



UNIVERSIDAD BÍBLICA
LATINOAMERICANA
PENSAR • CREAR • ACTUAR

BACHILLERATO EN CIENCIAS TEOLÓGICAS

LECTURA SESIÓN 13

CT 112 MISIÓN DE LA IGLESIA

Montgomery, Laura. “Reinvención de las misiones médicas a corto plazo en las Américas: Una visión de colaboración basada en la Atención Primaria de Salud, la pertenencia cultural y una teología madura”. En *Misiones de corto plazo en América Latina: Reflexiones y perspectivas*, compilado por Tito Paredes, 87-101. Lima: CEMAA, 2009.

Reproducido con fines educativos únicamente, según el Decreto 37417-JP del 2008 con fecha del 1 de noviembre del 2012 y publicado en La Gaceta el 4 de febrero del 2013, en el que se agrega el Art 35-Bis a la Ley de Derechos de Autor y Derechos Conexos, No. 6683.

REINVENCIÓN DE LAS MISIONES MÉDICAS A CORTO
PLAZO EN LAS AMÉRICAS

Una visión de colaboración basada en la
Atención Primaria de Salud, la pertinencia
cultural y una teología madura

LAURA M. MONTGOMERY

CONSIDEREMOS estas realidades. Hoy, cada país de América Latina tiene un segmento de su población que todavía carece del acceso a la atención de salud, de ingresos suficientes y de condiciones de vida para sostener un estado de buena salud. Centenares de iglesias de los Estados Unidos y Canadá tienen recursos abundantes y miembros que son médicos, dentistas, enfermeros y otros trabajadores de salud, muchos de los cuales están dispuestos a usar sus vacaciones y pagar sus gastos para transportarse a sí mismos, su equipo y los medicamentos para proporcionar la atención de salud gratis en América Latina.

LAURA MONTGOMERY, (Ph.D. en Antropología, Michigan State University), es profesora de antropología. Desempeña el cargo de presidenta del Departamento de Sociología y Antropología de la Universidad Westmont, en California. Ella hizo trabajo de campo en México.

Desde hace mucho tiempo la atención de salud ha sido una parte de la misión de la iglesia cristiana. Viajar al extranjero y las comunicaciones globales son ahora más fáciles y menos caros que nunca. Entonces, ¿qué puede ser problemático para los miles de trabajadores de salud voluntarios y cristianos que viajan a Latinoamérica por una o dos semanas para proveer la atención de salud a los que la necesitan? De hecho, cada año son más populares las misiones médicas a corto plazo. (En una búsqueda sencilla en Google sobre misiones médicas a corto plazo, recibí más de dos mil resultados, y de esos, muchos representaban una variedad de posibilidades de servicio).

¡Loy, quisiera afirmar que la atención de salud es una parte indispensable de la misión cristiana y que servir a los pobres es el corazón del trabajo de la iglesia. También, es importante que las iglesias y otras organizaciones cristianas crucen las fronteras culturales y nacionales para compartir nuestros recursos y vidas en Cristo. Somos un solo cuerpo conectado en Cristo, no somos una colección de cuerpos separados de Cristo. Sin embargo, hemos aprendido demasiado sobre las misiones transculturales y los métodos de cómo mejorar la salud y no podemos pasar por alto que las misiones médicas a corto plazo no sean la manera más apropiada ni eficaz para proporcionar la atención de salud o mejorar el estado de salud. Además, muchas veces representan un entendimiento teológico inmaduro del servicio bíblico. Se gasta demasiado dinero, pericia y tiempo en los esfuerzos a corto plazo que producen resultados insignificantes o negativos, mientras las necesidades son demasiado grandes. ¿Implica esto que las iglesias y organizaciones con recursos y habilidades no tienen un papel en la atención de salud en América Latina? No, al contrario, las considerables inversiones de finanzas y recursos humanos que se gastan en misiones médicas a corto plazo se podrían utilizar para hacer una contribución mucho más significativa y duradera.

En esta ponencia describiré primero los principios que la comunidad internacional -Organización Panamericana de Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud- ha reconocido para informar o guiar los esfuerzos para mejorar la salud individual y pública y que han resultado exitosos. Segundo, discutiré las maneras en que las misiones médicas a corto plazo muchas veces trabajan en contra de estos principios. Mis comentarios se basan en mis observaciones e investigaciones en varios países latinoamericanos. Finalmente, les ofreceré un paradigma nuevo de cómo las iglesias en las Américas podrían comportarse en solidaridad a fin de servir las necesidades de salud de los pobres en América Latina y que refleja tanto las normas reconocidas internacionalmente como un modelo de servicio que se funda más en la Biblia.

En el año 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (APS), celebrada en la antigua Unión Soviética, produjo la Declaración de Alma-Ata. La salud se definió holísticamente como un "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades". También se describió la salud como "un derecho humano fundamental y sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud". La Declaración, además, proporcionó una definición sobre la atención primaria de la salud, la definió como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables; asistencia puesta al alcance de todos los individuos y sus familias, conforme a lo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Los principales énfasis de la APS han sido "la educación y promoción de la salud, alimentación y nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento, asistencia materno infantil y planificación

familiar, inmunizaciones, prevención y control de endemias, tratamiento de enfermedades y traumatismos prevalentes, y acceso a medicamentos esenciales" (OPS, 2003).

Veinticinco años después de Alma-Ata, la OPS afirmó que la APS es una estrategia válida y efectiva para mejorar la salud en la región de las Américas (OPS, 2003). Aunque la APS se ha realizado en forma desigual e incompleta en toda la región y la inequidad social ha crecido, la APS ha logrado ganancias importantes en la salud: la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio; la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25% en términos absolutos; la esperanza de vida ha aumentado en seis años, en promedio; las muertes por enfermedades contagiosas y del sistema circulatorio han caído en 25%; y las muertes por condiciones perinatales han decrecido en un 35% (OPS, 2005:1).

Sin embargo, varios desafíos enfrentan casi todos los países: "la urbanización y el envejecimiento demográfico; las enfermedades crónicas, violencia y discapacidades; el SIDA y otras enfermedades emergentes; la vulnerabilidad a desastres y a otras circunstancias de impacto ambiental" (OPS, 2003:13). Además, según la OPS, "las brechas de inequidades en salud, cada vez más amplias, y los persistentemente sobrecargados sistemas de salud amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro las posibilidades de progreso futuro hacia una mejor salud y desarrollo humano (OPS, 2005:1). En este contexto, en el año 2005, la OPS llamó a un enfoque renovado de APS y declaró que "la nueva definición se enfoca sobre el conjunto del Sistema de Salud; incluye a los sectores públicos, privados y sin ánimo de lucro y es aplicable para todos los países (OPS, 2005:6)". También articuló los valores, principios y elementos de un programa renovado de APS. No voy a repasar todas las características aquí, solo las que están más relacionadas con nuestros fines. Los sistemas de salud basados en la APS:

- responden a las necesidades objetivas y subjetivas;
se orientan hacia la calidad;
son sostenibles;
involucran participación individual y social;
- son integrados con otras actividades de desarrollo humano;
son aceptables culturalmente;
proveen atención integrada incluyendo las referencias y contrarreferencias;
- incluyen servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto cuidado;
tienen un enfoque poblacional;
hacen énfasis en la prevención y la promoción; y
- proveen atención apropiada y efectiva (OPS, 2005: 9-13).

Por la discusión de cada una de estas características, se hace muy claro que no se las puede lograr si no se establecen en evidencias disponibles.

Una gran ventaja de la APS es que "la evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación de la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta del usuario comparada con la de aquellos sistemas que tienen una débil orientación de la APS (OPS, 2005:ii)". Por esta razón, mantengo que debemos evaluar la eficacia y la conveniencia de las misiones médicas a corto plazo en el contexto de la APS.

Una escasez de información es una dificultad seria que únpide un análisis completo de estos grupos. Mientras los equipos pretenden que ayudan a los más pobres de los pobres o salvan vidas

o mejoran el estado de salud de una comunidad, tales grupos y sus patrocinadores típicamente no recogen el tipo de información necesario para validar sus afirmaciones. Ellos presentan frecuentemente evidencia que consiste en testimonios de los participantes, el número de pacientes revisados, las cirugías realizadas o dientes extraídos, o las expresiones de agradecimiento de los pacientes. Esta información es interesante e importante pero no es todo lo que se necesita para poder evaluar el impacto de estos equipos en el estado de salud o acceso a la atención de salud. Por lo menos, debemos exigir que recojan los datos apropiados para verificar su impacto y eficacia. La falta de evidencia para sostener las intervenciones de estas misiones médicas es demasiado común en la salud internacional, no se cumple con los requisitos de la APS.

Yo estoy trabajando con una alumna y dos misioneros médicos para recoger más información sobre unas misiones médicas a corto plazo en México y República Dominicana. Los grupos que hemos estudiado en estos países se dedicaron a la atención general, uno proporcionó servicios oftalmológicos, principalmente las cirugías de cataratas. Además, he observado un equipo en Honduras que proveyó cirugías plásticas y atención dental. Eran grupos de profesionales médicos y enfermeros y otros ayudantes completamente equipados que proporcionaron atención médica por unos días hasta dos semanas. Los equipos eran distintos en su habilidad de hablar español, sus sensibilidades a diferencias culturales, actividades promocionales de salud, formación de trabajadores locales y coordinación con servicios locales. Mientras ellos son una fracción pequeña de los centenares de grupos que vienen a Latinoamérica cada año, creo que son representantes de la literatura promocional de varios grupos que he leído y la evidencia anecdótica. Todas las misiones compartieron estas características: dependieron de trabajo voluntario, representaron un modelo curativo de atención médica, fueron a corto plazo y usaron grandes

cantidades de recursos financieros para transportar al personal y el equipo. Ahora voy a discutir algunas de las maneras en que las características de los grupos están en conflicto con los principios de la APS y cómo pueden socavar, sin querer, el desarrollo o la existencia del estado de salud de la comunidad, aunque ayuden a pacientes individuales.

Una de las preocupaciones que tengo sobre las misiones a corto plazo de toda clase es el impacto del trabajo voluntario en la economía local, especialmente en una región como América Latina donde el desempleo y el subempleo son problemas constantes. Ahora estos problemas afectan a los profesionales tanto como a los trabajadores con menos habilidades, porque el presupuesto del sector social se ha contraído en la mayoría de los países latinoamericanos durante las dos décadas pasadas. Según la Organización Mundial de la Salud, solamente cinco países de América Latina tienen escasez de trabajadores de salud: El Salvador, Honduras, Nicaragua, Perú y Haití. La escasez no es necesariamente de médicos sino de enfermeros, parteras y otros tipos de trabajadores de salud.

Donde no hay escasez de trabajadores, el problema está en la mala distribución de los mismos porque aquéllos buscan empleo en ciudades grandes que tienen mejores instalaciones, condiciones de vida y sueldos. La pérdida de trabajadores por medio de la migración, porque los salarios y las oportunidades en sus propios países son limitados, afecta actualmente a muchos países de América Latina. Como hemos aprendido que la provisión de comida gratis por un tiempo extendido provoca la reducción de su producción por la rebaja del precio, también la provisión de atención médica gratis, por parte de los trabajadores extranjeros, podría provocar una tendencia descendiente de los salarios de los trabajadores locales. Los medicamentos y materiales gratis así como la labor voluntaria para construir clínicas presentan los

mismos problemas. Por lo menos debemos investigarlo, puesto que, simplemente, los trabajadores de salud local que tienen que vivir de sus sueldos no pueden competir a largo plazo con atención gratis ofrecida por los voluntarios. Además, no pueden proporcionar un volumen tan grande de atención gratis ni cuidado posterior al gran número de pacientes que los grupos a corto plazo han revisado. No obstante, muchos grupos tienen la esperanza de que lo puedan hacer. Si los trabajadores locales reciben sus salarios del gobierno, los equipos a corto plazo están duplicando servicios ya disponibles. Dicho francamente, los visitantes no harían eso en sus propias comunidades.

También, no queda claro que las misiones provean servicios solo a pacientes que no tienen acceso a la atención médica o que no pueden pagarla; de hecho, los datos indican algo diferente. En cinco de los casos discutidos aquí, todos trabajaron en hospitales o clínicas establecidos. En un caso, en México, hemos encontrado que la mayoría de los pacientes ha visitado a un médico en los últimos seis meses. En República Dominicana, mis colegas, los doctores Miguel y Anita Dohn, reportan que los pacientes frecuentemente buscaban una segunda opinión de los visitantes, pero los médicos visitantes no lo sabían. A veces un paciente suspendía un tratamiento crítico si el diagnóstico o el tratamiento era diferente de lo que un médico local había determinado. Cuando los equipos trabajan sin una comprensión de cómo un paciente maneja la situación, pueden ocasionar desconfianza en los médicos locales. En el ejemplo de Honduras, los médicos hondureños de un hospital evangélico se preocupaban de que algunos pacientes aplazaran la atención médica hasta que los "mejores" médicos de los Estados Unidos llegaran.

Unos equipos intentaron proveer alguna forma de educación médica continua a los médicos locales o mostraron técnicas o procedimientos nuevos. Otra vez, la realidad divergió del ideal.

puesto que la atención de salud en los Estados Unidos depende mucho de la tecnología, es difícil transferirla a otros lugares en donde faltan recursos. Observé con la misión oftalmológica en México que el tratamiento nuevo que el médico visitante describió requería un láser de alto costo para los médicos mexicanos y para el hospital. La ironía fue que en el hospital donde la plática sucedió, no se contaban con fondos para comprar medicamentos básicos porque el gobierno había reducido su presupuesto. Ahora, en los Estados Unidos mismos encontramos que la atención médica conducida por la tecnología es insostenible. Una meta de la APS es que las comunidades tengan acceso local a la atención médica y que ésta sea sostenible económicamente. ¿Las comunidades no serían mejor servidas si los fondos se dieran para pagar los sueldos de los trabajadores locales, subsidiar la atención médica para los que no la pueden pagar o para proveer algunos incentivos a los practicantes locales que vayan a trabajar en regiones rurales osub atendidas?

El modelo de atención médica proporcionado por los grupos a corto plazo es curativo en vez de promotivo, preventivo o rehabilitativo por tres razones principales. Primero, el enfoque de la preparación de médicos y enfermeros en los Estados Unidos sigue siendo curativo. Segundo, la atención promotiva, preventiva o rehabilitativa necesita tiempo, algo que los grupos no tienen. Tercero, los participantes con frecuencia no tienen la capacidad lingüística para hacer este tipo de actividad o establecer una relación terapéutica que la atención necesita. El uso de traductores en la atención de salud es problemático y muy complicado (un tema para otra consulta).

Cuando los grupos tratan de proveer educación de salud o prevención de enfermedades, usan con frecuencia materiales traducidos de Estados Unidos, que muchas veces son inadecuados desde una perspectiva cultural. Los equipos no reconocen que la

pobreza, más que una falta de educación o deseo es lo que impide al paciente realizar la conducta preventiva, los cepillos y la pasta dental cuestan dinero. Muchos de los problemas tratados por los equipos a corto plazo como infecciones de parásitos, diarrea, deshidratación y algunas enfermedades respiratorias resultan por falta de agua potable y saneamiento, así como por condiciones de vida de baja calidad. De hecho, la incidencia de caries dentales ha crecido con la dieta "moderna" de las comidas procesadas y bien azucaradas. Muchas veces, el tratamiento curativo aplicado por los grupos visitantes demora la morbilidad o mortalidad en lugar de mejorar la salud en una manera continua (Townsend, cita en Montgomery, 1993).

Los pacientes con afecciones crónicas como enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes y dolor crónico vienen a las clínicas instaladas por las misiones a corto plazo. El tratamiento eficaz de estas enfermedades exige atención, educación y vigilancia continua, algo que estos grupos no pueden proveer. Aunque las cirujías y los tratamientos dentales reparan algunas de las consecuencias de las condiciones de mala salud, no impiden que vuelvan a ocurrir.

Como la APS demuestra, la atención curativa es solamente un elemento de un sistema de salud. Para ser eficaz tiene que ser una parte bien coordinada de un sistema de referencia e incluir también la atención promotiva, preventiva y rehabilitativa. Lo más importante es que sea una parte de los programas de desarrollo integrados que responden más ampliamente a las condiciones socio económicas y ambientales.

Como ya mencioné, los equipos a corto plazo se quedan en una comunidad por muy poco tiempo. Su breve duración causa una serie de problemas y va contra los principios y metas de la APS. Primero, ellos no están para cuidar los efectos secundarios negativos de los medicamentos que han recetado ni para las

complicaciones de las cirugías. Ninguna de las misiones recogía información para determinar el número de resultados negativos o positivos. Aunque los datos sobre la experiencia de pacientes norteamericanos muestran que no hay muchos resultados negativos, debemos tener extremo cuidado al extrapolar cuando las condiciones de vida y los recursos son muy diferentes.

En República Dominicana, nuestras entrevistas a los pacientes un mes después de la visita de dos misiones a corto plazo mostraron que un 6% de ellos (de un total de 167) sufría efectos secundarios negativos ocasionados por los medicamentos que los equipos les recetaron. Los problemas incluyeron dispepsia hasta arritmia cardíaca. La mitad de los pacientes con problemas tuvo que solicitar ayuda a los médicos locales para el tratamiento de esos efectos secundarios; el resultado fue que la atención gratis al final les costó dinero y tiempo. Encontramos, además, que unos pacientes tuvieron problemas porque recibieron su medicamento sin instrucciones en español, o era algo nuevo o desconocido para los médicos locales. Es injustificable que un equipo entregue un medicamento sin instrucciones escritas en el idioma local. Aunque el paciente sea analfabeto, siempre encontrará a alguien de la comunidad que pueda leerlas y explicárselas.

Ya que los voluntarios pasaron poco tiempo en las comunidades, no tuvieron incentivos para aprender de la cultura local, conocer el pueblo y sobre las condiciones de salud con la profundidad necesaria para proporcionar eficazmente la atención de salud. El tiempo tan corto en el país y los prejuicios de la educación biomédica hicieron que todos los grupos funcionaran con un entendimiento muy superficial sobre el efecto de la cultura en la conducta, en las creencias y en las explicaciones de salud.

Otro resultado de nuestras investigaciones en República Dominicana fue que el 36% de los 167 pacientes entrevistados un mes después de su contacto con las misiones, reportaba que

compartían sus medicamentos recibidos con por lo menos una persona más. Compartían todos los tipos de medicamentos, desde las aspirinas hasta los antibióticos. Sin duda, el compartir refleja un patrón cultural de relaciones sociales, pero no sabemos tampoco si la distribución de medicamentos gratis contribuye a elevar la tasa de compartir a un nivel tan alto. Los grupos no sabían nada de eso. Los efectos de compartir medicamentos no son siempre malos, pero la posibilidad de sobredosis o el fomento de bacterias con resistencia es una realidad muy grande.

Finalmente y más importante, aunque la atención se proporciona gratis, las misiones médicas a corto plazo requieren fondos, muchos fondos. Los voluntarios donan su tiempo pero gastan cantidades muy grandes de dinero por el viaje y el alojamiento. Otra vez, existe poca información disponible sobre los presupuestos de los grupos. La información en Internet de las organizaciones que patrocinan las misiones médicas a corto plazo indica que los gastos de cada participante varía desde mil hasta tres mil dólares, dependiendo del lugar y la duración del viaje. Así, mandar a un grupo de diez personas para proveer una sola semana de atención gratis puede costar por lo menos diez mil dólares. Si suponemos que el equipo revisa a 250 pacientes por semana, un número normal, el costo de cada visita es cuarenta dólares. Si bien este costo es más barato que en los Estados Unidos, significa más del doble por un servicio médico privado en un hospital de una ciudad grande en México.

Reconozco que este análisis es impreciso. Pero el punto es que debemos hacer un análisis de costos y beneficios de las misiones a corto plazo. Si un paciente solamente necesita unas aspirinas para combatir un dolor de cabeza o de garganta, entonces el grupo gasta una importante cantidad de dinero cuando un médico, enfermera u otro tipo de trabajador local podría proporcionar lo mismo a menos costo. Otro ejemplo para ilustrar la importancia

de examinar los costos de equipos a corto plazo es el de República Dominicana. El dinero que un grupo gastó solamente en sus camisetas especiales alcanza para mantener un botiquín por un año (Dohn, comunicación personal).

Otra manera en que las misiones médicas a corto plazo consumen recursos es cuando desvían el tiempo y los esfuerzos de los servicios locales para organizar sus visitas. En Honduras, en particular, cuando los equipos de cirujanos trataron a gran número de pacientes, las enfermeras y demás personal del hospital tenían que atender a estos pacientes además de su trabajo normal. Enormes cantidades de tiempo y energía se dedican frecuentemente a la planificación para los grupos. Yo no conozco ningún estudio sobre estos impactos, debemos hacerlo. Unos practicantes locales me han comentado que creen que es el precio que necesitan pagar para recibir apoyo de los grupos. ¿Qué clase de servicio bíblico es ese? Las organizaciones e iglesias piensan que la participación directa de sus miembros aumenta su habilidad de reunir fondos. ¿Pero lo logran en realidad y en una manera que resulta en beneficios más grandes para los que sirven que a sí mismos? Si en realidad no consiguen mejores resultados en el estado de salud o en el acceso a la atención médica, ¿vale la pena seguir con esto?

Hasta ahora he pintado un escenario negativo de las misiones médicas a corto plazo en su forma actual. Quisiera decir que tal vez existen circunstancias y condiciones en las que son apropiadas, pero primero necesitaremos la evidencia que podría informarnos de cuáles son. También reconozco que la gente que participa en las misiones a corto plazo tiene deseos muy sinceros para servir a los que tienen necesidades. Entonces, ¿cómo podríamos reorientar sus deseos y sus esfuerzos hacia beneficios más duraderos?

La base de una reinvencción de las misiones médicas, y tal vez de todos los tipos de misiones a corto plazo, tiene que ser una comprensión teológica más madura y constante con la visión de

servir en la Biblia. Muchos de los problemas que he discutido aquí se evitarían si las iglesias y otras organizaciones que mandan a esos grupos se orientaran más hacia las necesidades auténticas y condiciones verdaderas de la gente a la que desean ayudar y menos hacia sí mismos: sus preferencias, comodidades, ampliación y la necesidad de ser necesitados. El servicio que la Biblia exige consiste en que pongamos las necesidades y realidades de otros delante de las de nosotros, con humildad y empatía. Si pensamos que nosotros mismos (aquí me refiero a los norteamericanos) o tantos de nosotros, tenemos que estar presentes en la clínica u hospital para servir a otros en Latinoamérica, no actuamos en los mejores intereses de los pueblos. Creo que una orientación a la APS nos ayudaría a realizar un modelo de atención de salud más de acuerdo con la Biblia. Distinto de las misiones a corto plazo, que frecuentemente son conducidas por los propósitos y necesidades de sí mismos, la APS demanda que las comunidades locales determinen los programas. La APS también exige que prestemos la atención en los efectos de largo plazo tanto como en los de corto plazo. Además, las iglesias y universidades cristianas tienen la responsabilidad de formar un modelo de servicio bíblico que incorpore todo lo que hemos aprendido de las misiones y de los programas de desarrollo efectivos. Tenemos que usar la sabiduría, el conocimiento y el dinero como buenos discípulos.

La coordinación y la colaboración están en el fondo de la APS. Es perfectamente apropiado que los cristianos que tienen recursos amplios los compartan con quienes les faltan, pero los esfuerzos deben ser realmente colaborativos. Nosotros, norteamericanos, creo que tenemos que aprender a colaborar en vez de dirigir. La iglesia puede ser un lugar muy eficaz para la educación y promoción de la salud, porque, como comunidad, puede reforzar los hábitos de buena salud y proporcionar apoyo (McElmurray, Marks and Cianelli, 2002). Si establecemos relaciones a largo plazo entre

las iglesias de las Américas que fomentan un conocimiento muy profundo de cada quién dentro del marco de la APS, podemos hacer ganancias duraderas y positivas.

El sistema de salud en los Estados Unidos está en plena crisis. Dependemos demasiado de la tecnología, los costos son muy altos, necesitamos un enfoque más grande en promoción y prevención; y bastante gente no tiene seguro de salud. Además, la proporción de la población latina está creciendo rápidamente. Debemos incorporar más conocimientos de sus culturas y sus realidades si queremos servirles bien. Todos los cristianos y todas las iglesias de las Américas tienen mucho que compartir como socios iguales.

BIBLIOGRAFÍA

- DOHN, Michael
2004 Personal Communication.
- MCELMURRY, Beverly, J. Beth A. MARKS and Rosina CIANELLI
2002 Primary Health Care in the Américas: Conceptual Framework, Experiences, Challenges and Perspective. Organization and Management of Health Systems and Services. Washington, D.C.: Pan American Health Organization
- MONTGOMERY, Laura M.
1993 Short-Term Medical Missions: Enhancing or Eroding Health? *Misology: An International Review* 21(3).
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
2003 Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. 44/ Consejo Directivo, 55.ª Sesión del Comité Regional, <http://www.paho.org>
- 2005 Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Borrador Julio 2005. <http://www.paho.org>
- 2006 Declaración de Alma-Ata. <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-atadec la rae i o n. h tm>