 |
| Sistema(s) sanitario(s) | 1, 3, 5, 8, 9, 16, 22, 31, 32, 33, 47, 48, 49 |
| Terapias espirituales | 1, 7 |
| Terapias manuales | 1, 3, 7, 50 |
| Unión Europea (UE) | 19, 42 |
| Unión Mundial para la Conservación (IUCN) | 43, 44 |
| Uso racional | 1, 3, 4, 5, 6, 22, 26, 28, 36, 47, 48, 52 |
| Uso sostenible | 3, 48, 51, 52 |
| Vigilancia | 4, 26, 50 |
| VIH/SIDA | 3, 5, 14, 15, 27, 28, 43, 48, 50, 51 |

Contactos en fármacos esenciales y políticas médicas

En la Sede Central de la OMS:

Departamento de Medicamentos Esenciales y Política Farmacéutica
Tecnologías Sanitaria y Grupo Farmacéutico
Sede Central de la OMS

Avenue Appia 20
1211 Ginebra 27
Suiza:

Dr. Jonathan Quick
Director
Tel: +41 22 791 4443
Correo electrónico: quickj@who.int

Dr. Hans Hogerzeil
Team Coordinator, Policy, Access and Rational Use
Tel: +41 22 791 3528
Correo electrónico: hogerzeilh@who.int

Dr. Lembit Rägo
Team Coordinator, Quality and Safety: Medicines
Tel: +41 22 791 4420
Correo electrónico: ragol@who.int

Dr. Germán Velásquez
Team Coordinator, Drug Action Programme
Tel: +41 22 791 3509
Correo electrónico: velasquezg@who.int

Dr. Xiaorui Zhang
Acting Team Coordinator, Traditional Medicine
Tel: +41 22 791 3639
Correo electrónico: zhangx@who.int

Contactos en las Oficinas Regionales de la OMS:

Oficina Regional para África
Organización Mundial de la Salud
Medical School, C Ward
Parirenyatwa Hospital
Mazoe Street
PO Box BE 773
Belvedere
Harare
Zimbabwe:

Dr. Jean Marie Trapsida
Acting Essential Drugs and Medicines Policy Coordinator
Tel: +263 4 742 829
Correo electrónico: janspex@intnet.me

Dr. Ossy Kasilo
Traditional Medicine Adviser
Tel: +263 4 790 233
Correo electrónico: kasiloo@whoafr.org

Oficina Regional para las Américas
Organización Mundial de la Salud
Pan American Sanitary Bureau
525, 23rd Street NW
Washington, DC 20037:

Dra. Caridad Borrás
Programme Coordinator, Essential Drugs and Health Care Technology
Tel: +1 202 94 3238
Correo electrónico: borrasca@paho.org

Dr Rosario D'Alessio
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +1 202 974 3282
Correo electrónico: dalessir@paho.org

Oficina Regional para el Mediterráneo oriental
Organización Mundial de la Salud
WHO Post Office
Abdul Razzak Al Sanhoury Street
opposite children's Library
Nasr City
Cairo 11 371
Egipto:

Sr. Peter Graaff
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +20 2 2765301
Correo electrónico: graaffp@emro.who.int

Oficina Regional para Europa
Organización Mundial de la Salud
Oficina Regional para Europa
8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen
Dinamarca:

Sr. Kees de Joncheere
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +45 3 917 1717
Correo electrónico: cjo@who.dk

Oficina Regional para el Sudeste Asiático
Organización Mundial de la Salud
World Health House
Indraparastha Estate
Mahatma Gandhi Road
Nueva Delhi 110002
India:

Dr. Krisantha Weerasuriya
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +91 11 331 7804
Correo electrónico: weerasuriyak@whosea.org

Oficina Regional para el Pacífico occidental
Organización Mundial de la Salud
PO Box 2932
Manila 1000
Filipinas:

Dr. Budiono Santoso
Regional Adviser, Pharmaceuticals
Tel: +63 2 528 8001
Correo electrónico: santosob@who.org.ph

Dr. Chen Ken
Traditional Medicines Adviser
Tel: +63 2 528 9948
Correo electrónico: chen@who.org.ph

Una estrategia sobre medicina tradicional es **relevante**:

La medicina tradicional sigue jugando un importante papel en la atención sanitaria. En muchas partes del mundo es la forma de atención sanitaria preferida. El cualquier otro lugar, el uso de medicinas con base de hierbas y así llamadas terapias complementarias y alternativas está aumentando cada vez más. No existe un único determinante de popularidad. Sin embargo, la aceptación cultural de las prácticas tradicionales, junto con las percepciones de asequibilidad, seguridad y eficacia, y el interrogatorio de los enfoques de la medicina alopática, todos ellos juegan un papel. En vista de este amplio apelativo, la falta general de investigación sobre seguridad y eficacia de las medicinas tradicionales es por lo tanto un tema importante de preocupación.

Se **necesita urgentemente** una estrategia sobre medicina tradicional:

Las agencias internacionales, nacionales y no gubernamentales siguen haciendo grandes esfuerzos para asegurar que los tratamientos seguros, eficaces y asequibles para una amplia gama de enfermedades estén asequibles allí donde más se necesiten. La OMS estima, sin embargo, que una tercera parte de la población mundial sigue sin tener acceso regular a fármacos esenciales, la cifra asciende hasta un 50% en las partes más pobres de África y Asia. Afortunadamente, en muchos países en vías de desarrollo, la medicina tradicional ofrece una fuente mayor y más accesible de atención sanitaria. El uso de la medicina tradicional en la atención sanitaria primaria, es sin embargo, en el tratamiento de enfermedades mortales, causa de preocupación. Todavía no se ha desarrollado una base de evidencia que apoye su uso seguro y eficaz.

Se **ha desarrollado una estrategia de medicina tradicional**:

En respuesta a esos desafíos, la OMS ha desarrollado una estrategia de medicina tradicional que permita que esta forma de atención sanitaria contribuya mejor a la seguridad sanitaria. Se centra en el trabajo con los Estados Miembro de la OMS para definir el papel de la medicina tradicional en las estrategias nacionales sanitarias, respaldando el desarrollo de las investigaciones clínicas en seguridad y eficacia de las medicinas tradicionales y defendiendo el uso racional de la medicina tradicional.

