



Proyecto de Ley N° 1972/2017-CR

LEY QUE ARTICULA LA MEDICINA
TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA AL
SISTEMA NACIONAL DE SALUD



PROYECTO DE LEY

La Congresista de la República, **Rosa María Bartra Barriga**, integrante del **Grupo Parlamentario Fuerza Popular** del Congreso de la República; en ejercicio del derecho de iniciativa legislativa que confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Estado y los artículos 75° y 76° numeral 2) del Reglamento del Congreso, proponen el siguiente Proyecto de Ley:

FÓRMULA LEGAL

El Congreso de la República
Ha dado la Ley siguiente:

LEY QUE ARTICULA LA MEDICINA TRADICIONAL Y COMPLEMENTARIA AL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



Artículo 1°.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene como objeto articular la Medicina Tradicional y Complementaria al Sistema Nacional de Salud en sus diversos niveles de atención.

Los establecimientos públicos de salud podrán implementar gradualmente como parte de la atención integral de salud, áreas de medicina complementaria y se articulan con la medicina tradicional, bajo la autorización del Ministerio de Salud y EsSalud y según su disponibilidad presupuestal, para brindar a las personas acciones de promoción de la salud, de prevención, recuperación y rehabilitación de la enfermedad, con el respectivo consentimiento informado del usuario y coordinan con los Agentes de la Medicina Tradicional a fin de brindar una atención con enfoque intercultural acorde con las necesidades de salud de la persona, protegiendo siempre su vida y su salud.

Artículo 2°.- Del Ejercicio

Su ejercicio se realiza en el marco del respeto a los derechos fundamentales de la persona y considera el contexto intercultural, bajo estrictos principios éticos. Los métodos usados deben ser regulados y reglamentados por una Comisión Multisectorial de Salud.

La Medicina complementaria, es aplicada por los profesionales de la salud que tengan la formación acreditada por una Universidad y la medicina tradicional, es



ejercida por sus agentes tradicionales, debidamente reconocidos, quienes se organizan a través de un registro, conducido por el Ministerio de Salud, siguiendo el perfil recomendado por la Comisión Multisectorial de Salud antes mencionada.

Artículo 3°.- De la Formación e Investigación

La Presidencia del Consejo de Ministros-PCM, (a través del CONCYTEC - Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología); el Sector Salud (a través del Ministerio de Salud); Sector Trabajo (a través de ESSALUD - Seguro Social de Salud); Sector Educación (a través de las Universidades Públicas), velarán por considerar en sus líneas prioritarias de investigación.

Artículo 4°.- De la Comisión Multisectorial

Confórmese la Comisión Multisectorial de Salud. Está integrada por las siguientes organizaciones públicas:

- 01 Representante del Ministerio de Salud quien lo preside
- 01 Representante del Seguro Social de Salud, quien actuará como Secretario Técnico.
- 01 Representante del Ministerio de Cultura
- 01 Representante del Instituto Nacional de Salud
- 01 Representante de la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de la Policía Nacional
- 01 Representante de la Asociación de Universidades
- 01 Representante de los Colegios Profesionales de Salud.
- 01 Representante de los Agentes Tradicionales



Artículo 5°.- Vigencia de la ley

La presente Ley entrará en vigencia a partir del día siguiente a su publicación en el diario oficial El Peruano.

Disposiciones Complementarias Finales

Primera.- De la Supervisión, del Control y Sanción

La Comisión Multisectorial de Salud, propone los mecanismos de regulación y control para los prestadores que realicen prácticas ligadas a la Medicina Tradicional y Complementaria. Así mismo la sanción para los prestadores en caso de mala práctica.



Segunda.- De la Reglamentación y emisión de normas complementarias

El Poder Ejecutivo en un plazo de 180 días posteriores a la promulgación de la presente ley, se aprobará el reglamento que posibilite su adecuada implementación.

Lima, Agosto 2017



ROSA MARÍA BARTRA BARRIGA
Congresista de la República

EXPOSICION DE MOTIVOS

I. JUSTIFICACIÓN

La Constitución Política del Perú¹ establece:

- a) Artículo 2°.- Toda persona tiene derecho:
. inciso 1): *"A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. (...)"*;
. inciso 19): *"A su identidad étnica y cultural. El Estado reconoce y protege la pluralidad étnica y cultural de la Nación. (...)"*;
- b) Artículo 89°.- *"(...). El Estado respeta la identidad cultural de las comunidades campesinas y nativas"*;
- c) Artículo 7°.- *"Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como contribuir a su promoción y defensa. (...)"*;
- d) Artículo 9°.- El Estado determina la política nacional de salud. El Poder Ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla y conducirla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud";
- e) Artículo 11°.- *"el Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz funcionamiento. (...)"*,

La Ley General de Salud², dispone:

- a) En el Título Preliminar, numeral XVII : *"La promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado"*;
- b) Artículo 63°.- *"La comercialización de plantas medicinales y sus preparados obtenidos en forma de extractos, liofilizados, destilados, tinturas, cocimientos o cualquier otra preparación galénica con finalidad terapéutica, diagnóstica o preventiva en la condición de fórmulas magistrales, preparados oficinales o medicamentos, se sujeta a los requisitos y condiciones que establece el reglamento"*.

Así mismo, la Ley de aprovechamiento sostenible de Plantas Medicinales³, en concordancia con el interés ambiental, social, sanitario y económico de la Nación, sustentada sobre la base de las acciones orientadas al mantenimiento del equilibrio ambiental, la distribución de los beneficios obtenidos de ellas y el respeto a las comunidades nativas y campesinas, considera que corresponde a las Universidades investigar las plantas medicinales de nuestra biodiversidad y considerar en sus estructura curriculares la enseñanza de la medicina tradicional. Asimismo, las Comunidades Nativas y Campesinas, podrán

¹ Constitución Política del Perú. (1993). Website:
<http://www4.congreso.gob.pe/ntley/imagenes/Constitui/Cons1993.pdf>

² Ley General de Salud N° 26842. (1997). Website:
<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>

³ Ley N° 27300. Ley de aprovechamiento sostenible de Plantas Medicinales. (2000). Website:
<http://www4.congreso.gob.pe/comisiones/1999/ambiente/ley27300.htm>



aprovechar la flora medicinal con fines comerciales e industriales, directamente o en asociación con terceros, dentro del marco legislativo vigente y de los convenios internacionales suscritos y ratificados por el gobierno peruano.

La Ley N° 29459, de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios⁴, incluye a los medicamentos, medicamentos herbarios, productos dietéticos y edulcorante, productos biológicos y a los productos galénicos como productos farmacéuticos.

La Declaración de los Derechos Humanos establece en su artículo 25° que, "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios"

La Organización Mundial de la Salud, estipula:

- a) En la 62° Asamblea Mundial de la OMS⁵, en la Declaración de Alma-Ata, señala entre otras cosas, que "la atención primaria de salud se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresas de la comunidad".
- b) En el documento: Estrategia de la Organización Mundial de la Salud-OMS para la Medicina Tradicional, 2002-2005⁶, el mismo que es actualizado con el documento Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023, en dichos documentos se recomienda a los países miembros la formulación de políticas que conduzcan a reglamentar y mejorar el acceso a la medicina tradicional en cada país.
- c) En relación a la interculturalidad, el MINSA⁷ refiere que mediante la Resolución EB111/SR/9-2003-OMS, se reconoce que la Medicina Tradicional y Complementaria, presenta muchos aspectos positivos y cumple una función importante en el tratamiento de enfermedades crónicas y mejora la calidad de vida de quienes sufren enfermedades determinadas incurables.
- d) Declaración de Beijing Adoptada en el Congreso de la OMS sobre Medicina Tradicional, Beijing (China), 8 de noviembre de 2008, donde se

⁴ La Ley N° 29459, Ley de los Productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (2009). Website: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Ley29459.pdf>

⁵ 62° Asamblea Mundial de la OMS (2009). Website: http://apps.who.int/cb/ebwaha/pdf_files/WHA62-REC1/A62_REC1-sp.pdf

⁶ Estrategia de la Organización Mundial de la Salud – OMS para la Medicina Tradicional, 2002 – 2005. Ginebra. (2002). Website: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/67314/1/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf

⁷ MINSA. Análisis de la situación de salud del pueblo Aymará-Puno 2010. Perú. DGE. PERU/ MINSA/DGE-10/21 & SERIE ANALISIS DE SITUACION DE SALUD Y TENDENCIAS. (2010). p:30. Website: http://www.dge.gob.pe/publicaciones/pub_asis/asis26.pdf



incentiva a los países miembros a desarrollar políticas necesarias que impulsen la reglamentación y normatividad, en el marco de un sistema nacional de salud de salud integral, para garantizar el uso apropiado, seguro y eficaz de la medicina tradicional.

- e) En la Resolución WHA62.13- 2009⁸, OMS, reconoce que la medicina tradicional, es uno de los recursos de los servicios de atención primaria de salud que podría contribuir al mejoramiento de los resultados sanitarios⁹ y solicita a los Estados Miembros considerar la adopción y aplicación de la Declaración de Beijing, sobre Medicina Tradicional, de conformidad con las capacidades, prioridades y circunstancias nacionales y la legislación nacional pertinente.

La Organización Panamericana de la Salud en la Resolución CD37.R5⁹, inciso D, aprobada el 28 de septiembre de 1993, recomienda "instar a los Gobiernos Miembros a que promuevan la transformación de los sistemas de salud y apoyen el desarrollo de modelos alternativos de atención de la población indígena, dentro de a estrategia de los sistemas locales de salud, incluyendo la medicina tradicional y la investigación sobre su calidad y seguridad"

El Convenio 169 del Organismo Internacional de Trabajo (OIT)¹⁰, 1989, estipula:

- a) En la parte IV, artículo 25°, inciso 1, que "Los gobiernos deberán velar porque se pongan a disposición de los pueblos interesados servicios de salud adecuados o proporcionar a dichos pueblos los medios que les permitan organizar y prestar tales servicios bajo su propia responsabilidad y control, a fin de que puedan gozar del máximo nivel posible de salud física y mental.
- b) En el inciso 2, que "Los servicios de salud deberán organizarse, en la medida de lo posible, a nivel comunitario. Estos servicios deberán planearse y administrarse en cooperación con los pueblos interesados y tener en cuenta sus condiciones económicas, geográficas, sociales y culturales, así como sus métodos de prevención, prácticas curativas y medicamentos tradicionales



II. FUNDAMENTOS

A. PAÍS MEGADIVERSO

El Perú¹¹ es un país que cubre un área de 1.285.260 km², lo que lo convierte en el vigésimo país más grande en tamaño de la Tierra y el tercero de América

⁸ OMS. Resolución WHA62.13. (2009). Website: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21477es/s21477es.pdf>

⁹ PAHO. Resolución CD37.R5. (1993) Website: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/1582/CD37.R5sp.pdf?sequence=2>

¹⁰ Convenio 169 de la Organismo Internacional de Trabajo. (1989) Website: http://www.ilo.org/dyn/normlex/es/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C169

¹¹ INEI: Web site: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/surface/>

del Sur. Posee una enorme multiplicidad de paisajes debido a sus condiciones geográficas, lo que a su vez le da una gran diversidad de recursos naturales. El Perú está dentro de los países más megadiversos con una extraordinaria variabilidad ecosistémica, específica y genética. Concentra 84 de las 104 zonas de vida del planeta y sus distintas altitudes y climas generan condiciones excepcionales para el desarrollo de diversos cultivos y especies. Posee 79 millones de hectáreas de bosques y es el segundo país en América Latina, y el cuarto a nivel mundial, en extensión de bosques tropicales.^{12,13}

El mar peruano es una de las cuencas pesqueras más importantes del planeta y se encuentra en buena situación de conservación en comparación con otras. Los páramos y las punas, con una superficie de 22 millones de hectáreas, son ecosistemas de enorme importancia a nivel global por su biodiversidad. El Perú es el octavo país en el mundo en número de especies. Se calcula que existen unas 25,000 especies, de las cuales 22% son endémicas. Posee 20,375 especies de flora, 515 de mamíferos, 1,834 de aves, 418 de reptiles, 508 de anfibios, 1,070 de peces marinos y 3,700 de mariposas.¹⁴

El país es uno de los mayores centros mundiales de recursos genéticos, con unas 182 especies de plantas y 5 de animales domesticados, y es reconocido como uno de los centros de origen de la agricultura y de la ganadería. También es reconocido por sus aportes de alimentos al mundo, como la papa (91 especies silvestres, 9 especies domesticadas y unas 3,000 variedades), el maíz (más de 50 razas), el tomate, el frijol, el árbol de la quina, la uña de gato, entre otros. Tiene un alto sitio en diversidad de frutas (623 especies), cucurbitáceas, plantas medicinales (1,408 especies), plantas ornamentales (1,600 especies) y plantas alimenticias (1,200 especies). Además, cuenta con cinco especies de animales domésticos nativos: la alpaca, la llama, el cuy, el pato criollo y la cochinilla (MINAM, 2014), convirtiéndolo en el país ecológicamente más diverso del mundo.¹⁵

De las plantas útiles, más de 1,000 tienen un uso medicinal conocido. La utilización de ellas se sigue dando en la medicina tradicional, utilizada ampliamente en nuestro país, especialmente en zonas rurales¹⁶. Sin embargo, muchas de estas plantas han contribuido con el desarrollo de medicamentos



¹² CONCYTEC. Programa Nacional Transversal de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica de Valorización de la Biodiversidad 2015-2021. (2015) Lima Perú. Website:

[http://www.cienciactiva.gob.pe/images/documentos/programas-nacionales/biodiversidad_concytec_completo_final%20\(1\).pdf](http://www.cienciactiva.gob.pe/images/documentos/programas-nacionales/biodiversidad_concytec_completo_final%20(1).pdf)

¹³ MINSA. Foro Investigación y Biocomercio de plantas medicinales y alimenticias de uso tradicional en el Perú. (2008). p:4. Website:

<http://cdam.minam.gob.pe/publielectro/biocomercio/investigacionbiocomercio.pdf>

¹⁴ MINSA. Foro Investigación y Biocomercio de plantas medicinales y alimenticias de uso tradicional en el Perú. (2008). p:4. Website:

<http://cdam.minam.gob.pe/publielectro/biocomercio/investigacionbiocomercio.pdf>

¹⁵ CONCYTEC. Programa Nacional Transversal de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica de Valorización de la Biodiversidad 2015-2021. (2015) Lima Perú. Website:

[http://www.cienciactiva.gob.pe/images/documentos/programas-nacionales/biodiversidad_concytec_completo_final%20\(1\).pdf](http://www.cienciactiva.gob.pe/images/documentos/programas-nacionales/biodiversidad_concytec_completo_final%20(1).pdf)

¹⁶ Chuspe M. Las plantas medicinales y el proceso salud – enfermedad en dos comunidades Shipibo Conibo Pucallpa - Perú (2012). Bol. Inst Nac Salud (Perú). 18(9-10)2012: 158-62. Website:

http://www.ins.gob.pe/RepositorioAFS/0/0/par/BOLETIN_2012/Bolet%20C3%ADn%20final%20SEP_Oct20121.pdf

muy útiles a la humanidad, como por ejemplo el árbol de la quina, de cuya corteza fue descubierta la quina, principio activo que se utiliza para tratar algunas arritmias cardíacas, así como fue la que originó la cloroquina actualmente ampliamente utilizada para combatir la malaria y controlar algunas enfermedades autoinmunes.¹⁷ Otra planta peruana muy útil en el tratamiento de enfermedades es el Bálsamo del Perú, utilizada para heridas y dolores reumáticos.¹⁸

En los últimos años, se han venido estudiando un mayor número de plantas peruanas, tales como la Uña de gato¹⁹, la Maca²⁰, el Sacha inchi²¹, el Yacón, la Tara, el Camu camu²², por su potencial impacto en el uso medicinal, en la salud pública, en el desarrollo económico-socio-sanitario para nuestras comunidades nativas, campesinas y agrarias, así como para el despegue de la industria farmacéutica nacional.

Es muy poco lo que el Perú ha avanzado para darle valor a las más de 3,000 especies nativas, sobre todo a aquellas que han demostrado a través del tiempo su uso en la alimentación, medicina, en la agroindustria y exportación. Sólo esperan que se dé el impulso desde los diferentes niveles de gestión y sectores del gobierno.



Teniendo en cuenta lo expuesto y que el mercado de plantas medicinales está en pleno desarrollo y expansión a nivel mundial como (EE.UU, la Unión Europea, Canadá y el Asia) podemos identificar el inmenso potencial que significa el Perú como nuevo proveedor de plantas medicinales para el mundo.^{23,24}

Según la Organización Mundial de la Salud, 7 de cada 10 habitantes del planeta (unos 3,000 millones de personas) recurre a las plantas medicinales para resolver sus principales necesidades de salud y se puede decir que gran

¹⁷ INMETRA. El Libro verde. Ministerio de Salud (1992). Website:

http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/censi/El_libro_verde.pdf

¹⁸ FAO. Estado de la información forestal en Perú. Depósitos de documentos de la FAO. Website:

<http://www.fao.org/docrep/006/ad396s/AD396s10.htm>

¹⁹ M Tránsito López Luengo. Uña de gato. ELSEVIER. Offarm 2006;25:104-8. Website:

<http://www.elsevier.es/en-revista-offarm-4-articulo-una-gato-13095508>

²⁰ Gonzalez G. Ethnobiology and Ethnopharmacology of *Lepidium meyenii* (Maca), a Plant from the Peruvian Highlands. (2012). Evid Based Complement Alternat Med. 2012; 2012: 193496. Website:

<http://dx.doi.org/10.1155/2012/193496>.

²¹ Rosana Chirinos y col. Sacha inchi (*Plukenetia volubilis*): A seed source of polyunsaturated fatty acids, tocopherols, phytosterols, phenolic compounds and antioxidant capacity. Food chemistry 2013;141 (3):1732-39. Website: <https://doi.org/10.1016/j.foodchem.2013.04.078>

²² Langley P y col. Antioxidant and Associated Capacities of Camu Camu (*Myrciaria dubia*): A Systematic Review. J Altern Complement Med. 2015 Jan 1; 21(1): 8–14. doi: 10.1089/acm.2014.0130

²³ MINSA. Mercados potenciales y bionegocios de plantas medicinales y alimenticias y experiencias en el acceso a mercados externos, para productos naturales en Foro Investigación y Biocomercio de plantas medicinales y alimenticias de uso tradicional en el Perú. (2008). p:17. Website:

<http://cdam.minam.gob.pe/publielectro/biocomercio/investigacionbiocomercio.pdf>

²⁴ Rodríguez M. Plantas Medicinales. Mercado Mundial. PROMPEX (1996). Ponencia. Website:

http://www.siicex.gob.pe/siicex/resources/calidad/me_plantasmedicinales.pdf



parte de las terapias tradicionales entrañan el uso de extractos de plantas o de sus principales principios activos para mejorar problemas de salud.²⁵

De otro lado, 1 de cada 4 medicamentos (el 25%) que se ofertan en las farmacias, tiene su origen en plantas medicinales. Es así que el primer medicamento reconocido en el planeta, la aspirina, que contienen ácido acetil salicílico, proviene originariamente del *Salix alba* "sauce", la atropina, deriva de la *Atropa belladonna* "belladonna", la ergotamina del cornezuelo de centeno *Claviceps purpurea*. Se calcula que aproximadamente el 40% que se encuentra en pruebas clínicas para medicamentos son derivados de plantas en un mercado cuyo valor económico está por encima de los 50 billones de dólares anuales.²⁶

Para las multinacionales farmacéuticas estos recursos y el conocimiento asociado a ellos son una fuente potencial de nuevos medicamentos. El conocimiento tradicional les significa un enorme ahorro de investigación porque les indica qué recursos son más útiles y qué caminos tomar. Sin embargo, es importante conocer también que, según los acuerdos aceptados de propiedad intelectual de la Organización Mundial de Comercio, se permite privatizar mediante patente a los recursos públicos y colectivos, sólo con pequeñas modificaciones.^{27, 28} Esto obliga al Perú a custodiar sus recursos naturales y medicina tradicional, realizar el inventario o registro de nuestra riqueza en biodiversidad y apostar por la investigación experimental y clínica, anticipándose a las posibles dificultades económicas y de salud pública frente al crecimiento de productos patentados de otros países.

El crecimiento del mercado de plantas medicinales es alto, se conoce que dentro de los 3 países con mayor importación de ellas está Estados Unidos (18.6%), Alemania con (7.8%) y Japón con (7.8%); así como los que mayor exportan son Indonesia (10.4%), Singapur (9.1%) y la India (8.7%);²⁹ por cierto, ninguno de estos países exportadores tiene tanta riqueza en biodiversidad como el Perú.³⁰

En América Latina, también se ha incrementado el uso y comercialización de las plantas medicinales y las razones probablemente sean las económicas, las sociales y las culturales.^{31,32,33} Así en 1990, el consumo de hierbas aromáticas



²⁵ WHO/EMP/MIE/2011.2.3. The World Medicines Situation 2011. Traditional medicines: global situation, issues and challenges. Geneva 2011.

²⁶ Palacios EE. Economía y Plantas Medicinales. Facultad de Ciencias Económicas. UNMSM. (2006) CSI Boletín 52. Website: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/consejo/boletin52/Pdf/a04.pdf>

²⁷ OMC. Los acuerdos de la OMC y la Salud Pública. (2002). Website: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19072es/s19072es.pdf>

²⁸ OMPI. la propiedad intelectual y los conocimientos médicos tradicionales. Ginebra. (2013). Website: http://www.wipo.int/export/sites/www/tk/en/documents/pdf/background_briefs-s-n6_web.pdf

²⁹ Palacios EE. Economía y Plantas Medicinales. Facultad de Ciencias Económicas. UNMSM. (2006) CSI Boletín 52. Website: <http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/publicaciones/consejo/boletin52/Pdf/a04.pdf>

³⁰ Acosta L. Plantas medicinales - oportunidades y perspectivas de mercado. Herbociencia. (2006). Website: <http://www.herbotecnia.com.ar/c-public-012.html>

³¹ FUNDACIÓN EXPORTAR. Plan de Promoción Sectorial – Hierbas Aromáticas. (2013) Argentina. Website: http://www.funcex.org.br/material/redemercosul_bibliografia/biblioteca/ESTUDOS_ARGENTINA/ARG_151.pdf

y medicinales llegó a 1'410,000 millones de dólares, y en el año 1996 llegó a 1'780,000, en el año 2011 llegó a 11'500 millones de dólares. A pesar de estar el Perú dentro de los cinco países con mayor biodiversidad, sin embargo, su participación en el mercado mundial de productos naturales es de 0.02%. En el Perú, el 80% del mercado proviene de recolección de las especies silvestres, siendo muy pocas las que han alcanzado domesticación y procesamiento industrial.

Actualmente, las plantas medicinales de mayor exportación son el orégano, la hierba luisa, la maca, la uña de gato, la sangre de drago, entre otras, llegando a exportar más de 11,5 millones de dólares al año.

Es así que se requiere una Ley que articule todas estas riquezas, para optimizar las ventajas comparativas que nos otorga tener una gran diversidad de plantas medicinales y en general de recursos naturales, así como contar con un legado ancestral que nos han dejado las diversas culturas que conformaron el tejido histórico de nuestro país, en el uso y en las aplicaciones terapéuticas de ellos y convertirlas en ventajas comparativas en provecho del desarrollo del país y en beneficio de toda nuestra población, especialmente de nuestra población indígena. Así como el enorme potencial de las plantas medicinales para futuros medicamentos.



También es importante saber que se estima que el 20% del territorio habitado carece de farmacias, lo cual impide a la mayoría de la población acceder a los fármacos de síntesis. En este contexto es que la medicina tradicional y el uso de fitofármacos constituyen una alternativa válida para implementar una política de atención primaria de salud por su bajo costo y su uso tradicional.

Sin embargo, previamente se debe garantizar que el producto fitofármaco tenga la calidad requerida y la eficacia probada, por ello es que se requiere de equipos multidisciplinarios y abordarlo como cadena productiva, donde esté involucrado el Estado y las instituciones públicas y privadas.

Además, debemos tener en cuenta la protección y la conservación de la biodiversidad, la elaboración de programas eficientes que eviten la erosión genética, la depredación y la sustracción del uso y conocimientos que tienen nuestros pueblos indígenas, que por falta de regulación actualmente asistimos a un escenario donde se explota las plantas medicinales sin ninguna consideración ética, sin mayores evidencias y con incremento falso de las expectativas en la población.

Considerando la gran riqueza que alberga nuestro país nos podemos dar cuenta del inmenso potencial que tenemos por desarrollar dentro de la investigación de nuestra medicina tradicional. Sin embargo, es tan poco lo que se ha realizado que es urgente crear programas de rescate y de inventario de

³² Centro de Comercio Internacional. Plantas y Extractos Medicinales. (2014). Website: <http://www.intracen.org/itc/sectores/plantas-medicinales/>

³³ Acosta L. Plantas medicinales - oportunidades y perspectivas de mercado. Herbociencia. (2006). Website: <http://www.herbotecnia.com.ar/c-public-012.html>

nuestra riqueza en biodiversidad a fin de evitar la depredación, la biopiratería, la deforestación y el desprestigio de nuestra propia medicina tradicional.

Pero, no sólo son las plantas medicinales las que forman parte de nuestras riquezas como país, sino también otras tales como, las arcillas medicinales³⁴ que son diversas tierras que tienen composiciones diferentes, basadas en su composición mineral, que en combinaciones diversas les da propiedades medicinales, tales como cicatrizantes, antiinflamatorias, quelantes, entre otras; razones por las que pueden ser utilizadas como insumos para el tratamiento de algunas enfermedades dérmicas y también pueden ser utilizadas en la estética.^{35,36}

Así también tenemos las fuentes termales, un recurso natural utilizado en la medicina tradicional desde la época de los Incas. El agua aparte de ser un elemento vital era venerada y utilizada en baños rituales, de purificación o de recuperación de la energía; hasta que en 1844 se prohibieron estos baños rituales de purificación por considerarse ritos paganos. El Inca y la nobleza acudían a estos baños, sobre todo cuando su salud se encontraba resquebrajada, al ser las aguas utilizadas como minero-medicinales.



Nuestro país es muy rico en fuentes termales y aguas minero-medicinales, llamada así por contener grandes cantidades de sustancias minerales. Todas, de acuerdo al componente mineral principal y la temperatura del agua tienen propiedades curativas o medicinales. Se calcula que hay más de 800 fuentes termales, siendo aproximadamente unas 260 las que han sido clasificadas y estas están distribuidas en todas las regiones del territorio nacional.³⁷

Algunas de estas fuentes han dado origen a la formación de balnearios y lugares de reposo y salud o han servido para dar origen a la industria del embotellamiento de aguas minerales para la bebida, pero sólo es un 1% el que viene siendo explotado.

Pero, además de ser el Perú, un país biodiverso, es también un país multilingüe y pluricultural, con cerca de 70 grupos etno-lingüísticos agrupados en 16 zonas culturales, constituyendo un total de 8'793,295 personas, siendo 8'000,000 quechua-andinos, 603,000 aymaras y 190,295 indígenas

³⁴ Arévalo Rivas LD, Rodríguez Valles JL, Ruberto Elías D. Efecto de la arcilla medicinal en quemaduras de segundo grado en pacientes del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren. 2016;1(1):25-30. Website: <http://rpmi.pe/2016/04/14/efecto-de-la-arcilla-medicinal-en-quemaduras-de-segundo-grado-en-pacientes-del-hospital-nacional-alberto-sabogal-sologuren/>

³⁵ CASTILLO CONTRERAS, Ofelia; FRISANCHO VELARDE, Oscar. El "chaco": arcilla medicinal comestible del altiplano peruano y sus propiedades en la patología digestiva. Rev. gastroenterol. Perú, Lima, v. 35, n. 1, enero 2015. (accedido en 16 Ago 2017) Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292015000100013&lng=es&nrm=iso

³⁶ Vila y Campayá M. Manual de Geoterapia Aplicada. OPS/OMS - ESSALUD. 2000. Website: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1011:manual-geoterapia-aplicada&Itemid=719

³⁷ Villavicencio O. Manual de Hidroterapia. OPS/OMS – ESSALUD. Website: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/manualesMEC/hidroterapia/indice.pdf>



amazónicas, distribuidos en todo el territorio nacional.³⁸ Las poblaciones indígenas están organizadas mayoritariamente en comunidades, reconocidas por la constitución como personas jurídicas autónomas protegidas (5,666 comunidades campesinas y 1,450 comunidades indígenas). Las poblaciones indígenas se encuentran principalmente en las zonas rurales (32% vs. 10% en el caso de quechua hablantes y 6.9% vs. 1.4% en el caso de las demás lenguas indígenas). A estos grupos hay que agregar los afro-peruanos y los descendientes orientales (chinos, japoneses, hindúes entre otros) con un 9% y un 0.4% respectivamente.³⁹

Todo lo antes señalado, muestra que el Perú tiene aún mucho que aportar al mundo, tanto en plantas medicinales, como en otros recursos naturales útiles en salud, pero que además es importante respetar las diversas culturas a fin de crecer armónicamente y desarrollarnos como nación, es decir es importante articular las diversas formas de ver la vida, la salud y la enfermedad, llegando a obtener un sistema único de salud.

B. SITUACIÓN DE SALUD EN EL PERÚ

Según datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) la población estimada para fines del año 2017 será alrededor a los 31 millones de habitantes, con un crecimiento anual de 1,52% y concentrándose el mayor número en la ciudad de Lima, más de 9 millones de habitantes.⁴⁰

La estructura demográfica piramidal en el Perú ha cambiado durante los últimos años. Para el quinquenio 2010 – 2015 la esperanza de vida es de 74,6 años en promedio, (72 años para los hombres y 77.3 para las mujeres.⁴¹ Al año 2011, el 11.4% la población adultos mayores representaba con una tasa de crecimiento anual de 3,1%, que es el doble del crecimiento de la población en general, por lo que se suscita cada vez más el incremento de enfermedades crónicas no transmisibles con el elevado costo en gastos en salud que esto significa.

La población urbana a nivel nacional, según datos del 2015, se encuentra alrededor del 76% y la rural del 24%.⁴² En esta última sigue siendo alto el



³⁸ Alcalde J, Nigenda G, Lazo O. Financiamiento y gasto en salud del Sistema de Salud en Perú. En Financiamiento en salud y Protección Social en América y el Caribe. p:3. Website: <http://www.funsalud.org.mx/competitividad/financiamiento/Documentos/Working%20paper%202/Peru%20sistemico.pdf>

³⁹ Bardález C. La Salud en el Perú. Proyecto Observatorio de la Salud. Consorcio de Investigación económica y social. (200) Website: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>

⁴⁰ INEI. Población y Vivienda. Website: <https://www.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/poblacion-y-vivienda/>

⁴¹ Velásquez N. Informe sobre el contexto socioeconómico de Perú. (2009) Proyecto ELOISE: Enhance Labour Opportunities to Improve Social Environment. Univ. Católica Sedes Sapientiae UCSS-EU. Website: http://repositorio.ucss.edu.pe/bitstream/handle/UCSS/172/Vel%C3%A1squez_Norma_reporte_2009_1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

⁴² Aramburú C, Mendoza M. La población peruana: perspectivas y retos. Economía y Sociedad 50, CIES, noviembre 2003. Website: <http://cies.org.pe/sites/default/files/files/articulos/economiasociedad/aramburumendoza.pdf>



porcentaje de la población que acude a la medicina tradicional para solucionar sus problemas de salud. Sin embargo, en un trabajo de investigación realizado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, se evidencia que incluso en la zona urbana, en los hospitales tanto del Ministerio de Salud, como los del Seguro Social de Salud el 73% de los consultantes refieren haber utilizado antes, o en forma paralela la medicina tradicional.

Existe un financiamiento insuficiente e inequitativo el Perú invierte 3.32% de su PBI. Los problemas de financiamiento que todavía persisten son: la privatización del gasto entendido como gasto directo de las familias (gasto de bolsillo), el aumento de la desigualdad en el acceso, la vulnerabilidad de los gastos focalizados para los más pobres y la falta de productividad.

Un análisis de la situación de salud es la reducida cobertura y aumento de la exclusión. Subsisten importantes barreras al acceso de la población a los servicios de salud. Tenemos un sistema de salud segmentado y fragmentado, donde aproximadamente un 70% tiene cubierta su salud, un 45% por el Seguro Integral de Salud (Subsidio) y un 30% por el Seguro Social de Salud (EsSalud), sólo el 12% accede a los servicios privados y 3% es atendido por la Sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Policía Nacional del Perú (PNP); pero se estima que un 25% del total no tiene posibilidades de acceder a ningún tipo de servicio de salud. Entre las barreras que impiden dicho acceso se encuentran: barreras económicas, barreras geográficas, barreras culturales y barreras de falta de actitud de los prestadores de salud.⁴³

En el Perú, en el año 2015 el 21,8% de la población sigue siendo pobre y un 4,3% está en extrema pobreza. Mientras que en el ámbito urbano la pobreza extrema representa el 1% del total de la población, en las zonas rurales en cambio, este indicador se eleva a 14,2%. Esta población es la que utiliza como único medio de prevención de la enfermedad y recuperación de la salud, su medicina tradicional.

Las enfermedades que produjeron mayor mortalidad prematura fueron las infecciones respiratorias agudas, los trastornos del período perinatal (patología respiratoria y de crecimiento como la prematuridad y el bajo peso) y las causas externas como los eventos de intención no determinada y demás accidentes. Las enfermedades crónicas no transmisibles, están en incremento, lo que conlleva a que el sistema de salud tenga mayores dificultades en el aspecto económico.

La mortalidad por cáncer se viene incrementando. A mediados de la década de los ochenta el cáncer era responsable de entre 8 y 9% del total de muertes; a medida que han transcurrido los años esta proporción ha ido en aumento,

⁴³ Villar López M, Ybañez Cuba E, Arévalo Celis C, Astahuamán Huamán D, Angulo-Bazán Y, Alarcón Pimentel S. Caracterización de las actividades de medicina complementaria en pacientes del seguro social del Perú. 2010- 2014. Revista Peruana de Medicina Integrativa.2016;1(1):5-12.

hasta llegar a 17% en el año 2006, siendo actualmente la segunda causa de muerte.⁴⁴

La muerte materna y los estados de morbilidad asociados a la maternidad constituyen en nuestro país un problema grave de salud pública. La Razón de la Mortalidad Materna para el año 2011 se estimó en 93 muertes por cada 100,000 nacidos vivos.⁴⁵

La experiencia de adaptar en el año 2000 el parto a los aspectos culturales ha llevado a disminuir la mortalidad materna y a aceptar el parto institucional, es una muestra de lo que podría significar la articulación y armonización de los diversos enfoques en el logro de la salud pública, sobre todo para los más excluidos

Con relación al lugar de consulta de la población se observa que el 1° y 2° quintil, consultan al Ministerio de Salud (18%), a la farmacia un 3%, seguido de la Medicina Tradicional (1,8%), teniendo un 58,1% que no consultó porque no pudo. Al preguntarle cuál es la razón por la que no pudo, un 38,6% refirió que no fue necesario y un 23,3% porque utilizó remedios caseros.⁴⁶ Pero aún sigue habiendo un porcentaje considerable (14%) que responde porque no tuvo dinero. Cuando se observa el 4° y 5° quintil, se observa que la mayoría consulta al Seguro Social de Salud y al Seguro Privado, sin embargo, el 1,1% consulta a la Medicina Tradicional.⁴⁷

En tal sentido es impostergable, visualizar otros métodos que ayuden a mejorar la eficiencia, a cambiar estilos de vida, empoderarse de su salud y sobre todo a tomar conciencia que la salud se construye entre el hombre y el medio ambiente.

C. MEDICINA TRADICIONAL EN EL PERÚ

La Organización Mundial de la Salud – OMS, define la medicina tradicional como prácticas, enfoques, conocimientos y creencias sanitarias diversas que incorporan medicinas basadas en plantas, animales y/o minerales, terapias espirituales, técnicas manuales y ejercicios aplicados de forma individual o en combinación para mantener el bienestar, además de tratar, diagnosticar y prevenir las enfermedades.⁴⁸

⁴⁴ Poquioma E. Epidemiología del Cáncer en el Perú y en el Mundo. Presentación INEN. (2015) Website: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/01102014_Epidemiologia_Dr%20Poquioma.pdf

⁴⁵ MINSA. La Mortalidad Materna en el Perú 2002-2011. DGE-UNFPA (2013). p:17. Website: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/MINSA-Mortalidad-Materna-Peru.pdf>

⁴⁶ Cetrángolo O, Bertrano F, Casanova L, Casali P. El Sistema de Salud en del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. OIT-ESSALUD. (2013). Website: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2401.pdf>

⁴⁷ MINSA. Análisis de la Situación de Salud del Perú – 2005. DGE. p: 164. Website: http://bvs.minsa.gob.pe/local/OGE/242_OGE122.pdf

⁴⁸ WHO. Medicina tradicional - Necesidades crecientes y potencial - Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, No. 02 mayo de 2002. Website: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2295s/>



En el antiguo Perú, las culturas pre-incas y la cultura inca fueron cuna de la civilización americana, legando una gran riqueza en el conocimiento del arte de la medicina. Es así que cuando se estableció el virreinato y solicitaron a la corona española la venida de médicos Carlos V reconoció que los médicos herbolarios del antiguo Perú, tenían mucho que enseñar a los médicos españoles. Pero fue con la instalación del virreinato, en su postrimería que poco a poco fue perdiéndose la libertad de su práctica, hasta que llegó un momento que se satanizó su uso y es allí que se deja de usar oficialmente. Sin embargo, a través de la tradición oral y el uso en los hogares, es que ha seguido viva la tradición hasta la actualidad.

La Medicina Tradicional Peruana, es un sistema que tiene como base la cosmovisión andina amazónico, posee recurso humano capacitado a través de la transmisión conocimientos de generación a generación y su formación es por espacio de varios años con un maestro curandero, quien utiliza insumos y recursos naturales al alcance de la población.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, exhortan a los países miembros a fin de articular las medicinas tradicionales dentro de los sistemas oficiales para mejorar la calidad de los servicios de salud. Esto por razones de orden cultural y económica. Así se refiere que aproximadamente el 80% de la población, algún momento en su vida ha utilizado esta medicina.⁴⁹



El gobierno peruano, tomando conciencia de estas prácticas ancestrales y acogiendo las recomendaciones de la Declaración de Alma Ata – OMS – 1978 y de las Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, aprueba el Decreto Legislativo N° 584, publicado el 18 de abril de 1990, que crea el Instituto Nacional de Medicina Tradicional – INMETRA, como un Organismo Público Descentralizado del Ministerio de Salud; el cual se implementó a partir del mes de septiembre de 1990, las funciones que tuvo que desarrollar fueron desarrollar investigación, docencia y normatividad, para articular la medicina tradicional con la medicina oficial, contribuyendo así a elevar el nivel de salud de la población.⁴⁹

El Estado además se ratificó de la importancia de la medicina tradicional en el Sistema de Salud Peruano, a través de la dación de las Leyes N° 26842 (Ley General de Salud)⁵⁰ y 27300 (Ley de Aprovechamiento Sostenible de las Plantas Medicinales).⁵¹ Asimismo, en el año 2002, se publicó la Ley N° 27657, denominada Ley del Ministerio de Salud, que deroga el Decreto Legislativo N° 587 y su Reglamento y por ello el INMETRA, pasa a ser un Organismo de

⁴⁹ Villar M, Villavicencio O. Manual de Fitoterapia. OPS/OMS – ESSALUD (2000). Lima-Perú. p:7

⁵⁰ Ley General de Salud N° 26842. (1997). Website:

<http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>

⁵¹ Ley N° 27300. Ley de aprovechamiento sostenible de Plantas Medicinales. (2000). Website.

<http://www4.congreso.gob.pe/comisiones/1999/ambiente/ley27300.htm>

nivel inferior denominado Centro Nacional de Salud Intercultural-CENSI, dependiente del Instituto Nacional de Salud-INS.⁵²

La medicina tradicional, para las comunidades más alejadas de la costa, sierra y selva de nuestro país es un sistema sanitario que reviste una gran importancia para satisfacer las principales necesidades sanitarias, vigente hasta la actualidad, pues constituye un resultado de circunstancias históricas y creencias culturales. El amplio uso de la MT se atribuye a su accesibilidad y asequibilidad.

La situación general de salud en los pueblos indígenas de la sierra y la amazonia, es precaria, entre otros factores, como se describió anteriormente al aislamiento geográfico, al acceso cultural, económico e incluso social. Así se tiene que muchos proveedores oficiales de salud no entienden la cosmovisión de salud, enfermedad, vida o muerte, entrando en ocasiones en conflicto con las comunidades.

Se debe respetar la cultura y el derecho que tiene la persona ha conservar el valor de su cultura y sus costumbres cuando estos no van en perjuicio de su salud, sino más bien lo favorecen, así también a la posibilidad de utilizar su medicina tradicional en los problemas de salud que ha sido aceptada y utilizada por su comunidad y su familia.

Es importante el respeto mutuo, de tal manera que podamos entablar un diálogo intercultural, respetando su cultura y encontrando los puntos en común para lograr la articulación que nos faciliten la coordinación con el sistema oficial y pueda conducirnos a mejorar los niveles de salud de la población. Existen experiencias exitosas tales como la de China, India, Corea, Vietnam, e incluso Cuba.

Para los pueblos originarios la salud no sólo tiene una dimensión física, sino es la integración de las dimensiones física, mental, emocional, espiritual dentro de todo un contexto social y ambiental. La salud, no sólo es medida por la presencia de enfermedades, sino principalmente por otros componentes tales como el territorio, la provisión de recursos, la buena relación con los elementos de la naturaleza, con los familiares y con la comunidad, es el cultivar los valores y el respeto a sus costumbres, a su identidad; como se observa la salud es más que sentirse bien, es una forma de vida.

La incorporación de los modelos socioeconómicos y valores individualistas de la sociedad occidentalizada han impactado dentro del mismo corazón de las culturas y sociedades indígenas hasta el punto que hoy día los valores propios están siendo desconocidos y las normas que garantizan el mantenimiento del equilibrio se están olvidando. La sabiduría tradicional ya no está en demanda y los jóvenes ya no tienen visión, ni dirección clara para encaminar sus vidas. Existe una situación de angustia y una gran dependencia hacia lo externo. Es necesario, saber que por los siglos de persecución que se han dado muchos

⁵² UPCH. Salud Pública en el Perú aproximaciones y nuevos horizontes. (2014) p:7 Website: <http://forosalud.org.pe/Salud%20Publica%20en%20el%20Peru%20-%20FASPA.pdf>

conocimientos se han perdido, pero además también se comercializa de manera inescrupulosa, asistiendo en estos últimos años a desvirtualizarla como parte de nuestro sistema salud o de nuestra herencia cultural.

Se trata de revitalizar algunos componentes de los sistemas tradicionales de transmisión de conocimientos y normas culturales que constituyen mecanismos de prevención. Esto parte del reconocimiento de los factores culturales que inciden en la prevalencia de ciertos problemas, especialmente la falta de iniciación de los jóvenes en el conocimiento tradicional que los conduce a la falta de identidad propia. Asimismo, los conocimientos y cuidados culturales en el embarazo, parto y post-parto entre las mujeres y los recién nacidos.

Esto es importante resaltar que, en la estrategia implementada por el Ministerio de Salud en el año 2004, adoptó una norma nacional enfocada en 4 estrategias clave: 1) Crear casas de espera materna para acercar las mujeres embarazadas al servicio de salud antes del parto 2) Fomentar el apoyo familiar y comunitario para hacer de la maternidad y el cuidado materno e infantil una prioridad 3) Incrementar el acceso de las familias pobres al SIS y 4) Adaptar los servicios de maternidad para reducir las barreras culturales entre el personal de salud y las mujeres.

Actualmente existen cerca de 400 casas de espera, además que en los centros de salud rurales se practica el parto vertical y se permite la presencia de familiares o de una partera tradicional.

Dentro del Programa de Salud de los Pueblos Indígenas de las Américas: plan de acción 2005 – 2007, publicado por la Organización Panamericana de la Salud, propuso 04 líneas de acción:

1. Incorporación de la perspectiva indígena en los Objetivos del Milenio y Políticas de Salud
2. Atención Primaria de Salud e Interculturalidad, el acceso a una salud de calidad por parte de los indígenas y estarán dirigidas al desarrollo de modelos de atención que incorporen las perspectivas, las prácticas y terapias indígenas en los sistemas nacionales de salud teniendo en cuenta los ensuciados de la estrategia de Atención Primaria de Salud.
3. Alianza Estratégica, fortalecimiento de la capacidad técnica de los países y liderazgo indígena.
4. Información y gestión del conocimiento, las actividades de este eje de trabajo apoyarán la generación de la información cuantitativa y cualitativa, conocimiento y evidencias adecuadas para el aprendizaje dinámico, la toma de decisiones, establecimiento de prioridades, monitoreo y evaluación de las acciones tendientes al desarrollo de la salud de los pueblos indígenas, con énfasis en el respeto, comprensión y protección del conocimiento ancestral de los pueblos indígenas.

En los países, como el Perú, donde la Medicina Tradicional tiene un amplio uso, se le atribuye ello a su accesibilidad y asequibilidad. En Uganda, por



ejemplo, la proporción de personas que practican la MTc frente a la población en general es de 1:200 y 1:499. Esto contrasta drásticamente con la disponibilidad de personas que practican la medicina alopática, para la cual la proporción es de 1:20.000 o menos. Incluso la distribución de dicho personal es desigual, la mayor parte se encuentran en ciudades u otras zonas urbanas y por lo tanto es difícil que las poblaciones rurales tengan acceso. La MT es a veces la única fuente asequible de atención sanitaria en poblaciones andino-amazónica; es así que la medicina tradicional, se constituye en una opción válida para mejorar los niveles de salud de la población indígena, pero también de la población peruana en general.

MEDICINA COMPLEMENTARIA

La Medicina Complementaria es definida como un sistema de prácticas de cuidado médico que no son parte propiamente de la tradición de su país y no se integran en el sistema dominante del cuidado médico, sino más bien, métodos que tienen EVIDENCIAS de ser una alternativa o un complemento en el manejo de la salud y enfermedad de los pacientes.

Son cinco métodos que se aceptan en el contexto mundial, la acupuntura, la medicina natural, las terapias manuales, la medicina energética o vibracional y la medicina cuerpo mente. Sin embargo, es importante reconocer que como sistemas de salud la Organización Mundial de la Salud aceptó a la medicina tradicional china, a la medicina ayurvédica, a la medicina unami y a la medicina américo-india.

Este enfoque de la medicina se basa en el paradigma sistémico en el que entendiendo al ser humano como un sistema abierto resultante de su cuerpo físico, mental, social y espiritual, dentro de un medio complejo, generando factores que interactúan y lo llevan a enfermar. Se basa en que el ser humano tiene potencialidad para recuperarse y repararse y que es importante su interacción con su medio interno y externo.

Últimamente, la medicina complementaria se está haciendo cada vez más popular. El porcentaje de población que utiliza la MC en países desarrollados al menos una vez es de un 48% en Australia, un 70% en Canadá, un 42% en EE UU, un 38% en Bélgica y un 75% en Francia, es así que la medicina complementaria y alternativa (MCA) está aumentando rápidamente en los países desarrollados. En el mundo, sólo el 20 al 30% utiliza exclusivamente la medicina convencional, el 70 a 80% usa la medicina tradicional y complementaria.

La Medicina Tradicional China ha sido elegida por la Organización Mundial de la Salud para su propagación amplia a fin de cubrir las necesidades de cuidado de salud del siglo XXI. Además, hay cinco hospitales homeopáticos en Gran Bretaña, en el sistema de salud inglés. En Alemania una de cada tres prescripciones es una hierba medicinal.



Una de las aseguradoras más grandes de Estados Unidos de Norteamérica, la Mutual Omaha, afirma que ahorra casi \$6.5 por cada dólar que invierte en cubrir tratamientos complementarios

La tercera parte de las Escuelas médicas norteamericanas -entre ellas Harvard, Yale, John Hopkins y Georgetown- tienen centros de investigación y atención con la utilización de la medicina complementaria.

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

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

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



Una encuesta realizada entre 610 médicos suizos demostró que el 46% había utilizado alguna forma de MC principalmente la homeopatía y la acupuntura. Esto es comparable a la cifra de MC para el total de la población suiza. En el Reino Unido, casi un 40% de todos los médicos alopáticos ofrecen alguna forma de derivación o acceso a la MC. En EE UU, una encuesta nacional sobre la que informó la revista Journal of the American Medical Association indicó que el uso de al menos 1 de 16 terapias alternativas durante el año anterior aumentó del 34% en 1990 al 42% en 1997.⁵³

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

Hace más de 18 años, el Seguro Social de Salud, de la mano con las tendencias mundiales implementó y está desarrollando paulatinamente Medicina Complementaria, logrando implementar hasta la actualidad 29

⁵³ Villar López M, Ballinas Sueldo Y, Soto Franco J, Medina tejada N. Conocimiento, aceptación y uso de la medicina tradicional, alternativa y/o complementaria por médicos del Seguro Social de Salud. Revista Peruana de Medicina Integrativa.2016;1(1): 13-8

Centros de Atención en el segundo nivel y 44 Unidades de atención básica en el primer nivel, en ésta concepción de la medicina a nivel nacional, extendiéndose a 29 Redes Asistenciales, atendiendo a más de medio millón de pacientes, con un costo/efectividad del 60%, como lo demostró el estudio realizado por la OPS/OMS en el año 2000: "Estudio de costo/efectividad de la Medicina Complementaria, vs Medicina Convencional", con el ahorro en medicina en promedio de un 60%, según los informes anuales presentados por la Gerencia de Medicina Complementaria y con el incremento de la eficacia y de la satisfacción del usuario, ésta última de más del 90%, según los trabajos realizados por diversas universidades de Lima y del interior del país.⁵⁴

A través de Medicina Complementaria se contribuye a disminuir la brecha oferta demanda, especialmente en las especialidades de reumatología, cardiología, endocrinología, neurología y psiquiatría, puesto que estas especialidades tienen pacientes con las siguientes patologías: poliartrosis, dorsalgias, hipertensión arterial leve a moderada, cefaleas y ansiedad-depresión. Diagnósticos que se constituyen en las primeras causas de consulta en el Seguro Social de Salud, y forman las enfermedades crónicas no transmisibles con altos costos por medicación y por la discapacidad a las que conducen; es por ello que la institución busca contar con estrategias que intervengan integralmente al paciente, enfatice el desarrollo de estilos de vida saludables y usen métodos menos invasivos que eviten el desarrollo de estas enfermedades, pero que además permitan manejar con criterio costo/efectivo a entidades nosológicas, como éstas.⁵⁵

Es así entonces, la Medicina Complementaria se constituye en una estrategia importante, para mejorar las intervenciones de salud, la eficiencia en el gasto en los servicios asistenciales especialmente para pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles, en incrementar la satisfacción del usuario y dar una mayor accesibilidad a las especialidades médicas al asegurado.

El Perú, a través del Seguro Social de Salud, se constituye como pionero y líder en el desarrollo de la Medicina Complementaria en Latinoamérica, junto con Cuba y Brasil. Asimismo, se dejó claro que es necesario normar y reglamentar esta medicina a nivel nacional, por constituirse en una alternativa costo/efectiva en la salud pública.

III. BASE NORMATIVA

El presente proyecto de ley tiene su base en la facultad que confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Estado y conforme lo establecen los artículos 75° y 76° numeral 2) del Reglamento del Congreso de la República.

⁵⁴ Organización Panamericana de la Salud (OPS), Seguro Social de Salud (EsSalud). Estudio Costo-Efectividad Programa Nacional de Medicina Complementaria Seguro Social de EsSalud. Lima: EsSalud; 2000.

⁵⁵ Villar López M, Ybañez Cuba E, Arévalo Celis C, Astahuaman Huamán D, Angulo-Bazán Y, Alarcón Pimentel S. Caracterización de las actividades de medicina complementaria en pacientes del seguro social del Perú. 2010- 2014. Revista Peruana de Medicina Integrativa.2016;1(1):5-12.

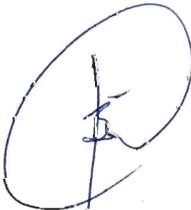
IV. EFECTOS DE LA VIGENCIA DE LA NORMA SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa no modifica y deroga ninguna norma de carácter general ni especial. Tiene como objeto articular la Medicina Tradicional y Complementaria al Sistema Nacional de Salud en sus diversos niveles de atención y así procurar una mayor y mejor atención de la salud de los peruanos.

V. COSTO / BENEFICIO

La medicina tradicional, alternativa y/o complementaria en el sistema de salud peruano, ayudará a que éste sea más costo efectivo, como lo demostró el estudio realizado por el Convenio EsSalud – OPS/OMS, en el año 2000, donde se evidencia para 9 patologías estudiadas un costo/efectividad de 50 a 60%.

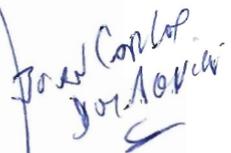
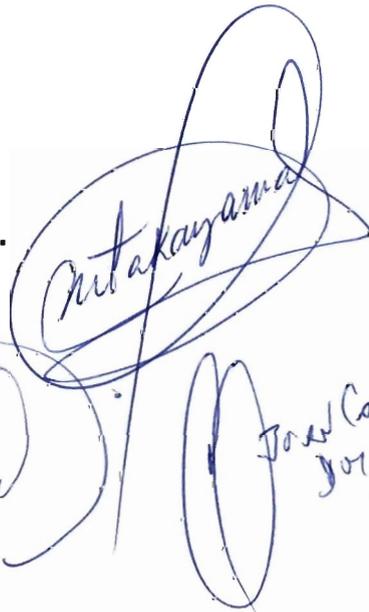
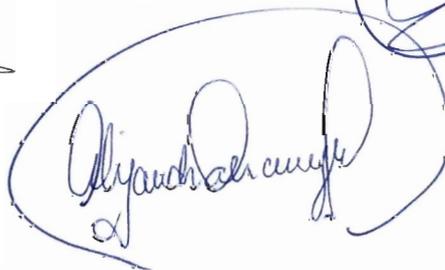
La presente iniciativa, no irroga gasto al erario nacional, y sus beneficios están orientados directamente hacia la eficiencia del sector, con el ahorro en el consumo de medicamentos, la mejora en la satisfacción del usuario, incremento del cambio de estilos de vida y la eficacia en los tratamientos.⁵⁶



ROSA MARÍA BARTRA BARRIGA
Congresista de la República



Daniel Salaverry Villa
Portavoz
Grupo Parlamentario Fuerza Popular



José Carlos
Jorjovic



⁵⁶ Organización Panamericana de la Salud (OPS), Seguro Social de Salud (EsSalud). Estudio Costo-Efectividad Programa Nacional de Medicina Complementaria Seguro Social de EsSalud. Lima: EsSalud; 2000.

CONGRESO DE LA REPUBLICA

Lima, 21 de Octubre del 2017

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° 1972 para su estudio y dictamen, a la(s) Comisión(es) de SAUD Y POBLACION.

JOSE F. CEVASCO PIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPUBLICA