



Universidad de Valladolid



DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE
MEDICINA TRADICIONAL 2014-2023 A NIVEL LOCAL:
DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SALUD PARA NIKKI, BENÍN

Trabajo de Fin de Grado en Medicina

Facultad de Medicina, Universidad de Valladolid



Autor: Miguel Ángel Rojo Pérez

Tutor: Ignacio Rosell Aguilar

Tutora honorífica: Verónica Casado Vicente



I. Resumen / Abstract.....	1
II. Palabras clave.....	1
III. Introducción.....	2
IV. Justificación.....	2
V. Objetivos.....	4
VI. Material y métodos.....	4
VII. Resultados.....	8
OE1: Análisis DAFO.....	8
OE2: Objetivos del programa.....	8
OE3: Actividades y Recursos.....	9
OE4: Evaluación.....	12
VIII. Discusión.....	15
IX. Conclusión.....	19
X. Aspectos éticos.....	20
XI. Agradecimientos.....	20
XII. Bibliografía.....	20
Anexo 1: Matriz de dominios del DAFO.....	23
Anexo 2: Esquema de actividades.....	24
Anexo 3: Cronología.....	26
Anexo 4: Recursos y Presupuesto	28
Anexo 5: Cartera Mínima de Servicios de Atención Primaria en Benín.....	44
Anexo 6: Cuestionario PCATool-China.....	48
Anexo 7: Dictamen favorable del CEIm Área de Salud Valladolid Este.....	52
Anexo 8: Póster.....	53

Siglas

APS: Atención Primaria en Salud	OMS: Organización Mundial de la Salud
CMS: Cartera Mínima de Servicios	PAS: Programa de Atención a la Salud
CSU: Cobertura Sanitaria Universal	PCATool: Primary Care Assessment Tool
DAFO: Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades	PMT: Practicante de Medicina Tradicional
MBE: Medicina Basada en la Evidencia	PNMT: Programa Nacional de Medicina Tradicional
MT: Medicina Tradicional	SNS: Sistema Nacional de Salud
OE: Objetivo Específico	TFG: Trabajo de Fin de Grado



Introducción: Para lograr una Cobertura Sanitaria Universal, la *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023* describe las medidas prioritarias a llevar a cabo por los Estados Miembros para integrar la Medicina Tradicional y Complementaria en sus sistemas de salud, buscando sinergias con la Medicina Basada en la Evidencia (MBE). Benín, con un 80% de usuarios de Medicina Tradicional (MT) en su población, ha desarrollado dicha estrategia en el marco legislativo, pero se enfrenta a múltiples dificultades para llevarla a la práctica en el territorio.

Objetivo: Creación de un Programa de Atención a la Salud que contribuya al desarrollo de la *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023* a nivel local en la Comuna de Nikki.

Material y métodos: Se partió de una fase diagnóstica sobre el papel de la MT en la atención en salud de la Comuna, el estudio de los principales problemas sanitarios a los que se enfrenta y el grado de cumplimiento de las Políticas Nacionales en MT. En base a ello, se elaboró el análisis DAFO, los objetivos, actividades, recursos, cronograma y evaluación del Programa de Salud.

Resultados: El análisis DAFO permitió extraer los principales aspectos sobre los que incidir para la creación de los objetivos y actividades del Programa de Salud. Éstas consisten en unos ciclos de formaciones conjuntas destinadas a reforzar y evaluar la capacidad de los Practicantes de la MT (PMT) para realizar actividades de Atención Primaria en Salud (APS), y a la mejora del conocimiento mutuo sobre las prácticas empleadas en ambas medicinas, tras lo cual considerar, en base a una evaluación que comprende 6 dimensiones, la participación de los PMT en la APS de la comuna atribuyéndoles una Cartera Mínima de Servicios.

Conclusión: Este Programa de Salud propone una correcta colaboración entre MT y MBE, tras estudiar el contexto socio-cultural y económico en el que se pretende instalar. Las formaciones conjuntas entre PMT y profesionales de la salud han demostrado ser un puente para crear equipos cohesionados, y aprovechar las oportunidades que los PMT ofrecen para dar un paso más en el camino hacia la Cobertura Sanitaria Universal en base a la estrategia de la OMS.

II. **Palabras Clave:** Programa de salud, Medicina tradicional, Benín.

Introduction: In order to reach Universal Health Coverage, the *WHO Strategy on Traditional Medicines 2014-2023* describes the main actions to be implemented for the integration of Traditional Medicines (TM) in the National Health Systems. Benin, with 80% of TM users among its population, has done great efforts to develop its National Policy in TM, but faces multiple difficulties to perform it over its territory.

Objective: Creation of a Healthcare Program which contributes to the development of the *WHO Strategy on Traditional Medicines 2014-2023* in the local context of Nikki, Benin.

Methods: The first stage consisted in diagnosing the starting situation by describing the role of TM in the Healthcare delivery of the region, the main health problems its population faces and the degree of accomplishment of the National Policy in TM. The next step used this information to elaborate the different sections of the Healthcare Program.

Results: The SWOT analysis divided the information we had into different fields to be addressed by the objectives and activities of the Healthcare Program. The key point of the program consists in a series of training sessions to strengthen and assess the capacity of traditional healers to carry out Primary Health Care activities, and improve the mutual knowledge of both medicines. The evaluation of the process through 6 different dimensions would consider the participation of traditional healers in Primary Health Care delivery assigning them a specific Portfolio.

Conclusion: This Healthcare Program establishes a method to reach a proper collaboration between TM and Evidence-Based Medicine, after studying the socio-cultural and economical background in which they co-exist. Training programs have proven to be a useful tool to bridge the gap between both medicines and create collaborative teams that include traditional healers to give a step closer towards Universal Health Coverage.

II. **Keywords:** Healthcare Program, Traditional Medicine, Benin.

III. Introducción



La Medicina Tradicional (MT) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “la suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales.”¹

La MT fue reconocida por primera vez en un foro global como recurso necesario para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud (APS) en la Declaración de Alma-Ata de 1978². Tras esta primera mención, han sido múltiples las apelaciones por parte de los Comités Regionales de la OMS a la Asamblea Mundial de la Salud, instándola a desarrollar una estrategia exhaustiva sobre MT a nivel global³. Estas recomendaciones sentaron los precedentes para la publicación en 2002 de la primera “Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2002-2005”⁴, que fue continuada en 2013 por su análoga de 2014-2023¹. Dicho documento se define como la guía orientativa para los Estados Miembros sobre las medidas prioritarias a llevar a cabo para integrar a la Medicina Tradicional y Complementaria en los Sistemas Nacionales de Salud (SNS) de los diferentes países, buscando sinergias con la Medicina Basada en la Evidencia (MBE)ⁱ.

La alianza entre MT y MBE puede ser un elemento relevante para la mejora de la salud en determinados países y circunstancias. Tanto es así que en países como Benín, con un notable déficit de cobertura sanitaria y con más de un 80% de usuarios de MT entre su población, ésta se convierte en un destacado recurso a considerar para aumentar el acceso a servicios sanitarios esenciales.

En Benín desde 1996, el Ministerio de Sanidad cuenta con una sección particular dedicada a la MT, llamada Programa Nacional de Medicina Tradicional (PNMT) cuyo objetivo fundamental es promocionar la integración de la farmacopea y la medicina tradicional en el SNS del país⁵. A partir de su creación, esta institución ha alcanzado numerosos logros en el proceso de institucionalización de la MT en Benín, que han conducido a la redacción y puesta en marcha en 2013 de una Política Nacional⁶ y un Marco Reglamentario de Prácticas⁷ que conllevan el culmen de este proceso hasta la fecha. De hecho, la OMS en su último informe global sobre la situación de la *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023*, menciona a Benín entre los únicos 13 países que ya poseen un plan nacional de integración de la MT en los servicios nacionales de salud.⁸

IV. Justificación



A pesar de todos estos avances en el plano administrativo, el PNMT ha evidenciado importantes limitaciones para lograr la aplicación práctica de estas regulaciones en la totalidad del país,

ⁱ En adelante emplearemos el término de Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en contraposición al de Medicina Tradicional. En esta expresión “evidencia” es un calco semántico erróneo del inglés, dónde significa *prueba científica*.

evidenciándose claras diferencias en la geografía nacional. Éstas se hacen palpables en el uso popular de la MT por parte de la población beninesa y sus practicantes, en particular en las regiones rurales y zonas más apartadas de los grandes focos de población, no estando sujetas a ninguna de las recomendaciones del gobierno.

Una de estas regiones donde las estrategias del PNMT aún no han alcanzado su aplicación práctica es la comuna de Nikki, al nordeste del país. Se trata de una región con una población de 151.231 habitantes⁹ según el último censo publicado, distribuida en pequeños núcleos de población rural dispersos en sus 3.000 km² de extensión, a excepción de las 2 principales aglomeraciones urbanas, Nikki y Sakabansi, que aglutinan a 35.000 y 20.000 habitantes respectivamente.

El número de profesionales acreditados de salud disponibles para suministrar atención sanitaria en esta población es de 74 profesionales, entre los cuáles se encuentran únicamente 11 médicos (1 médico por cada 13.312 habitantes), 58 enfermeras y 5 matronas⁹ situándose muy alejado de las recomendaciones de la OMS de 23 agentes cualificados por cada 10.000 habitantes¹⁰ (actualmente 5 por cada 10.000 habitantes en la comuna). Además, de los 11 médicos presentes en la Comuna, la mayoría trabajan en el Hospital de Zona (*Hospital Sounon-Sero*) y en clínicas privadas, dejando los centros de salud, y por extensión a la APS, a cargo de personal de enfermería, y en algunas ocasiones matronas o auxiliares de enfermería. A esta insuficiencia de recursos humanos en los servicios de salud, que disminuye su calidad, se suma la inadaptación de los pagos requeridos por estos servicios a los ingresos habituales de la población diana⁶. Todos los motivos anteriores contribuyen a que estos servicios de salud sean habitualmente considerados como un recurso secundario por parte de la población, y demandados sólo cuando la primera alternativa (la MT) no ha sido suficiente para controlar la enfermedad.

Las últimas referencias de la OMS afirman que más del 80% de la población de Benín recurre a la MT para tratar sus problemas de salud, localizándose en la media de la Región OMS-África⁴. Estos datos se refuerzan y actualizan con estudios llevados a cabo entre la población rural de la comuna de Nikki, donde ésta demanda asciende al 85%¹¹. En estos estudios también se han evidenciado datos fundamentales referentes al perfil epidemiológico y características de la práctica de la MT en la comuna de Nikki, descritos en previos Trabajos de Fin de Grado (TFGs) de estudiantes de la Universidad de Valladolid^{11, 12}. Toda esa recopilación de información presenta a la MT y sus practicantes como una figura clave para la atención de muchos de los problemas a los que se enfrenta la APS en la Comuna de Nikki.

Es por todo ello que se propone el presente Programa de Atención a la Salud (PAS), que siguiendo el espíritu de la Declaración de Alma Ata de 1978, enumera y desarrolla acciones concretas a llevar a cabo para la aplicación de la Estrategia de la OMS 2014-2023 y la Política Nacional de Benín sobre MT en la comuna de Nikki, a través de metodologías participativas e

inclusivas con los agentes de salud locales y de la administración, que nos permitan crear un sistema sanitario adaptado a la realidad cultural, social y económica de esta región, optimizando las sinergias entre MBE y MT, fundamental para la mejora de los indicadores sanitarios y de la comprensión y participación de la población en los cuidados en salud.

V. Objetivos



○ OG: Objetivo General:

Creación de un Programa de Atención a la Salud que contribuya al desarrollo de la *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023* a nivel local en la Comuna de Nikki, Benín.

○ OE: Objetivos Específicos:

OE1: Identificar las debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades sobre el papel de la Medicina Tradicional como refuerzo de la APS en la Comuna de Nikki.

OE2: Definir los objetivos del Programa de Atención a la Salud

OE3: Establecer las Actividades y la gestión de los Recursos para lograr dichos objetivos

OE4: Establecer el procedimiento de evaluación del Programa de Atención a la Salud

VI. Material y métodos



Para la consecución de los objetivos previamente expuestos, se ha creado un equipo de investigación formado por los siguientes integrantes:

- Investigadores principales: autor y tutores del TFG, estudiante y profesores de la Universidad de Valladolid.
- Equipo de investigación: completado por expertos locales en desarrollo comunitario de la ONG beninesa JEDES Besen Sia (*Nuestro futuro*, traducido de la lengua baâtonum).

A su vez, se ha propuesto una serie de órganos consultores:

- Programa Nacional de Farmacopea y Medicina Tradicional, Ministerio de Sanidad, Benín.
- Ayuntamiento de Nikki.
- Coordinación de la Zona Sanitaria Nikki-Kalalé-Péréré.
- Asociación de Practicantes de Medicina Tradicional de la Comuna de Nikki.

El nombramiento de dicha comisión ha sido consensuado por todos los miembros del equipo y comunicado a las autoridades locales y órganos consultores, siendo informados a su vez de los objetivos del proyecto, para lo cual han expresado su conformidad y su disposición a participar en las etapas sucesivas y en todas aquellas labores en las que se requiera su presencia.

El trabajo a llevar a cabo por el equipo de investigación se ha dividido en dos fases concatenadas:

Fase diagnóstica: en esta fase se pretende realizar un estudio de situación que reúna y amplíe la información disponible sobre:

1. Grado de cumplimiento de las políticas y recomendaciones nacionales sobre Medicina Tradicional en la comuna de Nikki.
2. Estudio del papel y la relevancia de la MT en la atención a la salud en la Comuna de Nikki.
3. Diagnóstico y priorización de problemas sanitarios de la comuna.

Cada una de estas dimensiones nos proporciona un necesario conocimiento de la situación de partida (punto 1), describiendo el papel actual de los recursos humanos disponibles en el ámbito (punto 2), para reenfocar sus acciones hacia una cobertura amplia y combinada con la MBE de los principales problemas sanitarios de Nikki (punto 3).

Para ello, se revisó el trabajo realizado por el equipo de investigación en años previos, cuyos resultados han dado lugar a varios TFGs de estudiantes de la Universidad de Valladolid, cada uno de ellos respondiendo a las preguntas de investigación necesarias, fundamentados en las siguientes herramientas para justificar la elaboración del presente PAS:

- Encuestas poblacionales¹²: proporcionan información sobre el grado de utilización de la MT en la población de Nikki respecto del resto de servicios de salud, sus características, razones de su uso y afecciones para las cuales se prefiere uno u otro sistema.
- Entrevistas semiestructuradas a informadores clave¹¹: dichos informadores clave se dividieron en dos grupos: el grupo primero integrado por los Practicantes de la Medicina Tradicional (PMTs) y el segundo por los agentes de salud y de la administración cubriendo el nivel comunal, nacional e internacional.

- Bloques temáticos de las entrevistas:

Descripción de la organización de la MT en la comuna: corrientes y prácticas actuales en MT, método de *formación* de PMTs, regulación a la que está sujeta etc.

Descripción del valor socio-cultural y filosofía de las prácticas: conceptos de salud y enfermedad, demanda y razones de uso, opinión percibida de la población, características epidemiológicas, alcance y límites etc.

Descripción de las interacciones entre MT y MBE: descripción de las relaciones pasadas y presentes, importancia percibida de establecer dicha interacción, posibles vías para llevarse a cabo etc.

- Revisión de los indicadores sanitarios⁹: permiten conocer el estado de salud de la comunidad e identificar los principales problemas y necesidades en salud.
- Revisión bibliográfica: rescatando estudios de diagnóstico y priorización de problemas sanitarios en la comuna de Nikki^{13, 14}, permite conocer el marco normativo sobre la práctica de la MT, así como el estudio de las iniciativas llevadas a cabo en este mismo ámbito.

Tras el estudio de las fuentes de información enumeradas previamente, se propuso el análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) sobre las características que presenta la MT para reforzar la APS suministrada actualmente por los servicios de salud públicos y privados en la Comuna de Nikki. Como instrumento se utilizó la Consulta Interna a los miembros del equipo de investigación y colaboradores del proyecto.

Los resultados se recogieron en un informe que fue presentado a todos los órganos consultores del proyecto, incluida una reunión con el Gabinete del Ministro de Sanidad de Benín, quienes propusieron continuar con la colaboración con la Universidad de Valladolid para el desarrollo de la fase de formulación del programa.

Fase de formulación: se procedió a la elaboración del Programa de Atención a la Salud (PAS) a través de sucesivas reuniones y trabajo simultáneo de los miembros del equipo de investigación, siguiendo el orden siguiente:

1. En consecuencia a la información obtenida con el análisis DAFO, se elaboraron los objetivos del programa priorizando las cuestiones más rentables desde un punto de vista costo-efectivo.
2. Con el foco puesto en la consecución de los objetivos fijados, se diseñaron las actividades del programa, junto con la gestión de los recursos, y el esbozo del presupuesto global.
3. La falta de referencias científicas sobre experiencias previas de evaluación de PAS implicando a los agentes de la MT, y las características de la presente propuesta, desembocaron en una búsqueda activa de métodos de evaluación que, garantizando la transparencia y la credibilidad de la misma, tengan en cuenta múltiples dimensiones incluyendo los indicadores de proceso propios del desarrollo de cualquier Programa de Atención a la Salud además de las cualidades atribuibles al buen funcionamiento de los servicios de APS, y estén abiertos a la práctica en otras regiones con adaptación al contexto local. Dicha adaptación al contexto local de Nikki ha comprendido la selección de un Primary Care Assesment Tool (PCATool)ⁱⁱ sencillo y comprensible por la población (PCATool-China), adaptando la formulación de varias preguntas del mismo. La selección de métodos evaluativos y confección del conjunto de intervenciones de evaluación del programa siguió el proceso de Consulta Interna ya mencionado anteriormente.
4. A continuación tuvo lugar un proceso de revisión del programa por vía telemática, con la participación de los órganos consultores y consideración de alternativas sobre las actividades propuestas.
5. Con el visto bueno de los órganos consultores y entidades colaboradoras se da por terminada la fase de planificación del PAS.

ⁱⁱ Encuesta validada para la evaluación de sistemas de Atención Primaria en Salud.

Debilidades

1. Ausencia de registros de practicantes de MT (PMT)
2. Ausencia de vigilancia de prácticas.
3. Medidas higiénicas deficientes.
4. Cuidados atendidos en el domicilio de los PMT con intrusión en su vida privada.
5. Ausencia de evidencia científica que refuerce buena parte de las prácticas.
6. Rol secundario en la atención gineco-obstétrica.
7. Poca representación femenina entre los PMT.
8. Desconocimiento sobre mecanismos de acción, dosis y posologías de los productos empleados.
9. No considera efectos adversos derivados de la atención suministrada.
10. Falta de organización entre los PMT.
11. Falta de precisión diagnóstica.
12. Ausencia de registro y seguimiento de pacientes.

Amenazas

1. Acciones de prevención y promoción de la salud no son llevadas a cabo en MT.
2. Límites entre ambas medicinas no bien definidos.
3. Negación de la base biológica de algunas enfermedades entre los PMT.
4. Los problemas de la MT no son considerados los mismos según los PMT y según los profesionales acreditados de salud de la comuna.
5. Desconocimiento del rol del Ministerio de Sanidad en la regulación de las prácticas.
6. Algunos PMT no valoran positivamente las formaciones recibidas en el pasado por el Programa Nacional de Medicina Tradicional (PNMT).
7. Los PMT no tienen sueldo y realizan a la vez otros trabajos.
8. Existencia de la figura de los “charlatanes” entre los PMT, con fines lucrativos.
9. Ligera tendencia hacia la MBE entre mujeres y jóvenes.
10. Crisis en la organización operativa de los PMT.
11. Riesgo de resistencia a la colaboración por parte de los sectores más tradicionales.
12. Ausencia de documentación escrita sobre las prácticas de las MT.
13. Dificultad creciente en el acceso a las plantas para sus cuidados.

Fortalezas

1. Primer nivel de atención en salud.¹¹
2. Excelente accesibilidad geográfica.
3. Figura del PMT es muy respetada en la comunidad y extrapolable a otras situaciones.
4. Excelente accesibilidad económica.
5. Acogida y trato mejor calificados que los de la MBE.
6. Considerada como “muy eficaz” por parte de la población y agentes claves de la comunidad.
7. Tratamiento preferente de: fracturas, hemorroides, mordeduras de serpiente y escorpión, fatiga, diarrea, dolor abdominal y malaria.
8. Muy ligado a la cultura local, con apoyo de sectores tradicionales presentes en las instituciones e importantes en la vida de la comunidad.
9. Los métodos han demostrado su eficacia y seguridad en diversas afecciones a través de la experiencia en su uso.

Oportunidades

1. Predisposición a colaborar en la elaboración de un registro de PMT.
2. Los PMT entrevistados desean recibir formaciones en diversas materias como medio para el alcance de las recomendaciones de la Política Nacional sobre MT.
3. Los PMT entrevistados manifiestan la necesidad de reforzar la organización y vigilancia de las prácticas de MT.
4. Algunos PMT han valorado muy positivamente las formaciones impartidas en el pasado por el PNMT y afirman que han tenido un impacto positivo en su manera de trabajar.
5. Agentes de la administración y PMT están de acuerdo sobre la necesidad de invertir para crear evidencia científica alrededor de las prácticas de MT.
6. Los PMT reconocen su desconocimiento en diversos aspectos de los productos que utilizan (mecanismos de acción, dosis...) y apoyan la investigación en ese campo.
7. Algunos PMT derivan pacientes a los centros de salud.
8. Tanto PMT como profesionales acreditados de salud coinciden en la importancia capital de establecer una colaboración entre ambos sistemas.
9. Los PMT tienen amplios jardines botánicos en donde poder concentrar sus prácticas.
10. Presencia continua de PMTs en todos los pueblos de la comuna.

Tabla 1.- Análisis DAFO sobre las características de la MT como refuerzo de la APS en Nikki



OE1: Análisis DAFO

Del análisis DAFO (véase *Tabla 1, pag. 7*) se extrajeron conclusiones que dan una visión amplia de la situación y las posibilidades de mejora en 4 aspectosⁱⁱⁱ, que se exponen a continuación:

- **Aspecto organizativo y de ordenación:** las principales menciones son las relativas a la ausencia de registro de Practicantes de Medicina Tradicional, la insuficiente vigilancia y control sobre las prácticas, la falta de organización y colaboración entre PMTs y con la Medicina Basada en la Evidencia y el desconocimiento y no aplicación de las regulaciones vigentes.
- **Aspecto formativo:** entre los que destacan la falta de conciencia sobre acciones de prevención y promoción de la salud, las medidas higiénicas, los principios activos, dosis, posologías y efectos adversos de los productos y la precisión diagnóstica.
- **Aspectos propios del valor socio-cultural de la práctica:** escasa representación femenina, crecientes dificultades en el acceso a las materias primas para los productos que emplean, la resistencia a la colaboración por parte de sectores más tradicionales y la intromisión de las prácticas en la vida privada de los PMTs, además de la no remuneración por el mismo.
- **Aspectos derivados del desconocimiento sobre la MT:** representada por la ignorancia sobre las prácticas empleadas en MT y la falta de evidencia científica al respecto, lo cual genera confusión sobre sus límites y sus diferencias con la MBE.

Esta presentación nos permite simplificar el tipo de actuaciones que serían necesarias para crear las condiciones necesarias para que la MT y la MBE puedan colaborar en la mejora de la APS en Nikki. Sobre estos aspectos se deben valorar múltiples dimensiones con el fin de priorizar nuestros esfuerzos sobre las acciones más rentables y factibles, y elaborar los objetivos del programa en consecuencia.

OE2: Objetivos del Programa

- Objetivo general:

Mejorar la salud de la población de Nikki mediante la optimización y consolidación del papel de la MT como refuerzo de los servicios vigentes de APS dispensados por el Sistema Nacional de Salud en la Comuna de Nikki.

- Objetivos específicos:

OE2.A: Mejorar la organización logística de la Asociación de PMTs

Meta 1.1: Creación de los estatutos de la Asociación de PMT.

ⁱⁱⁱ La Matriz de dominios del DAFO en función de las aseveraciones recogidas se muestra en el *anexo 1*.

Meta 1.2: Elaborar y actualizar periódicamente el registro de PMTs.

Meta 1.3: Instaurar una organización operativa para el correcto funcionamiento de la asociación y la aplicación de la Marco Reglamentario sobre MT vigente⁷.

OE2.B: Impartir un programa reglado de formaciones y plataformas de intercambio entre agentes del SNS y los PMTs sobre cuestiones relacionadas con la MT y la Atención Primaria en Salud

Meta 2.1: Reforzar las capacidades de los PMTs para llevar a cabo actividades de APS en la comuna de Nikki.

Meta 2.2: Aumentar el conocimiento mutuo sobre las prácticas empleadas en ambas medicinas.

OE2.C: Elaborar un protocolo de colaboración entre MT y MBE

Meta 3.1: Crear un convenio de colaboración entre la Coordinación de la Zona Sanitaria y la Asociación de PMTs para describir el papel de la MT en la atención sanitaria de la región.

Meta 3.2: Redactar la Cartera Mínima de Servicios (CMS) del Sistema Nacional de Salud atribuidos a los PMTs en la Comuna de Nikki.

OE3: Actividades y Recursos

Todas las actividades del PAS, incluida la evaluación, se pueden consultar de manera esquemática en el *anexo 2*. En este apartado desarrollaremos en detalle las actividades de los Objetivos Específicos 2.B y 2.C del PAS, siendo las del OE2.A actividades asignadas a la Asociación de PMTs, en las que el equipo de investigación tendrá un papel de consultor para adecuar la estructura y funcionamiento interno de la Asociación al desempeño de sus nuevas tareas.

Actividades del OE2.B: Impartir un programa reglado de formaciones y plataformas de intercambio entre agentes del SNS y los PMTs sobre cuestiones relacionadas con la MT y la APS.

La necesidad de reforzar competencias de los PMTs a través del aspecto formativo ha constituido un continuo durante toda la fase diagnóstica del programa, siendo considerado como una necesidad por parte de todos los agentes entrevistados¹² y por la Política Nacional sobre MT de Benín⁶.

Sin embargo los contenidos no han sido consensuados, y deben estar orientados hacia la consecución de la Meta 2.1. Es importante para ello realizar una revisión exhaustiva de la Cartera Mínima de Servicios de APS de Benín¹⁵ (*Anexo 5*) y, inspirándonos en experiencias previas consultadas en la literatura, orientar las formaciones hacia la adquisición de las competencias necesarias para llevar a cabo las actividades que prevean ser desempeñadas por los PMTs.

Es importante tener en cuenta que los problemas de la MT no son considerados los mismos por los PMTs y los profesionales acreditados de salud, tal y como se ha expuesto en el análisis DAFO,

y excluir alguna de ellas puede amenazar el éxito del programa. Por ello, el primer paso es la creación de dichos contenidos con participación de las partes implicadas.

Con ese fin se propone como punto de partida del programa la realización de una serie de reuniones entre la Asociación de PMTs, representantes de la Coordinación de la Zona Sanitaria y miembros del equipo de investigación para acordar las condiciones y contenidos de las formaciones.

Por parte del equipo de investigación, se propondrán como contenidos de las formaciones los aspectos a mejorar extraídos del estudio de las debilidades y carencias identificadas durante la fase de diagnóstico y análisis DAFO. Éstos han sido divididos en dos módulos, uno general que abarca el aspecto organizativo y formativo, y uno específico destinado a los aspectos derivados del desconocimiento sobre la MT:

- **Módulo general:** pretende alcanzar la Meta 2.1 del PAS, y por ello tiene como fin la capacitación de los PMTs para realizar múltiples actividades de la Cartera Mínima de Servicios en APS (*Anexo 5*). Entre ellas destacan actividades de Paquetes de Intervención como el *1.1 Servicios de salud preventiva familiar y WASH*, o el *1.4 Abordaje comunitario de enfermedades*, entre otros. Los asistentes a estas sesiones serán los PMTs, y los contenidos (resumidos en la *Tabla 2*) serán trabajados e impartidos conjuntamente por el equipo de investigación y profesionales acreditados de salud de la comuna. El apartado de “Formación complementaria” comprende un conjunto de sesiones en cuestiones como alfabetismo, métodos de cultivo o gestión, entre otras, que han demostrado mejorar la adecuación y éxito de programas de esta naturaleza, y cuya aplicación será valorada en función de la necesidad y demanda de los PMTs.

MÓDULO GENERAL	
Aspecto organizativo	Aspecto formativo
<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de políticas y estrategias nacionales sobre MT - Registro de prácticas e información sobre pacientes - Vigilancia y control de prácticas 	<ul style="list-style-type: none"> - Prevención y promoción de la salud - Higiene - Atención Primaria en Salud - Conceptos clínicos básicos - Formación complementaria

Tabla 2.- Propuesta de los contenidos del Módulo General de las formaciones.

- **Módulo específico:** persigue la Meta 2.2 del Programa de Atención a la Salud, con la cual se pretende aumentar el conocimiento mutuo sobre las prácticas empleadas en cada una de las medicinas, con el fin de vislumbrar las posibles vías de colaboración entre ambas. Los asistentes a estas sesiones serán tanto los PMTs como los profesionales acreditados de salud de la comuna, y los contenidos serán interactivos con la participación de ambas partes con el apoyo del equipo de investigación. Habrá un mínimo de dos sesiones por problema de salud, siguiendo la metodología expuesta en la *Tabla 3*. Para la selección de los problemas de salud abordados en este módulo, se ha tenido en cuenta una de las principales recomendaciones encontradas en la literatura que defiende la importancia de orientar las formaciones hacia las necesidades

fundamentales de la población diana. Es por ello que nos apoyamos en los trabajos de diagnóstico de salud¹³ y priorización de problemas sanitarios¹⁴ de la comuna de Nikki, así como los trabajos de descripción de la situación de la MT^{11, 12} como referencia para la selección de temáticas.

MÓDULO ESPECÍFICO	
Aspectos derivados del desconocimiento sobre la MT	
Temática	Metodología
<ul style="list-style-type: none"> - Patologías prioritarias para la Comuna: malaria, malnutrición y salud materno-infantil.^{14, 15} - Patologías más consultadas en MT: fracturas, diarrea, dolor abdominal, malaria... 	<p>SESIÓN 1: INTERCAMBIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Exposición de abordajes en MBE y MT - Intercambio de experiencias <p>SESIÓN 2: CONCLUSIONES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promover acciones preventivas - Establecer límites y criterios de derivación

Tabla 3.- Propuesta de los contenidos del Módulo Específico de las formaciones.

Para completar el trabajo iniciado en este módulo específico, los miembros del equipo de investigación acompañarán a los PMTs en sus labores asistenciales para evaluar las actitudes y competencias profesionales que van adquiriendo, y documentar las prácticas explicadas en las sesiones con las indicaciones que éstos les aporten, invitándoles a participar en la redacción de un catálogo de prácticas de MT de referencia. El inicio de la recopilación de las prácticas de MT para el tratamiento de las diversas afecciones es un punto de partida que se erige con los siguientes fines:

- Favorecer el registro y estudio científico de las prácticas en colaboración con los PMTs.
- Creación de una base de datos de referencia para la formación de nuevos PMTs.
- Contribuir a establecer los límites entre tratamientos tradicionales y basados en la evidencia, y perfeccionar los criterios de derivación entre ambas.

De este modo, las acciones de este bloque se exponen en la *Tabla 4:*

Acción 1: Preparación de las formaciones	Acción 2: Desarrollo de las formaciones del Módulo General	Acción 3: Desarrollo de las formaciones de los Módulos Específicos
Reuniones preparatorias con PMTs y profesionales acreditados de salud	Convocatoria de las formaciones	Convocatoria de las formaciones
Consenso sobre los contenidos	Registro de participación	Registro de participación
Planificación de sesiones, acuerdos sobre número de participantes y dispersión geográfica	Desarrollo de las sesiones sobre aspectos formativos y organizativos	Primeras sesiones formativas: intercambio
Elaboración e impresión de los materiales de apoyo	Acciones evaluativas	Acompañamiento de PMTs y recopilación de prácticas de MT
	Elaboración y entrega de certificados	Segundas sesiones formativas: conclusiones
	Desarrollo de sesiones de formación complementaria en función de la demanda	Acciones evaluativas
		Elaboración y entrega de certificados

Tabla 4.- Actividades del Objetivo Específico 2.B.

Actividades del OE2.C: Elaborar un protocolo de colaboración entre MT y MBE

Con posterioridad a las sesiones de formación del módulo específico, se creará una comisión conjunta entre profesionales acreditados de salud, equipo de investigación y PMTs con el fin de recoger las conclusiones derivadas de las formaciones y evaluación del programa.

La creación de esta comisión persigue la Meta 3.1 para acordar un convenio entre la Coordinación de la Zona Sanitaria y la Asociación de PMTs tras la realización de las formaciones y evaluación de la capacidad de los PMTs para llevar a cabo acciones de apoyo a la APS suministrada en la comuna. A su vez, el módulo específico habrá aproximado el conocimiento mutuo entre ambas epistemologías médicas permitiendo la delimitación de acciones de cada una en la atención de los problemas de salud prioritarios, elaborando protocolos de actuación conjuntos que promuevan una acción coordinada entre MT y MBE en su abordaje.

Finalmente se pretende delimitar la colaboración y describir el papel de la MT en la atención sanitaria de la región, teniendo en cuenta el contexto económico y estudiando métodos de recompensa a los PMTs por su trabajo. Esto se llevará a cabo mediante la creación, por parte de la comisión creada, de una CMS que recoja aquellas competencias que se otorgan a los PMTs en la Atención Primaria en Salud de Nikki (Meta 3.2). Dichos documentos deberán ser aceptados por todas las partes y enviados al Ministerio de Sanidad de Benín para su validación última.

Las acciones a llevar a cabo en este bloque se resumen a continuación en la *Tabla 5*:

Acción 1: Creación de la comisión mixta	Acción 2: Convenio de colaboración	Acción 3: Validación del proceso
Comunicación y convocatoria a todas las partes	Revisión de las formaciones y evaluación del programa	Redactar el informe final del programa
Establecimiento de las reglas y periodicidad de encuentros de la comisión	Propuestas de colaboración y validación de las mismas	Rúbrica del documento con firma por ambas partes (Asociación PMTs y Coordinación de Zona Sanitaria)
Reuniones	Elaboración del plan operativo y acuerdos económicos para su aplicación	Enviar al Ministerio de Sanidad para validación
	Redacción de la Cartera Mínima de Servicios atribuidos a los PMTs	

Tabla 5.- Actividades del Objetivo Específico 2.C.

La cronología, la gestión de recursos y el presupuesto para el desarrollo de las actividades aquí expuestas se pueden consultar en los *anexos 3 y 4*.

OE4: Evaluación

La evaluación propuesta para el PAS añade al esquema del instrumento validado por Cubas et al. 2017¹⁶, concebido para la evaluación transversal de los Servicios de Atención Primaria, dos

dimensiones adicionales para completar la evaluación de proceso y resultado de acuerdo al esquema de objetivos y actividades propuesto. Las dimensiones a evaluar son las siguientes:

1. Consideraciones de los usuarios como centro del proceso: evalúa las características del sistema de APS desde el punto de vista del paciente como usuario. Esto nos permite identificar las debilidades más sutiles del programa, susceptibles de revisión y mejora. La complejidad de esta dimensión nos obliga a utilizar un instrumento ya validado: PCATool-China¹⁷. Los PCATools son encuestas validadas, muy útiles para describir la manera en la que la APS es considerada por los pacientes y ofertada por los practicantes, las infraestructuras y los sistemas¹⁸. Aportan información sobre la atención de primer nivel, los cuidados continuos, el funcionamiento coordinado de los equipos sanitarios y la atención integral que recibe el usuario. La que se propone en este estudio fue validada en China en 2016, y ha sido elegida por su sencillez en la formulación de las preguntas y corta extensión, ideal para contextos de bajo perfil socio-educativo. Objetivo: obtener una muestra representativa de opiniones de los usuarios sobre la APS antes y después de la aplicación del PAS.

Metodología: realización de la encuesta^{iv} antes del inicio del programa y a los 6 meses de una vez terminado.

2. Organización de procesos centrado en las necesidades de los usuarios: evalúa la disponibilidad, polivalencia y cobertura de los servicios ofertados por el programa, y su adecuación al perfil epidemiológico de la población.

Objetivo: cuantificar la expansión de la Cartera Mínima de Servicios en APS en Nikki.

Metodología: revisión de la Cartera Mínima de Servicios tras la aplicación del PAS, y periódicamente como sistema de alerta de necesidades de salud cambiantes de la población.

3. Conexiones, competencias, capacidades y actitudes profesionales: esta dimensión nace de una serie de factores atribuibles a los servicios que los profesionales son capaces de ofrecer de acuerdo a su formación específica y grado de competencia.

Objetivo: evaluar la tasa de participación y el grado de adquisición de competencias y actitudes profesionales de los receptores del PAS.

Metodología: registros de asistencia, tests de conocimientos y competencias, y acompañamiento en la realización de sus tareas.

4. Ambiente organizativo: comprende el espacio físico, social, profesional e interpersonal evaluados de manera colectiva por el equipo de investigación. Permite la inclusión de ítems en relación directa con los lazos interprofesionales y el proceso organizativo.

Objetivo: monitorizar el funcionamiento del equipo de investigación y el grado de comunicación y complicidad alcanzado con los receptores del programa y la población diana.

Metodología: sesiones de evaluación conjunta.

^{iv} La encuesta con las modificaciones para su adecuación al contexto de Nikki se puede consultar en el *anexo 6*.

	Dimensión a evaluar	Indicadores	Herramientas y fuentes	PERIODO			Resultados esperados
				Pre	Durante	Post	
P R O C E S O	Conexiones, competencias, capacidades y actitudes profesionales	Tasa de participación en módulo general	PMT presentes / PMT diana		X		Participación del 60% de los PMT censados
		Tasa de participación en módulo específico	PMT presentes / PMT diana		X		Participación del 50% de PMT censados
	Ambiente organizativo	Ambiente y comunicación con la comunidad	Sesión de evaluación colectiva y consulta interna		X		Satisfacción de más del 75% de participantes y usuarios
	Grado de cumplimiento	Porcentaje de actividades realizadas con éxito	Revisión del registro de actividades		X		Realización del 100% de acciones prioritarias y 70% secundarias
R E S U L T A D O S	Consideraciones de usuarios como centro del proceso	Percepción de los usuarios sobre el sistema de APS	PCAtool- China (<i>anexo 6</i>)	X		X	Mejora de la percepción de los usuarios sobre el sistema de APS
	Organización de procesos centrado en las necesidades de los usuarios	Expansión de la CMS	Revisión de la CMS	X		X	Creación de una CMS que atribuya funciones a los PMTs
	Conexiones, competencias, capacidades y actitudes profesionales	Adquisición de competencias en funciones de APS de los PMTs	Tests de competencias. Checklist de aptitudes y competencias.		X		Adquisición de competencias en un 75% de los PMTs participantes en el programa
	Ambiente organizativo	Ambiente y comunicación con la comunidad	Sesión de evaluación colectiva y consulta interna		X	X	Satisfacción de más del 75% de participantes y usuarios
	Indicadores sanitarios	Indicadores sanitarios	Estadísticas sanitarias de la Oficina de Estadística	X		X	Mejora en los indicadores sanitarios
	Grado de cumplimiento	Porcentaje de actividades completadas	Revisión de memoria y registro de actividades			X	Realización del 100% de acciones prioritarias y 70% secundarias

Tabla 6.- Marco de evaluación del Programa de Atención a la Salud

5. Indicadores sanitarios: aporta evidencia científica que refuerza la utilidad de este tipo de programas como método de mejora cuantitativa de la salud de la población.

Objetivo: monitorizar los indicadores sanitarios seleccionados antes y después de la aplicación del programa.

Metodología: revisión de los datos aportados por la Oficina de Estadísticas Sanitarias de la Comuna de Nikki.

6. Grado de cumplimiento: revisa el porcentaje de actividades llevadas a cabo frente al total de actividades propuestas.

Objetivo: registrar las incidencias en el desarrollo del programa.

Metodología: libro de registro de actividades, con valoraciones sobre el grado de satisfacción con el desarrollo de las mismas.

Las actividades de evaluación del programa se pueden encontrar resumidas en la *Tabla 6, pag 14*.

VIII. **Discusión**



Importancia de la MT para conseguir una Cobertura Sanitaria Universal

Las iniciativas que persiguen la integración de la MT en los SNS no son exclusivas de este programa, y continúan la línea de trabajo propuesta por la OMS en su 13º Programa General de Trabajo 2019-2023¹⁹ hacia una Cobertura Sanitaria Universal (CSU), con el que alinea su estrategia hacia la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el Objetivo nº3: *Garantizar una vida sana y promover el Bienestar para todos en todas las edades*. Para ello, las Medicinas Tradicionales y Complementarias se han convertido en un actor que puede realizar una contribución significativa siendo incluidas en el proceso de provisión de cuidados sanitarios esenciales^{8,19}. El compromiso de la OMS con las MTs se ha incrementado progresivamente desde la Declaración de Alma Ata en 1978 hasta la actualidad, consolidándose con la reciente Declaración de Astana 2018, en la que se insiste en la importancia de conjugar conocimientos científicos y tradicionales para el éxito de la APS, además de extender el acceso a otros servicios de salud, como la MT, garantizando su calidad, seguridad, efectividad y accesibilidad²⁰. Múltiples expresiones en la literatura avalan esta declaración, alegando que para construir sistemas sanitarios resilientes tenemos que movilizar todos los recursos comunitarios a nuestro alcance²¹, para lo cual la MT es uno de los más accesibles y aceptados por las poblaciones africanas²².

No hay que olvidar que el pluralismo médico propio de los sistemas sanitarios africanos (representado por el amplio abanico de MT y complementaria que alberga), se relaciona con unos costes sanitarios elevados, un mayor retraso en diagnóstico y tratamiento, y una mayor toxicidad de los productos. Este hecho se ha relacionado con la falta de entendimiento y colaboración entre MBE y MT, de tal manera que ese pluralismo, aunque deletéreo, sigue vivo ya que es el único camino para aquellos que se adhieren a creencias indígenas en la atención en salud.²³

El rechazo a la MBE en estos ambientes se relaciona tradicionalmente con su visión como medio de conversión religiosa, propia de la época colonial, y se ha perpetuado hasta la actualidad como un elemento de resistencia cultural, apoyada por la ineficiente construcción de la cultura biomédica en estas poblaciones. Nuestros estudios aportan la constatación de que en Nikki los principales motivos de rechazo son los elevados costes económicos y la mala hospitalidad recibida por este tipo de medicina, sumada a las buenas experiencias con métodos de MT¹². En la actualidad, la cultura biomédica se ha metamorfoseado en una manera de entender y representar la enfermedad libre de interpretaciones culturales, que precisamente por ello, tiene especiales dificultades en acceder a los sectores más tradicionales.²³ Colaborar con los PMTs en terreno puede elucidar estas dificultades y crear sistemas de intercambio de conocimiento que refuercen ambas epistemologías²². Este acercamiento a la cultura por parte de la interpretación biomédica de la enfermedad, puede contribuir sustancialmente al alcance de la CSU.

El estancamiento y falta de reconocimiento de la MT se puede también relacionar con las restricciones de las leyes coloniales, la falta de documentación y la adopción del estilo de vida occidental por los sectores más jóvenes. A pesar de ello se ha mantenido muy presente gracias a que su ejercicio tiene en cuenta tanto las creencias culturales como la realidad económica en la que viven las poblaciones de África Sub-sahariana²². Tanto es así que en zonas rurales, el ratio de médicos por habitante asciende hasta 1/40.000, frente al de 1 PMT por cada 500 habitantes²⁴, y el uso de MT en todo el continente se mantiene en una media del 58,2%²⁵, llegando al 88% en casos como Zambia²⁶, y al 85% en Nikki según los datos recogidos en la fase diagnóstica¹².

El Informe Global de la OMS sobre Medicina Tradicional y Complementaria 2019⁸, refleja un avance sustancial de la Región África en la elaboración de políticas y regulaciones en el ámbito de la MT a todos los niveles, colocándose por encima de la media global. Su desafío actual se centra en la aplicación práctica de estos métodos de regulación y registro de prácticas tradicionales, como siguiente paso en la cadena de integración de la MT en los SNS. Para ello, presenta una gran oportunidad de aprender de la experiencia de otras regiones como Asia²⁷, e involucrar a los agentes más arraigados física, social y culturalmente en la vida de las comunidades, y por tanto con una posición más aventajada para generar impacto positivo en la salud de éstas.

Metodologías para la creación de programas de inclusión de MT en los SNS

Si atendemos a la literatura previa, observamos que la evolución en este ámbito se caracteriza por una gran heterogeneidad tanto geográfica como metodológica. La mayoría de estudios descriptivos sobre la situación de la MT africana publicados se centran en unos pocos países (Ghana, Uganda, Nigeria y República Sudafricana), y la mayoría de experiencias que pretenden alcanzar una colaboración entre MT y MBE focalizan su atención en aspectos muy específicos de la Atención en Salud, que hasta ahora han sido fundamentalmente el VIH, la salud materno-infantil²⁵ y la salud mental^{23, 28}.

Siguiendo esa idea, esta focalización sobre problemas sanitarios prioritarios ha sido empleada como estrategia para hacer efectiva esta colaboración, generando lazos entre MT y MBE para su control.²³ Como ejemplo de esto se ha expuesto la lucha contra el VIH en Sudáfrica, que ha reunido muchas de estas iniciativas. En ella, la Medicina Basada en la Evidencia ha sido útil para su diagnóstico y tratamiento preciso (atendiendo a las causas inmediatas o proximales de la enfermedad), mientras que la MT adquiriría el rol de seguimiento de los pacientes, prevención y control de la transmisión de la enfermedad (haciéndose cargo de las causas últimas o distales).^{29,}
³⁰ En la actualidad, se argumenta la necesidad de extrapolar esa colaboración a otros sectores de la Atención en Salud en el país, como siguiente paso a dar en esta estrategia.³¹

Por otro lado, hay experiencias que en vez de centrarse en problemas específicos, recomiendan abordar esa colaboración de manera transversal, considerando dos áreas cómo relacionadas pero diferentes dentro de la MT durante los procesos de integración en los SNS: los PMTs como trabajadores de la salud, con la tarea de definir su rol en la cadena de atención sanitaria, y los medicamentos tradicionales como productos medicinales, para garantizar su seguridad y eficacia.²³ De nuevo, Sudáfrica es en este sentido el país aventajado que está dando pasos hacia la diferenciación de ambas esferas y su institucionalización^{32, 33}. En nuestro programa, basándonos en esa premisa, proponemos una aproximación en dos momentos: uno primero priorizando en trabajar el rol de los PMTs para generar una relación de respeto y confianza mutua, y en un segundo momento, involucrar a los PMTs en la aplicación de las medidas necesarias para el control y vigilancia de los productos medicinales tradicionales.

Para la primera de estas dos áreas, las medidas adoptadas en los estudios publicados se canalizan a través de programas de formaciones con los PMTs, base sobre la que se cimienta el programa de salud que presentamos. La OMS publicó en 1995 un manual con recomendaciones sobre cómo deben desarrollarse estas formaciones³⁴, en base a experiencias en diferentes puntos del planeta, de las cuáles extrajo unas conclusiones pertinentes para su aplicación a escala global. Tras 25 años de su publicación, creemos que una actualización de este documento con las experiencias recientes podría contribuir de manera muy valiosa a la fase en la que se encuentra la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023, sin embargo los datos aportados por el mismo siguen siendo muy relevantes e inspiradores hoy en día, ya que demostró que estas estrategias son capaces de mejorar tanto indicadores sanitarios como la salud percibida por las poblaciones diana.

Las referencias previas y otros estudios más recientes coinciden en ofrecer formación a los PMTs en múltiples aspectos. Algunos de los más extendidos son la APS, el reconocimiento de signos de riesgo^{22, 23, 34} y el conocimiento de las políticas³⁵. Por otro lado, aquellas formaciones que incluían contenidos complementarios a los conocimientos médicos, como formaciones en alfabetismo, métodos de cultivo, higiene, generación de beneficios... contribuyeron no solo a mejorar la calidad de vida de los participantes, sino a un mejor registro de pacientes y mejora en las habilidades

comunicativas de los PMTs. En algunos estudios incluso se ha apreciado que no tener en cuenta la realidad económica en la que viven los PMTs ha estado directamente ligado al fracaso de las intervenciones, por lo que se recomienda llevar a cabo una planificación conjunta con la comunidad sobre los métodos de recompensa a los PMTs por su trabajo.³⁴

Otros formatos adoptados son los de foros de intercambio de experiencias entre PMTs y profesionales acreditados de salud³⁶ que, aunque no hayan derivado en la implementación de colaboraciones efectivas, pueden servir como método complementario en el proceso hacia mejorar el conocimiento mutuo. En todos los casos, los PMTs han demostrado interés en aprender incluso tienen iniciativa propia de derivar a hospitales en ciertos casos, mientras que al revés esto no ocurre.^{37, 38}

En el desarrollo de estas formaciones, se ha demostrado fundamental involucrar a la comunidad en la planificación de las mismas y el proceso de toma de decisiones, así bien, aquellos proyectos que han orientado las formaciones hacia la cobertura de las necesidades locales más inmediatas en salud han obtenido mayor aceptación y sostenibilidad. Esto nace del diagnóstico de la situación previo al diseño de las formaciones, orientado a identificar las expectativas de los participantes y los problemas sanitarios que enfrenta la comunidad³⁹, y de conseguir movilizar la participación de los gobiernos y administraciones en salud para alinear los objetivos de estos programas con las directrices oficiales de suministro de APS en las comunidades diana.³⁴ Una conjugación de todas estas experiencias es lo que se ha pretendido alcanzar con el diseño del actual programa.

Los principales obstáculos encontrados en el desarrollo de estas prácticas han estado relacionados con las posturas escépticas de los profesionales acreditados de salud hacia la MT y la hostilidad generada entre ambas por esa percepción de supremacía de la MBE, que han limitado la efectividad de las intervenciones. Por ello se recomienda realizar un esfuerzo para conectar intelectualmente con métodos tradicionales y su entendimiento de las enfermedades, y aumentar el conocimiento de los profesionales acreditados de salud en MT, lo que puede derivar en trabajos colaborativos para evaluarlos y perfeccionarlos conjugando ambos sistemas de conocimiento.^{22, 23, 34} La psiquiatría ha sido la especialidad que ha presentado una actitud más positiva sobre el trabajo de los MT, y una mayor tasa de éxito en los estudios publicados.^{38, 40} En nuestro caso, el diagnóstico de situación ha dibujado un escenario favorable en este aspecto, ya que 15 de los 16 agentes de salud y administración entrevistados han denotado un profundo respeto hacia la MT¹¹. Sin embargo, las formaciones conjuntas y foros de intercambios de experiencias que proponemos son fundamentales para establecer esa relación de confianza y mutuo respeto.

El seguimiento y evaluación de competencias que hemos incluido en el programa, es un método que ya ha demostrado su utilidad como sistema para discernir entre los PMTs aptos para colaborar en los programas con la MBE y aquellos que presentan diferencias ideológicas

demasiado polarizadas respecto a la APS, que traducen en imposible su participación.^{22, 34} Además, esta evaluación permite modificar los planes durante su ejecución, a partir de los errores identificados gracias a este seguimiento. Los métodos de evaluación de este tipo de programas, sin embargo, carecen de referencias a las que dirigirse, con excepción de experiencias aisladas, como las de Ghana o Mali^{34, 41}, razón por la cual nos hemos visto obligados a buscar en la literatura herramientas validadas en otros entornos.

La herramienta propuesta por Cubas et al.¹⁶ para la evaluación de sistemas de Atención Primaria, resulta muy adecuada en este contexto ya que evalúa de manera holística múltiples cualidades que debe presentar un sistema de APS. En consecuencia, es probable que la evaluación de partida presente múltiples deficiencias como Sistema integral de APS, debido al bajo grado de realización del que parte en la Comuna de Nikki, pero será capaz de mostrarnos los aspectos que hayan salido reforzados o perjudicados de este trabajo con la MT. En la primera de sus dimensiones “*consideraciones de usuarios como centro del proceso*”, el PCATool-China ha demostrado, manteniendo su validez, ser una de las versiones más sencillas y aptas para entornos de bajo nivel socioeducativo.¹⁷ Por último, añadimos al esquema la medida de los indicadores sanitarios, ya que desde los estudios de la OMS en 1995, la mejora cuantitativa en la salud de las poblaciones posterior a colaboraciones con MT está casi ausente en la literatura.

En la segunda de estas áreas, la del control de los productos medicinales, se ha demostrado que la colaboración efectiva entre medicina biomédica y MT mejoran la seguridad y el control de las interacciones entre medicamentos y productos fitoterapéuticos²⁵, que en algunos casos han sido descritos y podrían conllevar importantes consecuencias negativas para la salud^{42, 43}.

Resulta también relevante la apreciación de que los usuarios de MT suelen ocultar esta información a sus médicos de atención primaria por miedo a generar actitudes negativas o recibir peor atención por ese hecho, lo que denota un peligro pues se ha relacionado con la escasa declaración de efectos secundarios de los productos de MT.^{25, 26} Para hacer frente a ese hecho, la OMS ha hecho públicas las guías sobre monitorización de seguridad de productos a base de plantas en sistemas de farmacovigilancia⁴⁴. Una adecuada colaboración entre MT y MBE para su correcta aplicación representa una prioridad en el ámbito, y es por ello que en nuestro programa consideramos que estas medidas deben implementarse una vez quede definido el papel de los PMTs en la atención en salud y se les hayan conferido ciertas responsabilidades.

IX. Conclusión



En este trabajo se ha diseñado un Programa de Salud que pretende establecer una correcta colaboración entre MT y MBE, basada en el estudio del contexto en el que se pretende establecer y de la adecuada participación de la comunidad a la que está dirigida en el proceso de creación. Como consecuencia de este trabajo, estos esfuerzos deben resultar en equipos cohesionados que

se propongan aprovechar el potencial de cada uno para el beneficio del paciente y la comunidad en la que viven.²² Para alcanzar ese objetivo, las formaciones conjuntas han demostrado ser un puente a partir del cual conectar intelectualmente a los practicantes de ambos tipos de medicina, como medio para aunarlos en la lucha por el mantenimiento de la salud en sus poblaciones.

Ya se elija una vía focalizada en prioridades sanitarias o una que aborde la colaboración de manera transversal, en las experiencias que han logrado conseguir una colaboración efectiva entre ambas, la MT suele adquirir el rol de una terapia complementaria más que alternativa, que contribuye a aportar una actitud más holística hacia la salud, complementando los servicios de cuidados biomédicos especializados.⁴⁵

Entre las funciones de estos equipos, destacan la creación de sistemas de derivación establecidos entre ambas, con información registrada de los pacientes en todos los eslabones de la cadena, y seguimiento conjunto de los pacientes, así como el desarrollo coordinado de actividades de prevención y promoción de la salud. Por último, se debe aspirar a la creación de equipos combinados de investigación para continuar con el proceso de mejora de la calidad y seguridad de los productos y las prácticas tradicionales^{22, 34}. Esta tarea es posible y ya se ha implementado en países como Etiopía³⁵ y Sudáfrica⁴⁶, ambos con resultados muy esperanzadores, y es el objetivo que persigue este programa.

X. Aspectos éticos



El presente trabajo cuenta con la aprobación del Comité Ético de Investigación del Área de Salud de Valladolid Este y el beneplácito del Ministerio de Sanidad de Benín para su realización.

El autor declara no presentar conflicto de intereses.

XI. Agradecimientos



Quiero agradecer a todas las personas que han participado en el equipo de investigación y miembros de JEDES: Sam, Habirou, Zoulik, Younnus, Razack, Hadi y a ti Abdour Rahman, que nos has dejado demasiado pronto, pero jamás dejarás de formar parte de nosotros. A mi gran familia de Nikki. A la asociación de PMTs de Nikki y a los estudiantes de la UVa que con sus TFGs han permitido sentar las bases para la elaboración de este proyecto. A mis tutores Ignacio Rosell y Verónica Casado por su apoyo técnico en la creación del programa. A Marina, que ha sentido este proyecto como suyo siempre aunque desde la distancia, y a mis padres por su apoyo incondicional en todo momento.

XII. Bibliografía



1. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. 72 p.
2. Declaration of Alma-Ata. The Lancet. 1978; 312(8098):1040-1.

3. Organización Mundial de la Salud. Comité Regional de África. [Internet]. Ouagadougou, Burkina Faso, 2000. Promoting the role of traditional medicine in health systems: A strategy for the African Region [citado 26 de abril 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/95467/AFR_RC50_9.pdf?sequence=1&isAllowed=y
4. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. 78 p.
5. Ministère de la santé du Bénin [Internet]. [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://sante.gouv.bj/>
6. Roch H. Politique Nationale de la Médecine Traditionnelle. Cotonou, Benin: Ministerio de Sanidad de Benín; 2013. 37 p.
7. Roch H. Cadre réglementaire des praticiens, des pratiques de la médecine traditionnelle et des médicaments issus de la pharmacopée traditionnelle au Bénin. Cotonou, Benin: Ministerio de Sanidad de Benín; 2013. 81 p.
8. World Health Organization, editor. WHO global report on traditional and complementary medicine, 2019. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2019. 226 p.
9. Lafia O. Plan de Développement Communal (PDC) 2017-2021. Commune de Nikki: Département du Borgou. Ciradel. Ministère de la Décentralisation et de la Gouvernance Locale. Cotonou. 2017.
10. OMS | El personal sanitario es imprescindible para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.who.int/hrh/workforce_mdgs/es/
11. Calle MM, Redondo S. Aproximación a la situación actual de la Medicina Tradicional en Nikki, Benín. Universidad de Valladolid. Valladolid. 2019
12. Gonzalez A, Almaraz A. Análisis de la situación de la Medicina Tradicional en Nikki (Benín) y su relación con la Medicina Moderna. Universidad de Valladolid. Valladolid. 2019
13. Diego I, Casado V. Diagnóstico de salud comunitario: Comuna de Nikki, Benín. Universidad de Valladolid. Valladolid. 2018.
14. López A, Rosell I, Almaraz A. Establecimiento de prioridades de planificación sanitaria para cooperación al desarrollo en Nikki (Benín). Universidad de Valladolid. Valladolid. 2018.
15. Takpara I. Paquets d'interventions à haut impact par niveau de soins pour l'atteinte des OMD au Bénin. Cotonou, Bénin: Ministerio de Sanidad de Benín; 2010. 56 p.
16. Cubas MR, Faoro NT, Moysés ST, Carvalho DR. Evaluation of Primary Health Care: validation of an instrument to analyze the performance of services. *Saúde debate* [internet]. 2017. [citado el 3 de Mayo de 2020] 41(113):471-485. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711310>
17. Mei J, Liang Y, Shi L, Zhao J, Wang Y, Kuang L. The Development and Validation of a Rapid Assessment Tool of Primary Care in China [Internet]. Vol. 2016, *BioMed Research International*. Hindawi; 2016 [citado 26 de abril de 2020]. p. e6019603. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/bmri/2016/6019603/>
18. Smith M, Health JBS of P. The Johns Hopkins Primary Care Policy Center - PCA Tools [Internet]. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: https://www.jhsph.edu/research/centers-and-institutes/johns-hopkins-primary-care-policy-center/pca_tools.html
19. Thirteenth General Programme of Work 2019-2023 [Internet]. [citado 26 de abril de 2020]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018. 60 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/324775/WHO-PRP-18.1-eng.pdf>
20. Declaration of Astana [Internet]. [citado 26 de abril de 2020]. Astana, Kazakhstan: Organización Mundial de la Salud y UNICEF; 2018. 12p. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>
21. Tumusiime P, Nabyonga Orem J, Karamagi H, Lehmann U, Elongo T, Nikiema J-B, et al. Resilient health systems for attaining universal health coverage. *BMJ Glob Health*. 2019; 4:e002006.
22. Kasilo OM, Wambebe C, Nikiema JB, Nabyonga-Orem J. Towards universal health coverage: advancing the development and use of traditional medicines in Africa. *BMJ Glob Health*. 2019; 4:e001517.
23. Moshabela M, Zuma T. Bridging the gap between biomedical and traditional health practitioners in South Africa. *South Afr Health Rev*. 2016; 2016:83.
24. Abdullahi AA. Trends and challenges of traditional medicine in Africa. *Afr J Tradit Complement Altern Med AJTCAM*. 2011;8(5 Suppl):115-23.
25. James PB, Wardle J, Steel A, et al. Traditional, complementary and alternative medicine use in Sub-Saharan Africa: a systematic review. *BMJ Glob Health* 2018;3:e000895.
26. Stekelenburg J, Jager BE, Kolk PR, Westen EHMN, van der Kwaak A, Wolffers IN. Health care seeking behaviour and utilisation of traditional healers in Kalabo, Zambia. *Health Policy Amst Neth*. 2005;71(1):67-81.

27. Sheikh K, Josyula LK, Zhang X, Bigdeli M, Ahmed SM. Governing the mixed health workforce: learning from Asian experiences. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2017 [citado 26 de abril de 2020];2(2). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5435263/>
28. Perceptions of the Traditional Health Practitioner's role in the management of mental health care users and occupation: a pilot study [Internet]. [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2310-38332014000100005
29. Flint A, Payne J. Reconciling the Irreconcilable? HIV/AIDS and the Potential for Middle Ground Between the Traditional and Biomedical Healthcare Sectors in South Africa. *Forum Dev Stud.* 2013;40:47-68.
30. Shuster JM, Sterk CE, Frew PM, del Rio C. The cultural and community-level acceptance of antiretroviral therapy (ART) among traditional healers in Eastern Cape, South Africa. *J Community Health.* 2009;34(1):16-22.
31. Roubaix M de. The decolonialisation of medicine in South Africa: Threat or opportunity? *S Afr Med J.* 2016;106(2):159-61.
32. Ngcobo M, Nkala B, Moodley I, Gqaleni N. Recommendations for the Development of Regulatory Guidelines for Registration of Traditional Medicines in South Africa. *Afr J Tradit Complement Altern Med.* 2011;9(1):59-66.
33. Pinkoane MG, Greeff M, Koen MP. A Model for the Incorporation of the Traditional Healers into the National Health Care Delivery System of South Africa. *Afr J Tradit Complement Altern Med.* 2012;9(3 Suppl):12-8.
34. Hoff W. Traditional Practitioners as Primary Health Care Workers. Ginebra: World Health Organization Division of Strengthening of Health Services and Traditional Medicine Programme; 1995. 147 p.
35. Abyot E, Zewdu B, Mohammedberhan AW, Mulugeta F. Capacity Buildings of Traditional Medicine Practitioners' as a Primary Health Care Workers in Gondar Town, Northwest Ethiopia. *J Homeopathy Ayurvedic Med* [Internet]. 2014 [citado 26 de abril de 2020];03(03). Disponible en: <http://www.omicsgroup.org/journals/capacity-buildings-of-traditional-medicine-practitioners-as-a-primary-health-care-workers-in-gondar-town-northwest-ethiopia-2167-1206.1000151.php?aid=27091>
36. Musyimi CW, Mutiso VN, Nandoya ES, Ndetei DM. Forming a joint dialogue among faith healers, traditional healers and formal health workers in mental health in a Kenyan setting: towards common grounds. *J Ethnobiol Ethnomedicine* [Internet]. 2016 [citado 26 de abril de 2020];12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4705751/>
37. Campbell-Hall V, Petersen I, Bhana A, Mjadu S, Hosegood V, Flisher AJ, et al. Collaboration between traditional practitioners and primary health care staff in South Africa: developing a workable partnership for community mental health services. *Transcult Psychiatry.* 2010;47(4):610-28.
38. Sorsdahl K, Stein DJ, Flisher AJ. Traditional healer attitudes and beliefs regarding referral of the mentally ill to Western doctors in South Africa. *Transcult Psychiatry.* 2010;47(4):591-609.
39. Lampiao F, Chisaka J, Clements C. Communication Between Traditional Medical Practitioners and Western Medical Professionals. *Front Sociol.* 2019;4.
40. Berg A. Ancestor reverence and mental health in South Africa. *Transcult Psychiatry.* 2003;40(2):194-207.
41. Diallo D, Koumare M, Traore AK, Sanogo R, Coulibaly D. Collaboration between Traditional Health Practitioners and Conventional Health Practitioner: The Malian Experience. *Afr Health Mon.* 2003; 4(1): 35-36.
42. Izzo AA, Ernst E. Interactions between herbal medicines and prescribed drugs: an updated systematic review. *Drugs.* 2009;69(13):1777-98.
43. Kamsu-Foguem B, Foguem C. Adverse drug reactions in some African herbal medicine: literature review and stakeholders' interview. *Integr Med Res.* 2014;3(3):126-32.
44. Organization WH. WHO guidelines on safety monitoring of herbal medicines in pharmacovigilance systems [Internet]. World Health Organization; 2004 [citado 26 de abril de 2020]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43034>
45. Stratton TD, McGivern-Snofsky JL. Toward a sociological understanding of complementary and alternative medicine use. *J Altern Complement Med N Y N.* 2008;14(6):777-83.
46. Peltzer K, Mngqundaniso N, Petros G. A Controlled Study of an HIV/AIDS/STI/TB Intervention with Traditional Healers in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Behav.* 2006;10(6):683-90.



DOMINIO 1: Aseveraciones sobre ASPECTOS ORGANIZATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de registros de practicantes de MT (PMT) • Ausencia de vigilancia de prácticas. • Falta de organización entre los PMT. • Ausencia de registro y seguimiento de pacientes. • Desconocimiento del rol del Ministerio de Sanidad en la regulación de las prácticas. • Crisis en la organización operativa de los PMT. • Predisposición a colaborar en la elaboración de un registro de PMT. • Los PMT entrevistados manifiestan la necesidad de reforzar la organización y vigilancia de las prácticas de MT. • Tanto PMT como agentes de salud coinciden en la importancia capital de establecer una colaboración entre ambos sistemas. • Algunos PMT derivan pacientes a los centros de salud. • Existencia de la figura de los “charlatanes” entre los PMT, con fines lucrativos.
DOMINIO 2: Aseveraciones sobre ASPECTOS FORMATIVOS
<ul style="list-style-type: none"> • Medidas higiénicas deficientes. • Desconocimiento sobre mecanismos de acción, dosis y posologías de los productos empleados. • No considera efectos adversos derivados de la atención suministrada. • Falta de precisión diagnóstica. • Acciones de prevención y promoción de la salud no son llevadas a cabo en MT. • Algunos PMT no valoran positivamente las formaciones recibidas en el pasado por el PNPMT. • Los PMT reconocen su desconocimiento en diversos aspectos de los productos que utilizan (mecanismos de acción, dosis...) y apoyan la investigación en ese campo. • Algunos PMT han valorado muy positivamente las formaciones impartidas en el pasado por el PNPMT y afirman que han tenido un impacto positivo en su manera de trabajar. • Los PMT entrevistados desean recibir formaciones en diversas materias como medio para el alcance de las recomendaciones de la Política Nacional sobre MT
DOMINIO 3: Aseveraciones sobre ASPECTOS PROPIOS DEL VALOR SOCIO-CULTURAL DE LA PRÁCTICA
<ul style="list-style-type: none"> • Los PMT tienen amplios jardines botánicos en dónde poder concentrar sus prácticas. • Presencia continua de PMTs en todos los pueblos de la comuna. • Dificultad creciente en el acceso a las plantas para sus cuidados. • Riesgo de resistencia a la colaboración por parte de los sectores más tradicionales. • Los PMT no tienen sueldo y realizan a la vez otros trabajos. • Poca representación femenina entre los PMT • Cuidados atendidos en el domicilio de los PMT con intrusión en su vida privada. • Ligeras tendencias hacia la MM entre mujeres y jóvenes.
DOMINIO 4: Aseveraciones sobre ASPECTOS DERIVADOS DEL DESCONOCIMIENTO DE LA MT
<ul style="list-style-type: none"> • Agentes de la administración y PMT están de acuerdo sobre la necesidad de invertir para crear evidencia científica alrededor de las prácticas de MT. • Los problemas de la MT no son considerados los mismos según los PMT y según los agentes de salud de la comuna. • Límites entre ambas medicinas no bien definidos. • Ausencia de evidencia científica que refuerce buena parte de las prácticas. • Rol secundario en la atención gineco-obstétrica. • Ausencia de documentación escrita sobre las prácticas de las MT.



OE2.A: Mejorar la organización logística de la Asociación de PMTs	
Acción 1: Formalización de la Asociación de PMTs	A1.1- Reuniones preparatorias para formalizar la asociación
	A1.2- Sesión de formalización de la Asociación en presencia de las instituciones competentes
Acción 2: Funcionamiento operativo de la Asociación de PMTs	A2.1- Acordar las condiciones para elaborar y actualizar periódicamente el registro de PMTs: roles, condiciones, cronología, certificación y validación.
	A2.2- Elegir la estructura organizativa y ordenación territorial de los PMTs
	A2.3- Organización del trabajo en el jardín botánico
	A2.4- Crear el reglamento de ordenación interna de la Asociación
	A2.5- Redacción de los estatutos definitivos y puesta en práctica
Acción 3: Vigilancia y optimización de las estructuras creadas	A3.1- Sesiones de vigilancia del funcionamiento de las estructuras creadas
	A3.2- Reestructurar los puntos débiles identificados en la fase de monitorización y evaluación
	A3.3- Redactar el informe del programa
OE2.B: Impartir un programa reglado de formaciones y plataformas de intercambio entre agentes del SNS y los PMTs sobre cuestiones relacionadas con la MT y la Atención Primaria en Salud	
Acción 1: Preparación de las formaciones	B1.1- Reuniones preparatorias con PMTs y profesionales acreditados de salud
	B1.2- Consenso sobre los contenidos
	B1.3- Planificación de sesiones, acuerdos sobre número de participantes y dispersión geográfica
	B1.4- Elaboración e impresión de los materiales de apoyo
Acción 2: Desarrollo de las formaciones del Módulo General	B2.1- Convocatoria de las formaciones
	B2.2- Registro de participación
	B2.3- Desarrollo de las sesiones sobre aspectos formativos y organizativos
	B2.4- Acciones evaluativas
	B2.5- Elaboración y entrega de certificados
	B2.6- Desarrollo de sesiones de formación complementaria en función de la demanda
Acción 3: Desarrollo de las formaciones de los Módulos Específicos	B3.1- Convocatoria de las formaciones
	B3.2- Registro de participación
	B3.3- Primeras sesiones formativas: intercambio
	B3.4- Acompañamiento de PMTs y recopilación de prácticas de MT
	B3.5- Segundas sesiones formativas: conclusiones
	B3.6- Acciones evaluativas
	B3.7- Elaboración y entrega de certificados
OE2.C: Elaborar un protocolo de colaboración entre MT y MBE	
Acción 1: Creación de la comisión mixta	C1.1- Comunicación y convocatoria a todas las partes
	C1.2- Establecimiento de las reglas y periodicidad de encuentros de la comisión
	C1.3- Reuniones
Acción 2: Convenio de colaboración	C2.1- Revisión de las formaciones y evaluación del programa
	C2.2- Propuestas de colaboración y validación de las mismas
	C2.3- Elaboración del plan operativo y acuerdos económicos para su aplicación
	C2.4- Redacción de la Cartera Mínima de Servicios atribuidos a los PMTs

Acción 3: Validación del proceso	C3.1- Redactar el informe final del programa
	C3.2- Rúbrica del documento con firma por ambas partes (Asociación PMTs y Coordinación de Zona Sanitaria)
	C3.3- Enviar al Ministerio de Sanidad para validación

E: Actividades de Evaluación

Dimensión 1: Consideraciones de los usuarios como centro del proceso	E1.1- Elaboración del cuestionario
	E1.2- Test piloto
	E1.3- Revisión de las preguntas
	E1.4- Elección de la población diana y el protocolo de la investigación
	E1.5- Elaborar el consentimiento informado
	E1.6- Realización de las encuestas previas al programa
	E1.7- Realización de las encuestas posteriores al programa
	E1.8- Análisis de resultados
Dimensión 2: Organización de procesos centrado en las necesidades del usuario	E2.1- Revisión de la Cartera Mínima de Servicios de los PMTs
	E2.2- Comisión de alerta sobre las necesidades de la población
Dimensión 3: Conexiones, competencias, capacidades y actitudes profesionales	E3.1- Elegir indicadores de evaluación
	E3.2- Creación de tests de conocimientos
	E3.3- Tests previos a la formación
	E3.4- Tests posteriores a la formación
	E3.5- Análisis de datos
	E3.6- Acompañamiento de los PMTs por los animadores y rellenar checklists para evaluar las actitudes y competencias adquiridas para la correcta aplicación de los contenidos de las formaciones
Dimensión 4: Ambiente organizativo	E4.1- Reuniones de monitorización
	E4.2- Reuniones de evaluación posteriores al programa
Dimensión 5: Indicadores sanitarios	E5.1- Elegir la población diana de la evaluación y comunicar con el responsable
	E5.2- Recogida de datos previos al estudio
	E5.3- Recogida de datos posteriores al estudio
	E5.4- Análisis de datos
Dimensión 6: Grado de cumplimiento de actividades	E6.1- Revisión e informe intermedio del programa
	E6.2- Revisión e informe final del programa

Presentación de resultados



Mes	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	18
Actividad	OE2.A												
A1.1	█												
A1.2	█												
A2.1		█											
A2.2		█											
A2.3		█	█										
A2.4		█											
A2.5		█											
A3.1			█	█	█								
A3.2				█	█	█	█						
A3.3							█						
Actividad	OE2.B												
B1.1		█	█										
B1.2		█	█										
B1.3		█	█										
B1.4		█	█										
B2.1			█	█									
B2.2			█	█									
B2.3			█	█	█	█							
B2.4			█	█	█	█							
B2.5					█	█	█	█					
B2.6							█	█	█	█			
B3.1						█	█	█	█				
B3.2						█	█	█	█				
B3.3						█	█	█	█				
B3.4							█	█	█	█			
B3.5								█	█	█			
B3.6								█	█	█			
B3.7										█			
Actividad	OE2.C												
C1.1										█			
C1.2										█			
C1.3										█			
C2.1											█	█	
C2.2											█	█	
C2.3												█	█
C2.4												█	█
C3.1												█	█
C3.2												█	█
C3.3													█

Actividad	E : Evaluación												
E1.1	■												
E1.2	■												
E1.3	■												
E1.4	■												
E1.5	■												
E1.6	■												
E1.7											■		
E1.8											■	■	
E2.1											■		
E2.2											■		
E3.1					■	■							
E3.2					■	■							
E3.3						■	■	■	■	■			
E3.4						■	■	■	■	■			
E3.5											■		
E3.6							■	■	■	■	■		
E4.1					■			■					
E4.2											■		
E5.1	■												
E5.2	■												
E5.3											■		
E5.4												■	
E6.1					■								
E6.2											■		



*Desglosado actividad por actividad

OE2.A: MEJORAR LA ORGANIZACIÓN LOGÍSTICA DE LA ASOCIACIÓN DE PMTS

Acción 1: Formalización de la Asociación de PMTs

A1.1- Reuniones preparatorias para formalizar la asociación

- Encargado:
 - Investigador
- Actividad:
 - Desplazamiento y visitas a los PMT y las instituciones de la comuna
- Gastos:
 - Contemplados en el salario del investigador y los gastos del proyecto.

A1.2- Sesión de formalización de la Asociación en presencia de las instituciones competentes

- Encargado:
 - Investigador
- Actividad:
 - Reunión en la “Casa de la Juventud” de Nikki en presencia de miembros del Ayuntamiento y de la Coordinación de la Zona Sanitaria.
- Gastos:
 - Contemplados en el salario del investigador y los gastos del proyecto.

Acción 2: Funcionamiento operativo de la Asociación de PMTs

A2.1- Acordar las condiciones para elaborar y actualizar periódicamente el registro de PMTs: roles, condiciones, cronología, certificación y validación.

A2.2- Elegir la estructura organizativa y ordenación territorial de los PMTs

- Encargado:
 - Investigador
- Participantes (15):
 - Junta de la Asociación de PMTs (7)
 - Ayuntamiento (1)
 - Coordinación de Zona Sanitaria (1)
 - Equipo investigación del proyecto (6)
- Actividad:

- 3 sesiones de revisión de estatutos de la Asociación para adecuar el funcionamiento de la misma a la Política Nacional de Medicina Tradicional con participación de la administración local en salud.
- Gastos:
 - Desplazamientos:
 - 2000 FCFA/persona/día (3 euros)
 - Alimentos
 - 3000 FCFA/persona/día (4,5 euros)
 - Impresión de estatutos

CONCEPTO	Gasto	Personas	Cantidad (FCFA)	Nº veces	Nº total	TOTAL (FCFA)
Desplazamiento	Gasolina	PMT	2000	3	7	42.000
Alimentos	Pausa-café Comida Bebida	PMT, Ayto, ZS, investigadores	3000	3	15	135.000
Impresiones	Documentos		100	1	20	2000
	Fotocopias		10	20	20	4000
TOTAL (FCFA)						183.000
TOTAL (EUROS)						280

A2.3- Organización del trabajo en el jardín botánico

- Encargado:
 - Botánico
- Actividad:
 - Trabajo conjunto en el jardín botánico para instalar un espacio adecuado para el cultivo de plantas empleadas por los PMTs en sus labores.
- Participantes:
 - Botanista
 - PMTs
 - Equipo de investigación
- Gastos:

CONCEPTO	Gasto	TOTAL (FCFA)
Edificio	Restauración	200.000
Empalizada	Malla de alambre	152.500
	Soporte	20.000
	Clavos	5.000
	Puerta	20.000
	Llave	2.500
Materiales	Pulverizador	11.000
	Herbicida	5.000
	Regadera	6.000
	Carretilla	25.000
	Pala	10.000

Semillas/ Granos	Moringa	5.000
	Zanahoria	5.000
	Gombo	5.000
	Corchorus olitorius	1.500
Compostaje		50.000
TOTAL (FCFA)		523.500
TOTAL (EUROS)		800

A2.4- Crear el reglamento de ordenación interna de la Asociación

A2.5- Redacción de los estatutos definitivos y puesta en práctica

- Encargados:
 - o Asociación de PMTs
- Gastos:
 - o Contemplados en el salario del investigador y los gastos del proyecto.

Acción 3: Vigilancia y optimización de las estructuras creadas

A3.1- Sesiones de vigilancia del funcionamiento de las estructuras creadas

- Encargado:
 - o Investigador
- Participantes (15):
 - o Junta de la Asociación de PMTs (7)
 - o Ayuntamiento (1)
 - o Coordinación de Zona Sanitaria (1)
 - o Equipo investigación del proyecto (6)
- Actividad:
 - o 1 sesión de vigilancia del funcionamiento de los cambios instaurados y propuestas de mejora con participación de la administración local en salud.
- Gastos:
 - o Desplazamientos:
 - 2000 FCFA/persona/día (3 euros)
 - o Alimentos
 - 3000 FCFA/persona/día (4,5 euros)

CONCEPTO	Gasto	Personas	Cantidad (FCFA)	Nº veces	Nº total	TOTAL (FCFA)
Desplazamiento	Gasolina	PMT	2000	1	7	14.000
Alimentos	Pausa-café Comida Bebida	PMT, Ayto, ZS, investigadores	3000	1	15	45.000
TOTAL (FCFA)						59.000
TOTAL (EUROS)						90

A3.2- Reestructurar los puntos débiles identificados en la fase de monitorización y evaluación

- Encargado:
 - Animadores
- Actividad:
 - Visitas a los PMTs y formaciones individuales.
- Gastos:
 - Contemplados en el salario de los animadores y chófer y en los gastos del proyecto.

A3.3- Redactar el informe del programa

- Encargado:
 - Investigador
- Gastos:
 - Contemplados en el salario del investigador y en los gastos del proyecto.

OE2.B: IMPARTIR UN PROGRAMA REGLADO DE FORMACIONES Y PLATAFORMAS DE INTERCAMBIO ENTRE AGENTES DEL SNS Y LOS PMTS SOBRE CUESTIONES RELACIONADAS CON LA MT Y LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Acción 1: Preparación de las formaciones

B1.1- Reuniones preparatorias con PMTs y profesionales acreditados de salud

B1.2- Consenso sobre los contenidos

B1.3- Planificación de sesiones, acuerdos sobre número de participantes y dispersión geográfica

B1.4- Elaboración e impresión de los materiales de apoyo

- Encargado:
 - o Investigador
- Participantes (14):
 - o Junta de la Asociación de PMTs (7)
 - o Coordinación de Zona Sanitaria (1)
 - o Equipo investigación del proyecto (6)
- Actividad:
 - o 3 sesiones para preparar las formaciones, establecer un acuerdo sobre sus contenidos, la distribución geográfica de las mismas, asistentes y lugares para su realización.
- Gastos:
 - o Desplazamientos:
 - 2000 FCFA/persona/día (3 euros)
 - o Alimentos
 - 3000 FCFA/persona/día (4,5 euros)
 - o Alojamiento
 - 5000 FCFA/persona/día (7,5 euros)
 - o Certificados
 - Impresión y plastificación

CONCEPTO	Gasto	Personas	Cantidad (FCFA)	Nº veces	Nº total	TOTAL (FCFA)
Desplazamiento	Gasolina	PMT	2000	1	7	14.000
Alimentos	Pausa-café Comida Bebida	PMT, ZS, investigadores	3000	3	42	126.000
Alojamiento	Hotel	5 PMT	5000	3	15	75.000
Impresión	Certificado	PMT, ZS	100	1	14	1.400
TOTAL (FCFA)						216.400
TOTAL (EUROS)						330

Acción 2: Desarrollo de las formaciones del Módulo General

- Encargados :
 - Elaboración de contenidos : Investigador
 - Preparación e impartición de cursos: Formadores.
- Miembros :
 - PMT : 200
 - Zona sanitaria : 1
 - Investigadores : 5
 - Chófer
- Módulo General : total 200 asistentes
 - Gastos :
 - Desplazamiento :
 - 1000 FCFA/persona/día
 - Alimento :
 - 3000 FCFA/persona/día
 - Certificados :
 - Impresión + plastificación
 - Soporte para los cursos :
 - 5.000 FCFA/persona
 - Cuadernos y bolígrafos : 300 FCFA/persona
 - Alquiler del espacio :
 - 20.000 FCFA/día

CONCEPTO	Gasto	Persona	Cantidad	Nº	Nº personas	TOTAL
Desplazamiento	Gasolina	PMT	1500	4	200	1.200.000
Alimento	Pausa-café Alimento Bebida	PMT, ZS, Investig, chófer	3000	20	46	2.760.000
Impresiones	Certificados (Color)	PMT	200	1	200	40.000
Soporte para los cursos	Impresión del libro	PMT	5.000	1	200	1.000.000
Materiales	Cuadernos y bics	PMT	300	1	200	60.000
Alquiler del espacio	Sala	-	20.000	20	1	400.000
TOTAL (FCFA)						5.460.000
TOTAL (EUROS)						8.321

Acción 3: Desarrollo de las formaciones de los Módulos Específicos

- Módulo Específico: 10 temáticas (2 sesiones por temática total 20 sesiones), máx 20 personas por sesión.
 - Gastos :
 - Desplazamiento :
 - 5000 FCFA/persona/día
 - Alimento :
 - 3000 FCFA/persona/día
 - Certificados :
 - Impresión + plastificación
 - Soporte para los cursos :
 - 2.000 FCFA/persona
 - Alquiler del espacio :
 - 20.000 FCFA/día

CONCEPTO	Gasto	Persona	Cantidad	Nº	Nº personas	TOTAL
Desplazamiento	Gasolina	PMT	5000	20	20	2.000.000
Alimento	Pausa-café Alimento Bebida	PMT, ZS, investig.	3000	20	27	1.620.000
Impresiones	Certificados (Color)	PMT	200	1	200	40.000
Soporte para los cursos	Impresión del libro	PMT	2.000	1	200	400.000
Alquiler del espacio	Sala	-	20.000	20	1	400.000
TOTAL (FCFA)						4.460.000
TOTAL (EUROS)						6.800

OE2.C: ELABORAR UN PROTOCOLO DE COLABORACIÓN ENTRE MT Y MBE

Acción 1: Creación de la comisión mixta

C1.1- Comunicación y convocatoria a todas las partes

C1.2- Establecimiento de las reglas y periodicidad de encuentros de la comisión

C1.3- Reuniones

Acción 2: Convenio de colaboración

C2.1- Revisión de las formaciones y evaluación del programa

C2.2- Propuestas de colaboración y validación de las mismas

C2.3- Elaboración del plan operativo y acuerdos económicos para su aplicación

C2.4- Redacción de la Cartera Mínima de Servicios atribuidos a los PMTs

- Encargado:
 - o Investigador
- Participantes (15):
 - o Junta de la Asociación de PMTs (7)
 - o Ayuntamiento (1)
 - o Coordinación de Zona Sanitaria (1)
 - o Equipo investigación del proyecto (6)
- Actividad:
 - o 3 sesiones de revisión de los resultados de las formaciones y evaluación del programa para realizar las propuestas de colaboración y validación de las mismas por todas las partes.
- Gastos:
 - o Desplazamientos:
 - 2000 FCFA/persona/día (3 euros)
 - o Alimentos
 - 3000 FCFA/persona/día (4,5 euros)

CONCEPTO	Gasto	Personas	Cantidad (FCFA)	Nº veces	Nº total	TOTAL (FCFA)
Desplazamiento	Gasolina	PMT	2000	3	7	42.000
Alimentos	Pausa-café Comida Bebida	PMT, Ayto, ZS, investigadores	3000	3	15	135.000
Impresiones	Impresión de documentos		100	1	20	2000
	Fotocopias		10	20	20	4000

	TOTAL (FCFA)	183.000
	TOTAL (EUROS)	280

Acción 3: Validación del proceso

C3.1- Redactar el informe final del programa

C3.2- Rúbrica del documento con firma por ambas partes (Asociación PMTs y Coordinación de Zona Sanitaria)

C3.3- Enviar al Ministerio de Sanidad para validación

- Encargado :
 - Investigador
- Gastos:
 - Contemplados en el salario del investigador y los gastos del proyecto.

EVALUACIÓN

Dimensión 1: Consideraciones de los usuarios como centro del proceso

- Encargado :
 - Diseño de la recogida de datos : Investigador
 - Recogida de datos : Animadores
 - Análisis de datos : Investigador
- Actividades :
 - E1.1- Elaboración del cuestionario
 - E1.2- Test piloto
 - E1.3- Revisión de las preguntas
 - E1.4- Elección de la población diana y el protocolo de la investigación
 - E1.5- Elaborar el consentimiento informado
 - E1.6- Realización de las encuestas previas al programa
 - E1.7- Realización de las encuestas posteriores al programa
 - E1.8- Análisis de resultados
- Gastos :
 - Impresión de cuestionarios: 5000 FCFA
 - Alimentos : 3000 FCFA/persona/día
 - Resto de gastos incluidos en los gastos de proyecto.

CONCEPTO	Gasto	Persona	Cantidad	Nº veces	Nº personas	TOTAL
Alimentos	Alimento Bebida	Animadores, chófer e investigador	3000	10	4	120.000
Impresión	Cuestionario	PMT	100	1	50	5.000
TOTAL (FCFA)						125.000
TOTAL (EUROS)						191

Dimensión 2: Organización de procesos centrado en las necesidades del usuario

- Encargado :
 - Investigador
- Actividades :
 - E2.1- Revisión de la Cartera Mínima de Servicios de los PMTs
 - E2.2- Comisión de alerta sobre las necesidades de la población
- Gastos :
 - Gastos incluidos en los gastos de proyecto.

Dimensión 3: Conexiones, competencias, capacidades y actitudes profesionales

- Encargado :
 - Elaboración de los tests : Investigador
 - Recogida de datos : Formadores
 - Análisis de datos : Investigador

- Actividades :
 - E3.1- Elegir indicadores de evaluación
 - E3.2- Creación de tests de conocimientos
 - E3.3- Tests previos a la formación
 - E3.4- Tests posteriores a la formación
 - E3.5- Análisis de datos
 - E3.6- Acompañamiento de los PMTs por los animadores y rellenar checklists para evaluar las actitudes y competencias adquiridas para la correcta aplicación de los contenidos de las formaciones
- Gastos :
 - Impresión de cuestionarios:
 - Módulo General : 800 copias 2 páginas : 16.000 FCFA
 - Módulo Específico : 500 copias 2 páginas = 10.000 FCFA

CONCEPTO	Gasto	Persona	Cantidad	Nº veces	Nº personas	TOTAL
Impresión	Cuestionario	PMT	10	12	1300	26.000
TOTAL (FCFA)						26.000
TOTAL (EUROS)						40

Dimensión 4: Ambiente organizativo

- Encargado:
 - Investigador
- Participantes (15):
 - Junta de la Asociación de PMTs (7)
 - Ayuntamiento (1)
 - Coordinación de Zona Sanitaria (1)
 - Equipo investigación del proyecto (6)
- Actividad :
 - E4.1- Reuniones de monitorización
 - E4.2- Reuniones de evaluación posteriores al programa
- Gastos :
 - Desplazamiento :
 - 2000 FCFA/persona/día
 - Alimento :
 - 3000 FCFA/persona/día

CONCEPTO	Gasto	Personas	Cantidad (FCFA)	Nº veces	Nº total	TOTAL (FCFA)
Desplazamiento	Gasolina	PMT	2000	2	7	28.000
Alimentos	Pausa-café Comida Bebida	PMT, Ayto, ZS, investigadores	3000	2	15	90.000
TOTAL (FCFA)						118.000
TOTAL (EUROS)						180

Dimensión 5: Indicadores sanitarios

- Encargado :
 - Diseño de la recogida de datos : Investigador
 - Recogida de datos : Animadores
 - Análisis de datos : Investigador
- Actividades :
 - E5.1- Elegir la población diana de la evaluación y comunicar con el responsable
 - E5.2- Recogida de datos previos al estudio
 - E5.3- Recolección de datos posteriores al estudio
 - E5.4- Análisis de datos
- Gastos :
 - Alimentos: 3000 FCFA/persona/día
 - Desplazamientos y análisis de datos: incluidos en los gastos de proyecto.

CONCEPTO	Gasto	Personas	Cantidad (FCFA)	Nº veces	Nº total	TOTAL (FCFA)
Alimentos	Comida Bebida	Investigadores	3000	2	6	36.000
TOTAL (FCFA)						36.000
TOTAL (EUROS)						55

Dimensión 6: Grado de cumplimiento de actividades

- Encargado :
 - Investigador
- Miembros :
 - Equipo de investigación y chófer : 7
- Actividad :
 - E6.1- Revisión e informe intermedio del programa
 - E6.2- Revisión e informe final del programa
- Gastos :
 - Alimentos
 - 3000 FCFA/persona/día

CONCEPTO	Gasto	Personas	Cantidad (FCFA)	Nº veces	Nº total	TOTAL (FCFA)
Alimentos	Comida Bebida	Investigadores	3000	2	7	42.000
TOTAL (FCFA)						42.000
TOTAL (EUROS)						64

PRESENTACION DE RESULTADOS

Presentación de resultados en Cotonou al final del proyecto

- Encargado :
 - Investigador
 - Acompañantes : tesorero, 1 formador, 1 animador, chófer
- Gastos (4 personas, 5 días) :
 - Alojamiento en Cotonou 10.000 FCFA/persona/día
 - Alimentos 5.000 FCFA/persona/día
 - Desplazamiento Nikki-Cotonou :
 - Gasolina 10.000 FCFA
 - Alimentos 3000 FCFA/persona
 - Desplazamientos en Cotonou
 - Gasolina 3.000 FCFA/día

CONCEPTO	Gastos	Personas	Cantidad	Nº veces	Nº personas	TOTAL
Alojamiento	Hotel	Animador, formador, chófer, tesorero e investigador	10.000	5	5	250.000
Alimentos	3 comidas	Animador, formador, chófer, tesorero e investigador	7000	5	5	175.000
Desplazamiento Nikki-Cotonou	Gasolina Alimento	Animador, formador, chófer, tesorero e investigador	25.000	1	1	25.000
Desplazamientos en Cotonou	Gasolina	Chófer	3000	5	1	15.000
TOTAL (FCFA)						465.000
TOTAL (EUROS)						707

GASTOS DE PROYECTO

Recursos humanos:

- **Investigador principal:** 1 investigador especialista en salud pública.
- **Formadores:** 2 personas que se comuniquen en lenguas locales (Baatonum). Agentes locales de desarrollo de la ONG JEDES Besen Sia o personas designadas por el Ministerio de Sanidad.
- **Botanista:** 1 encargado del jardín botánico.
- **Animadores:** 2 personas que se comuniquen en lenguas locales (Baatonum). Agentes locales de desarrollo de la ONG JEDES Besen Sia o personas designadas por el Ministerio de Sanidad.
- **Chófer:** 1 persona.
- **Tesorero:** 1 persona.

Salarios:

- **Investigador principal:** 700.000 cfa/mes.
- **Formadores:** 200.000 cfa/mes.
- **Botanista:** 200.000 cfa/mes.
- **Animadores:** 150.000 cfa/mes.
- **Chófer:** 100.000 cfa/mes.
- **Tesorero:** 200.000 cfa/mes.

CONCEPTO	Gasto	Cantidad	Nº meses	Nº personas	TOTAL
Salarios	IP	700.000	12	1	8.400.000
	Formadores	200.000	9	2	3.600.000
	Botanista	200.000	12	1	2.400.000
	Chófer	100.000	12	1	1.200.000
	Animadores	150.000	12	2	3.600.000
	Tesorero	200.000	12	1	2.400.000
TOTAL (FCFA)					21.600.000
TOTAL (EUROS)					32.832

Recursos materiales :

- Desplazamiento :
 - Coche : 15.000.000 FCFA
 - Gasolina : 100.000 FCFA/mes
 - Reparaciones en el coche : 500.000 FCFA
- Materiales de formación :
 - Herramientas de trabajo para el IP : 70.000 FCFA
 - Soporte visual : 30.000 FCFA
 - Plastificación : (máquina) 35.000 FCFA
 - Plástico : 50.000 FCFA
- Comunicación :
 - Saldo + internet: (« corporate ») 67.000 + 25.000 FCFA/mes
 - Comunicados en la RADIO et emisiones: 200.000 FCFA
- Personal internacional

- Alojamiento IP : 40.000 FCFA/mes (480.000 FCFA/año)
- Alojamiento miembros ministerio : 80.000 FCFA/mes (960.000 FCFA/año)
- Visa IP 1 año : 150.000 FCFA
- 1 vuelo ida y vuelta IP : 700.000 FCFA
- Desplazamiento Cotonou-Nikki investigador y miembros del ministerio (x2) :
 - Gasolina 10.000 FCFA
 - Alimentos 3000 FCFA/persona (x4)
- Imprevistos : 1.000.000 FCFA

CONCEPTO	Gasto	Cantidad	Nº veces	Nº personas	TOTAL
Desplazamiento	Coche	15.000.000	1	1	15.000.000
	Gasolina	100.000	12	1	1.200.000
	Reparaciones	500.000	1	1	1.000.000
	Vuelo y visa internacional	850.000	1	1	850.000
	Cotonou-Nikki	22.000	2		44.000
Alojamiento	Alquiler habitación	40.000	12	3	1.440.000
Materiales	Herramientas trabajo	70.000	1	1	70.000
	Soporte visual	30.000	1	1	30.000
	Plastificación	85.000	1	1	85.000
Comunicación	Saldo + internet	92.000	12	1	1.104.000
	Radio	200.000	1	1	200.000
Imprevistos					1.000.000
TOTAL (FCFA)					22.023.000
TOTAL (EUROS)					33.475

PRESUPUESTO GLOBAL DEL PROYECTO

ACTIVIDAD	CONCEPTO	CFA	EURO
OE2.A: Mejorar la organización logística de la Asociación de PMTs	Desplazamiento	56.000	85,12
	Alimentos	180.000	273,60
	Impresiones	6.000	9,12
	Jardín de plantas	523.500	795,72
	TOTAL	765.500	1.163,56
OE2.B: Impartir un programa reglado de formaciones y plataformas de intercambio entre agentes del SNS y los PMTs sobre cuestiones relacionadas con la MT y la Atención Primaria en Salud	Desplazamiento	3.214.000	4.885,27
	Alimentos	4.506.000	6.849,10
	Impresiones	81400	123,73
	Alojamiento	75.000	114
	Soporte	1.400.000	2.128
	Materiales	60.000	91,20
	Alquiler espacio	800.000	1.216
TOTAL	10.136.400	15.407,29	
OE2.C: Elaborar un protocolo de colaboración entre MT y MBE	Desplazamiento	42.000	63,84
	Alimentos	135.000	205,20
	Impresiones	6.000	9,12
	TOTAL	183.000	278,16
Evaluación	Desplazamiento	28.000	42,56
	Alimento	288.000	437,76
	Impresiones	31.000	47,12
	TOTAL	347.000	527,44
Presentación de resultados	Desplazamiento	40.000	60,80
	Alimento	175.000	266
	Alojamiento	250.000	380
	TOTAL	465.000	706,80
Gastos de Proyecto	Salarios	21.600.000	32.832
	Desplazamiento	18.094.000	27.502,81
	Alojamiento	1.440.000	2.188,79
	Comunicación	1.304.000	1.982,07
	Materiales	185.000	281,20
	Imprevistos	1.000.000	1.520
	TOTAL	43.623.000	66.306,79
TOTAL		55.519.400	84.390



Modo de prestación	Paquetes de intervención	Servicios de alto impacto	Intervenciones complementarias
1. Servicios de base comunitaria	1.1 Servicios de salud preventiva familiar y WASH	Protección de niños de menos de 5 años mediante el uso de mosquiteras impregnadas de insecticida	
		Uso de mosquiteras en la mujer embarazada	
		Equipamientos de agua embotellada para los hogares	
		Uso de agua potable en los hogares	
		Uso de letrinas en los hogares	
		Lavado de manos con agua potable y jabón en momentos críticos: - Antes de ofrecer cuidados - Después de utilizar el retrete - Antes de cocinar - Antes de dar de comer a alguien (especialmente niños)	
		Vacunación anti-tetánica para las mujeres embarazadas	
			Pulverización domiciliaria
		Cesión de productos contraceptivos	
		Consumo de sal yodada	
		Adquisición de buenos hábitos para prevenir la transmisión vertical de VIH	
		Comunicación para la adopción de prácticas familiares esenciales de prevención	
		1.2 Cuidados familiares neonatales	Alumbramiento limpio y cuidados del cordón
	Lactancia precoz en la hora que sigue al alumbramiento		
	Calentamiento del neonato		
	Adoptar medidas adecuadas en la atención al neonato de bajo peso al nacer		
	Vacuna contra la polio oral y BCG		
	Reconocimiento de signos de riesgo/gravedad y referencia		
	1.3 Alimentación del neonato, lactante y escolar	Lactancia materna exclusiva (0-6 meses)	
		Lactancia materna prolongada (6-12 meses)	
		Alimentación complementaria	
		Adopción de medidas para tratar la malnutrición	
		Suplementos de vitamina A	Consumo de alimentos reforzados con hierro y vitamina A
		Desparasitación	
		Reconocimiento de signos de riesgo/gravedad y referencia	
	Comunicación para la adopción de		

1. Servicios de base comunitaria		prácticas familiares esenciales		
		Adopción de medidas para atender a los niños huérfanos		
	1.4 Atención comunitaria de enfermedades		Terapia de rehidratación oral	
			Cuidados contra la diarrea mediante "L'Orasel"/zinc	
			Tratamiento del paludismo mediante combinación terapéutica a base de Artemisina en los niños menores de 5 años	
			Tratamiento de las infecciones respiratorias agudas con Cotrimoxazol	
			Reconocimiento de signos de riesgo/gravedad y referencia	
	Comunicación para la adopción de prácticas familiares esenciales en prevención			
2. Servicios orientados hacia la población	2.1 Cuidados preventivos para el adolescente y adultos	Planificación familiar	- Vacuna contra VPH - Vacunación anti-tetánica en los adolescentes - Suplementos de hierro y ácido fólico en las adolescentes - Promoción del uso de alimentos locales fortificados para las mujeres malnutridas	
	2.2 Cuidados preventivos durante el embarazo		Consulta prenatal	
			Vacunación anti-tetánica	
			Desparasitación de la mujer embarazada	
			Detección y tratamiento de la infección urinaria asintomática	
			Detección y tratamiento de la sífilis durante el embarazo	
			Prevención y tratamiento de la anemia ferropénica durante el embarazo	
			Tratamiento preventivo intermitente contra la malaria para la mujer embarazada	
			Prevención del paludismo mediante el uso de mosquiteras	
			Suplementos de ácido fólico	Suplementos de calcio y multi-micronutrientes durante el embarazo
		Promoción del consumo de sal yodada	Suplementación proteica equilibrada	
	2.3 Prevención y tratamiento de la infección por VIH/ SIDA		Prevención de la transmisión de la madre al feto durante el embarazo (test, consejo, AZT + NVP dosis única y consejos sobre la alimentación del lactante)	
		Promoción del despistaje de VIH		

2. Servicios orientados hacia la población		Uso de métodos barrera	
		Consejos nutricionales a madres seropositivas	
		Atención en conjunto de las infecciones de transmisión sexual	
	2.4 Cuidados preventivos y curativos del niño	Vacunación triple vírica	
		Vacunación BCG	
		Vacuna de la polio oral	
		Vacuna DTT	
		Vacuna pentavalente (DTT + HinfB + VHB)	
		Vacunación contra la hepatitis B	
		Vacuna contra la fiebre amarilla	
		Vacuna contra la meningitis	
		Prevención del paludismo mediante el uso de mosquitera	Tratamiento preventivo intermitente para el niño
		Cuidados contra la diarrea mediante "L'Orasel"/zinc	
		Desparasitación	
		Vitamina A a partir de los 6 meses	
		Consulta de niños sanos/ Promoción del seguimiento del crecimiento del niño	
		Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses	
Lactancia materna prolongada hasta los 24 meses			
Cuidados contra la malnutrición aguda moderada			
3. Cuidados clínicos individuales de primer nivel de atención	3.1 Cuidados clínico maternos y neonatales de primer nivel	Parto asistido por personal cualificado	
		GATPA	
		Cuidados obstétricos de urgencia	
		Cuidados habituales del neonato (secar, tratamiento higiénico del cordón umbilical y de la piel, calentar, lactancia materna exclusiva/calostro, pesar, vacuna de la polio oral y BCG)	
		Cuidados neonatales de urgencia de base	
		Reanimación del neonato en distress respiratorio	
		Lactancia materna precoz en la hora que sigue al parto	
		Corticoides en la atención a la amenaza de parto pretérmino	
		Antibióticos por ruptura prematura de membranas	
		Atención a las infecciones neonatales	
		Suplementos de vitamina A en el postparto	Detección y tratamiento de la (pre)eclampsia (Sulfato de Magnesio)
		Antibióticos para la neumonía de	

3. Cuidados clínicos individuales de primer nivel de atención		niños de menos de 5 años	
		Atención a las infecciones clínicas (fiebre, infección respiratorio aguda, diarrea...)	
	3.2 Cuidados curativos de primer nivel	Tratamiento antibiótico en la diarrea sangrante y disentería	
		Uso de vitamina A en la atención del sarampión	
		Cuidados contra la diarrea mediante "L'Orasel"/zinc	
		Cuidados contra el paludismo no complicado con combinación terapéutica con Artemisina pediátrica	
		Cuidados contra el paludismo con combinación terapéutica con Artemisina para el adulto	
		Despistaje y tratamiento de las infecciones de transmisión sexual	
		Profilaxis y tratamiento de las infecciones oportunistas con cotrimoxazol para madres seropositivas, hijos de madres seropositivas y adultos seropositivos	
		Antirretrovirales de primera línea para el adulto con infección por VIH	
		Detección y tratamiento de primera línea para la tuberculosis	
		Tratamiento de segunda línea de casos de tuberculosis que no han soportado el tratamiento de elección	
		Tratamiento de la tuberculosis multirresistente con medicamentos de segunda línea	
		Referencia y contrarreferencia	



DESCRIPTORES DE LA MUESTRA	
1	Sexo <div style="text-align: right;">M F</div>
2	Edad <div style="text-align: right;">_____</div>
3	Residencia <div style="text-align: right;">Fija Temporal "Floating"</div>
4	Ingresos mensuales <div style="text-align: right;">_____</div>
5	Educación <div style="text-align: right;">Primaria (mat-CEM2) Secundaria (6ème-terminal) Superior (Universidad) Vocacional</div>
6	Empleo (Situación) <div style="text-align: right;">Trabajador Paro Jubilado Estudiante</div>
7	Aseguradora médica <div style="text-align: right;">Si No</div>
8	Última visita al Centro de Salud <div style="text-align: right;"><1 año</div>

		<2 años
		<5 años
		>5 años
9	Número de visitas al CS en el último año	<3 3-5 6-15 >15
10	¿Has visitado un servicio de salud especializado en el último año?	Si No
11	¿Tienes un médico/profesional de salud de referencia?	Si No
12	¿Padece enfermedades crónicas?	Si No
13	Percepción de su estado de salud	Excelente Muy buena Buena Débil Muy mala
ENCUESTA		
Categoría : Uso de primer contacto		
1	When you have a new health problem, do you go to your Primary Care Practitioner (PCP) before going somewhere else? ¿Cuándo tienes un problema de salud, el Centro de Salud es tu primer recurso sanitario? ¿Y el PMT?	
2	When you need a regular general checkup, do you go to your PCP before going	

	<p>somewhere else?</p> <p>¿Cuando tienes necesidad de hacer una revisión en salud, vas al Centro de Salud en primer lugar? ¿Lo haces por iniciativa propia o por recomendación de un PMT o “relais communautaires”?</p>
3	<p>When you have to see a specialist, does your PCP have to approve or give you a referral?</p> <p>¿Cuando tienes que ver a un especialista, debe ser aprobado por tu Centro de Salud?</p>
Categoría : Acceso de primer contacto	
4	<p>When your PCP is <i>open</i>, can you get advice quickly over the phone if you need it?</p> <p>Quando el CS está abierto, ¿Puedes acceder a consejo médico por teléfono rápidamente? ¿Y con el PMT ?</p>
5	<p>When your PCP is <i>close</i>, can you get advice quickly over the phone if you need it?</p> <p>Quando el Centro de Salud está cerrado, ¿Puedes acceder a consejo médico por teléfono rápidamente? ¿Y con el PMT ?</p>
Categoría: Continuidad de cuidados	
6	<p>When you go to your PCP's, are you taken care of by the <i>same</i> doctor or nurse each time?</p> <p>¿Cuándo vas al Centro de Salud, te recibe siempre el mismo agente de salud? ¿Y el mismo PMT?</p>
7	<p>If you have a question, can you call and talk to <i>the doctor or nurse who knows you best</i>?</p> <p>¿Si tienes una pregunta, puedes hablar con el médico y/o enfermera que mejor te conozca? ¿Y el PMT?</p>
8	<p>Does your PCP know what problems are most important to you?</p> <p>¿Tu agente de Atención Primaria sabe cuáles son los problemas de salud más importantes para ti?</p>
Categoría: Transversalidad de cuidados	
9	<p>When you have mental or emotional problems, do you talk to your PCP?</p> <p>¿Cuando tienes un problema mental o emocional, hablas con tu agente de Atención Primaria? ¿Y con tu PMT?</p>
10	<p>Does your PCP talk about healthy diet, adequate sleep, appropriate exercise and so forth with you?</p> <p>¿Tu agente de atención primaria te aconseja sobre hábitos dietéticos, de sueño, ejercicio físico y otros hábitos? ¿Y tu PMT?</p>

11	<p>Does your PCP recommend you to have a regular checkup?</p> <p>¿Tu agente de Atención Primaria te recomienda realizar acciones preventivas? ¿Y tu PMT?</p>
12	<p>Generally, how much time will your PCP spend talking to you?</p> <p>Normalmente, ¿Cuánto tiempo destina tu agente de Atención Primaria en una consulta a hablar contigo? ¿Y tu PMT ?</p>
Categoría: Coordinación	
13	<p>Did your PCP discuss with you different places you could have gone to get help with that problem?</p> <p>¿Tu agente de Atención Primaria te aconseja sobre los diferentes lugares donde puedes encontrar ayuda para hacer frente a los diferentes problemas de salud?</p>
14	<p>Did your PCP or someone working with your PCP help you make the appointment for that visit?</p> <p>¿Los trabajadores de tu centro de salud te ayudan a pedir cita con los servicios especializados? ¿Y los PMT?</p>
15	<p>After you went to the specialist or special service, did your PCP talk with you about what happened at the visit?</p> <p>Cuando fuiste a ver al especialista, ¿Tu agente de Atención Primaria habló contigo sobre dicha visita? ¿Y tu PMT?</p>



Avda. Ramón y Cajal, 3 - 47003 Valladolid
Tel.: 983 42 00 00 - Fax 983 25 75 11
gerente.hcuv@saludcastillayleon.es



**COMITÉ DE ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN CON MEDICAMENTOS
ÁREA DE SALUD VALLADOLID**

Valladolid a 26 de marzo de 2020

En la reunión del CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE del 26 de marzo de 2020, se procedió a la evaluación de los aspectos éticos del siguiente proyecto de investigación.

PI 20-1706 TFG	DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE MEDICINA TRADICIONAL 2014-2023 A NIVEL LOCAL: DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SALUD EN NIKKI, BENÍN.	I.P.: IGNACIO ROSELL AGUILAR, VERÓNICA CASADO EQUIPO: MIGUEL ÁNGEL ROJO PÉREZ UVA RECIBIDO: 17-03-2020
----------------	---	---

A continuación, les señalo los acuerdos tomados por el CEIm ÁREA DE SALUD VALLADOLID ESTE en relación a dicho Proyecto de Investigación:

Considerando que el Proyecto contempla los Convenios y Normas establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética, se hace constar el **informe favorable** y la **aceptación** del Comité de Ética de la Investigación con Medicamentos Área de Salud Valladolid Este para que sea llevado a efecto dicho Proyecto de Investigación.

Un cordial saludo.

F. Javier Álvarez

Dr. F. Javier Álvarez.
CEIm Área de Salud Valladolid Este
Hospital Clínico Universitario de Valladolid
Farmacología, Facultad de Medicina,
Universidad de Valladolid,
c/ Ramón y Cajal 7, 47005 Valladolid
alvarez@med.uva.es,
jalvarezgo@saludcastillayleon.es
tel.: 983 423077



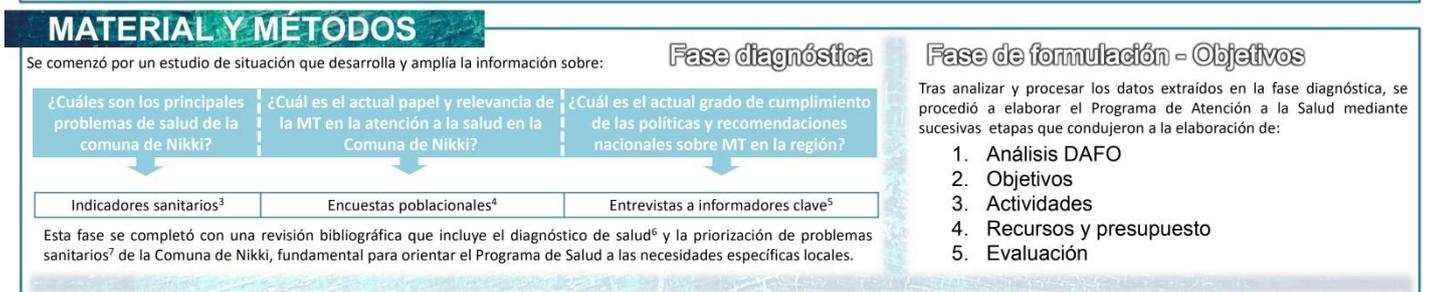
DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA DE LA OMS SOBRE MEDICINA TRADICIONAL 2014-2023 A NIVEL LOCAL: DISEÑO DE UN PROGRAMA DE SALUD PARA NIKKI, BENÍN

Autor: Miguel Ángel Rojo Tutor: Ignacio Rosell Aguilar Tutora honorífica: Verónica Casado Vicente



INTRODUCCIÓN

Con el fin de alcanzar una Cobertura Sanitaria Universal, la *Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023*¹ describe las medidas prioritarias a llevar a cabo por los Estados Miembros para establecer sinergias entre Medicina Basada en la Evidencia (MBE) y Medicina Tradicional y Complementaria, e integrarlas en sus sistemas sanitarios. Muchos países africanos, entre los que se encuentra Benín con un 80% de usuarios de Medicina Tradicional (MT)² entre su población, han desarrollado dicha estrategia en el marco legislativo, pero encuentran dificultades para ponerlo en práctica en el territorio. Este trabajo presenta un Programa de Salud que propone acciones concretas a llevar a cabo para la aplicación práctica de la Política Nacional de Benín sobre MT en la Comuna de Nikki, a través de metodologías participativas con los agentes de salud que permitan adaptar el sistema sanitario a su realidad cultural, social y económica.



Análisis DAFO

<h4 style="background-color: #ffff00; padding: 2px;">Debilidades</h4> <ol style="list-style-type: none"> Ausencia de registros de practicantes de MT (PMT). Ausencia de vigilancia de prácticas. Medidas higiénicas deficientes. Cuidados atendidos en el domicilio de los PMT con intromisión en su vida privada. Ausencia de evidencia científica que refuerce buena parte de las prácticas. Rol secundario en la atención gineco-obstétrica. Poca representación femenina entre los PMT. Desconocimiento sobre mecanismos de acción, dosis y posologías de los productos empleados. No considera efectos adversos derivados de la atención suministrada. Falta de organización entre los PMT. Falta de precisión diagnóstica. Ausencia de registro y seguimiento de pacientes. 	<h4 style="border: 1px solid red; padding: 2px;">Amenazas</h4> <ol style="list-style-type: none"> Acciones de prevención y promoción de la salud no son llevadas a cabo en MT. Límites entre ambas medicinas no bien definidos. Negación de la base biológica de algunas enfermedades entre los PMT. Los problemas de la MT no son considerados los mismos según los PMT y según los profesionales acreditados de salud de la comuna. Desconocimiento del rol del Ministerio de Sanidad en la regulación de las prácticas. Algunos PMT no valoran positivamente las formaciones recibidas en el pasado por el Programa Nacional de Medicina Tradicional (PNMT). Los PMT no tienen sueldo y realizan a la vez otros trabajos. Existencia de la figura de los "charlatanes" entre los PMT, con fines lucrativos. Ligera tendencia hacia la MBE entre mujeres y jóvenes. Crisis en la organización operativa de los PMT. Riesgo de resistencia a la colaboración por parte de los sectores más tradicionales. Ausencia de documentación escrita sobre las prácticas de las MT. Dificultad creciente en el acceso a las plantas para sus cuidados.
<h4 style="background-color: #d9ead3; padding: 2px;">Fortalezas</h4> <ol style="list-style-type: none"> Primer nivel de atención en salud.¹¹ Excelente accesibilidad geográfica. Figura del PMT es muy respetada en la comunidad y extrapolable a otras situaciones. Excelente accesibilidad económica. Acogida y trato mejor calificados que los de la MBE. Considerada como "muy eficaz" por parte de la población y agentes claves de la comunidad. Tratamiento preferente de: fracturas, hemorroides, mordeduras de serpiente y escorpión, fatiga, diarrea, dolor abdominal y malaria. Muy ligado a la cultura local, con apoyo de sectores tradicionales presentes en las instituciones e importantes en la vida de la comunidad. Los métodos han demostrado su eficacia y seguridad en diversas afecciones a través de la experiencia en su uso. 	<h4 style="border: 1px solid blue; padding: 2px;">Oportunidades</h4> <ol style="list-style-type: none"> Predisposición a colaborar en la elaboración de un registro de PMT. Los PMT entrevistados desean recibir formaciones en diversas materias como medio para el alcance de las recomendaciones de la Política Nacional sobre MT. Los PMT entrevistados manifiestan la necesidad de reforzar la organización y vigilancia de las prácticas de MT. Algunos PMT han valorado muy positivamente las formaciones impartidas en el pasado por el PNMT y afirman que han tenido un impacto positivo en su manera de trabajar. Agentes de la administración y PMT están de acuerdo sobre la necesidad de invertir para crear evidencia científica alrededor de las prácticas de MT. Tanto PMT como profesionales acreditados de salud conciben en la importancia capital de establecer una colaboración entre ambos sistemas. Los PMT tienen amplios jardines botánicos en donde poder concentrar sus prácticas. Presencia continua de PMTs en todos los pueblos de la comuna.

Objetivos y actividades del Programa de Salud

Objetivo General: Mejorar la salud de la población de Nikki mediante la optimización y consolidación del papel de la MT como refuerzo de los servicios vigentes de Atención Primaria en Salud dispensados por el Sistema Nacional de Salud en la Comuna de Nikki.

Objetivo Específico 2.A: Mejorar la organización logística de la Asociación de PMTs		
Acción 1: Formalización de la Asociación de PMTs	Acción 2: Funcionamiento operativo de la Asociación de PMTs	Acción 3: Vigilancia y optimización de las estructuras creadas
Objetivo Específico 2.B: Impartir un programa reglado de formaciones y plataformas de intercambio entre agentes del SNS y los PMTs sobre cuestiones relacionadas con la MT y la Atención Primaria en Salud		
Acción 1: Preparación de las formaciones		
Acción 2: Desarrollo de las formaciones del Módulo General		
Aspecto organizativo - Conocimiento de políticas y estrategias nacionales sobre MT. - Registro de prácticas e información sobre pacientes. - Vigilancia y control de prácticas.	Aspecto formativo - Prevención y promoción de la salud - Higiene - Atención Primaria en Salud - Conceptos clínicos básicos - Formación complementaria	
Acción 3: Desarrollo de las formaciones de los Módulos Específicos		
Temática - Patologías prioritarias para la Comuna: malaria, malnutrición y salud materno-infantil. - Patologías más consultadas en MT: fracturas, diarrea, dolor abdominal, malaria...	Metodología SESIÓN 1: INTERCAMBIO - Exposición de abordajes en MBE y MT - Intercambio de experiencias SESIÓN 2: CONCLUSIONES - Promover acciones preventivas - Establecer límites y criterios de derivación	
Objetivo Específico 2.C: Elaborar un protocolo de colaboración entre MT y MBE		
Acción 1: Creación de la comisión mixta	Acción 2: Convenio de colaboración	Acción 3: Validación del proceso

Evaluación

Dimensión 1: Consideraciones de los usuarios como centro del proceso Evalúa las características del Sistema de Atención Primaria en Salud desde el punto de vista de los pacientes mediante la encuesta PCATool-China ⁸ modificada.	Dimensión 2: Organización de procesos centrado en las necesidades de los usuarios Evalúa la disponibilidad, polivalencia y cobertura de los servicios ofertados, y su adecuación al perfil epidemiológico, mediante la revisión de la cartera mínima de servicios creada y la comisión de alertas de salud.	Dimensión 3: Conexiones, competencias, capacidades y actitudes profesionales Evalúa los servicios que los profesionales son capaces de ofrecer en función de su formación y grado de competencia mediante tests de conocimientos y tareas de acompañamiento.	Dimensión 4: Ambiente organizativo Comprende el espacio físico, social, profesional e interpersonal evaluado por los participantes en el programa mediante sesiones de evaluación.	Dimensión 5: Indicadores sanitarios Evaluación cuantitativa de la mejora en salud de la población a la que se dirige el programa mediante la revisión de sus indicadores sanitarios.	Dimensión 6: Grado de cumplimiento de actividades Revisa el porcentaje de actividades llevadas a cabo frente al total de actividades propuestas.
--	---	--	--	--	--

CONCLUSIÓN

El presente Programa de Salud propone establecer una correcta colaboración entre MT y MBE, tras estudiar el contexto socio-cultural y económico en el que se pretende realizar, y fomentando la participación de la comunidad a la que está dirigida en el proceso de creación. El objetivo es crear equipos cohesionados que se propongan aprovechar el potencial de cada uno para el beneficio del paciente y la comunidad en la que viven, mediante la creación de sistemas de derivación, con registro de información en cada eslabón de la cadena, desarrollo coordinado de actividades de prevención y promoción de la salud... Las formaciones conjuntas han demostrado ser un puente a través del cual conectar intelectualmente a los practicantes de MT y MBE, como medio para anarles en la lucha por el mantenimiento y promoción de la salud en sus poblaciones, y mediante la creación de Carteras Mínimas de Servicios atribuidos a los practicantes de la Medicina Tradicional, contar con todas las oportunidades que estos actores ofrecen para dar un paso más en el camino hacia la Cobertura Sanitaria Universal en base a la estrategia de la OMS.

BIBLIOGRAFÍA

<ol style="list-style-type: none"> Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002. Lafa O. Plan de Développement Communal (PDC) 2017-2021. Commune de Nikki: Département du Borgou. Ciradef. Ministère de la Décentralisation et de la Gouvernance Locale. Cotonou. 2017. González A, Almaraz A. Análisis de la situación de la Medicina Tradicional en Nikki (Benín) y su relación con la Medicina Moderna. Análisis de Valladolid. Valladolid, 2019. 	<ol style="list-style-type: none"> Calte MM, Redondo S. Aproximación a la situación actual de la Medicina Tradicional en Nikki, Benín. Universidad de Valladolid. Valladolid. 2019 Diego I, Casado V. Diagnóstico de salud comunitario. Comuna de Nikki, Benín. Universidad de Valladolid. Valladolid. 2018. López A, Rosell I, Almaraz A. Establecimiento de prioridades de planificación sanitaria para cooperación al desarrollo en Nikki (Benín). Universidad de Valladolid. Valladolid. 2018. Mei J, Liang Y, Shi L, Zhao J, Wang Y, Kuang L. The Development and Validation of a Rapid Assessment Tool of Primary Care in China [Internet]. Vol. 2016. BioMed Research International. Hindawi; 2016 [cited 26 de abril de 2020]. p. e6019603. Disponible en: https://www.hindawi.com/journals/bmri/2016/6019603/
--	--