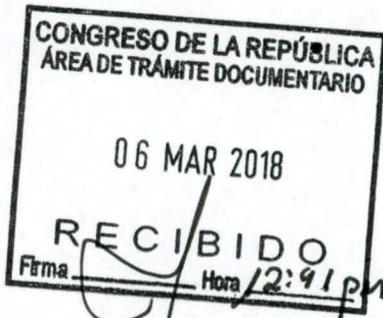




Proyecto de Ley N° 2495/2017-CR

LEY QUE MODIFICA LA LEY N° 26842, LEY GENERAL DE SALUD, PARA INCLUIR LA INVESTIGACIÓN, EL DESARROLLO Y LA APLICACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



El Congresista de la República, **César Villanueva Arévalo**, por intermedio del Grupo Parlamentario Alianza para el Progreso, ejerciendo el derecho que le confiere el artículo 107° de la Constitución Política del Perú y de conformidad con lo establecido en los artículos 75° y 76° del Reglamento del Congreso de la República, propone el siguiente:

I. FÓRMULA LEGAL

LEY QUE MODIFICA LA LEY N° 26842, LEY GENERAL DE SALUD, PARA INCLUIR LA INVESTIGACIÓN, EL DESARROLLO Y LA APLICACIÓN DE LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Artículo 1.- Objeto de la Ley

La presente Ley tiene por objeto modificar la Ley N° 26842, Ley General de Salud, para incluir la investigación, el desarrollo y la aplicación de la medicina tradicional en el Sistema Nacional de Salud, de modo tal que se contribuya a mejorar la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional a partir de una aplicación efectiva del enfoque intercultural acorde con las necesidades y potencialidades de cada región, garantizando en todo momento el bienestar de las personas y la protección de la vida.

Artículo 2.- Modificación e incorporación de artículos en el Título Preliminar y los Títulos I y II de la Ley N° 26842

Modifíquese los artículos XV, XVII y XVIII e incorpórese el artículo XIX del Título Preliminar; así como los artículos 1, 2, 5, 11, 15, 25, 30, 34, 35, 36, 40 y 42 e incorpórese los artículos 22 A y 24 A en la Ley N° 26842, Ley General de Salud, los cuales quedaran redactados de la siguiente manera:

"TITULO PRELIMINAR

[...]

XV. El Estado, **a través de CONCYTEC**, promueve la investigación y el desarrollo científico tecnológico en el campo de la salud, **incluyendo la medicina tradicional**, así como la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud.

[...]

XVII. La promoción **de la investigación, el desarrollo y la aplicación** de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado. **La medicina tradicional es aquella practicada en las zonas rurales o urbanas de las regiones costeñas, andinas o amazónicas que se fundamentan en prácticas ancestrales prehispánicas y heredadas a través de sucesivas generaciones por los pueblos indígenas u originarios, generalmente por vía oral.**

XVIII. El Estado, **a través del Ministerio de Salud en coordinación con el Ministerio de Cultura, elabora, actualiza y administra el Registro de Agentes, Procedimientos, Instrumentos e Insumos de la Medicina Tradicional en el Perú. Los agentes son aquellos encargados de la transmisión, conservación y aplicación de los procedimientos de la medicina tradicional. El MINSA evalúa que los procedimientos que se utilizan sean inocuos.**

XIX. El Estado, **a través del Ministerio de Salud, acredita a los Agentes de la Medicina Tradicional en el Perú que se encuentren debidamente incluidos en el Registro anteriormente mencionado.**

TITULO I

DE LOS DERECHOS, DEBERES Y RESPONSABILIDADES CONCERNIENTES A LA SALUD INDIVIDUAL

Artículo 1.- Toda persona tiene el derecho al libre acceso a prestaciones de salud, **incluyendo la medicina tradicional**, y a elegir el sistema previsional de su preferencia.

Artículo 2.- Toda persona tiene derecho a exigir que los bienes destinados a la atención de su salud correspondan a las características y atributos

indicados en su presentación y a todas aquellas que se acreditaron para su autorización.

Así mismo, tiene derecho a exigir que los servicios que se le prestan para la atención de su salud cumplan con los estándares de calidad aceptados en los procedimientos y prácticas institucionales y profesionales.

Así mismo, tiene derecho a exigir que se le brinde el tratamiento de medicina tradicional que se encuentre acreditado y disponible, de acuerdo a los procedimientos y practicas protocolizados por el MINSA, a la fecha de su atención.

[...]

Artículo 5.- Toda persona tiene derecho a ser debida y oportunamente informada por la Autoridad de Salud sobre medidas y prácticas de higiene, dieta adecuada, salud mental, salud reproductiva, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas degenerativas, diagnóstico precoz de enfermedades, **tratamientos de medicina tradicional acreditados por el MINSA y disponibles, así como otras** acciones conducentes a la promoción de estilos de vida saludable. Tiene derecho a recibir información sobre los riesgos que ocasiona el tabaquismo, el alcoholismo, la drogadicción, la ludopatía, la violencia y los accidentes.

Asimismo, tiene derecho a exigir a la Autoridad de Salud a que se le brinde, sin expresión de causa, información en materia de salud, con arreglo a lo que establece la presente Ley.

[...]

Artículo 11.- Toda persona tiene derecho a gozar del más alto nivel posible de salud mental, sin discriminación. El Estado garantiza la disponibilidad de programas y servicios para la atención de la salud mental en número suficiente, en todo el territorio nacional; y el acceso a prestaciones de salud mental adecuadas y de calidad, incluyendo intervenciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

Además de los procedimientos y derechos establecidos en el artículo 15 de la presente Ley, en la atención de la salud mental se considera lo siguiente:

[...]

g. Las personas con adicciones gozan de los mismos derechos y garantías que se reconocen a los demás usuarios de los servicios de salud. Su tratamiento e internamiento involuntario no requiere de su consentimiento informado y se realiza a solicitud de la familia cuando su

capacidad de juicio esté afectada, lo cual debe ser determinado por una Junta Médica.

h. Los tratamientos de salud mental también contemplan las alternativas proveídas por la medicina tradicional, debidamente acreditada y disponible al momento de que el paciente inicie su tratamiento complementaran el tratamiento establecido.

[...]

Artículo 15.- Toda persona tiene derecho a lo siguiente:

15.1 Acceso a los servicios de salud

a) A recibir atención de emergencia médica, quirúrgica y psiquiátrica en cualquier establecimiento de salud público o privado, conforme con los artículos 3 y 39, modificados por la Ley núm. 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud N° 26842, Respecto de la Obligación de los Establecimientos de Salud a dar Atención Médica en Caso de Emergencias y Partos, y su Reglamento.

[...]

e) A obtener servicios, medicamentos y productos sanitarios adecuados y necesarios para prevenir, promover, conservar o restablecer su salud, según lo requiera la salud del usuario, garantizando su acceso en forma oportuna y equitativa, **incluyendo aquellos correspondientes a la medicina tradicional.**

15.2 Acceso a la información

a) A ser informada adecuada y oportunamente de los derechos que tiene en su calidad de paciente y de cómo ejercerlos, tomando en consideración su idioma, cultura y circunstancias particulares.

[...]

i) A conocer en forma veraz, completa y oportuna las características del servicio, los costos resultantes del cuidado médico, los horarios de consulta, los profesionales de la medicina y demás términos y condiciones del servicio.

j) A ser informada sobre los tratamientos de medicina tradicional acreditada y disponible al momento de su consulta, así como de cualquier otro tratamiento de medicina tradicional que aun pueda encontrarse en investigación, con los respectivos riesgos y ventajas

que pudiera suponer, en este caso se seguirá los protocolos establecidos.

15.3 Atención y recuperación de la salud

a) A ser atendida con pleno respeto a su dignidad e intimidad sin discriminación por acción u omisión de ningún tipo.

[...]

h) A ser atendida por profesionales de la salud que estén debidamente capacitados, certificados y recertificados, de acuerdo con las necesidades de salud, el avance científico y las características de la atención, y que cuenten con antecedentes satisfactorios en su ejercicio profesional y no hayan sido sancionados o inhabilitados para dicho ejercicio, de acuerdo a la normativa vigente. Para tal efecto, se creará el registro correspondiente. **Esto incluye a los agentes de la medicina tradicional, previa acreditación a cargo del Ministerio de Salud.**

[...]

TITULO II DE LOS DEBERES, RESTRICCIONES Y RESPONSABILIDADES EN CONSIDERACION A LA SALUD DE TERCEROS

CAPITULO I DEL EJERCICIO DE LAS PROFESIONES MEDICAS Y AFINES DE LAS ACTIVIDADES TECNICAS Y AUXILIARES EN EL CAMPO DE LA SALUD Y DE LOS AGENTE DE LA MEDICINA TRADICIONAL

Artículo 22 A.- Para desempeñar actividades propias de la medicina tradicional, se requiere contar con la acreditación del Ministerio de Salud, que en coordinación con el Ministerio de Cultura, elabora, actualiza y administra el Registro de Agentes, Procedimientos, Instrumentos e Insumos de la Medicina Tradicional en el Perú. Los insumos incluyen todas las plantas o cualquier producto o sustancia destinada al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades en el marco de la medicina tradicional, garantizando la inocuidad del tratamiento.

[...]

Artículo 24 A.- La expedición de prescripciones e informes directamente relacionados con la atención de pacientes, la ejecución

de intervenciones, la prescripción o experimentación de insumos por parte de los agentes de la medicina tradicional, se reputan actos del oficio y están sujetos a la vigilancia del Ministerio de Salud.

Artículo 25.- Toda información relativa al acto médico que se realiza, tiene carácter reservado.

El profesional de la salud, el técnico, el auxiliar **o agente de la medicina tradicional** que proporciona o divulga, por cualquier medio, información relacionada al acto médico en el que participa o del que tiene conocimiento, incurre en responsabilidad civil o penal, según el caso, sin perjuicio de las sanciones que correspondan en aplicación de los respectivos Códigos de Ética Profesional.

Se exceptúan de la reserva de la información relativa al acto médico en los casos siguientes:

- a) Cuando hubiere consentimiento por escrito del paciente;
- b) Cuando sea requerida por la autoridad judicial competente;
- c) Cuando fuere utilizada con fines académicos o de investigación científica, siempre que la información obtenida de la historia clínica se consigne en forma anónima;
- d) Cuando fuere proporcionada a familiares o allegados del paciente con el propósito de beneficiarlo, siempre que éste no lo prohíba expresamente;
- e) Cuando versare sobre enfermedades y daños de declaración y notificación obligatorias, siempre que sea proporcionada a la Autoridad de Salud;
- f) Cuando fuere proporcionada a la entidad aseguradora o administradora de financiamiento vinculada con la atención prestada al paciente siempre que fuere con fines de reembolso, pago de beneficios, fiscalización o auditoría; y,
- g) Cuando fuere necesaria para mantener la continuidad de la atención médica al paciente.
- h) Cuando fuera estrictamente necesario para el ejercicio de las funciones de supervisión y de protección de derechos en salud de la Superintendencia Nacional de Salud. Para la aplicación de este supuesto de excepción se requiere que esta Superintendencia acredite haber solicitado previamente el consentimiento de los pacientes o de sus representantes para acceder al contenido de su historia clínica y que no haya obtenido respuesta dentro del plazo que será determinado por decreto supremo. Adicionalmente, deberá sustentar la gravedad de los hechos involucrados respecto de la afectación a los derechos a la salud o a la vida de los pacientes, cuyos requisitos y condiciones serán definidos por norma reglamentaria.

La información sobre el diagnóstico de las lesiones o daños en los casos a los que se refiere el Artículo 30 de esta ley, deberá ser proporcionada a la autoridad policial o al Ministerio Público a su requerimiento.

[...]

Artículo 30.- El médico **o el agente de la medicina tradicional** que brinda atención médica a una persona herida por arma blanca, herida de bala, accidente de tránsito o por causa de otro tipo de violencia que constituya delito perseguible de oficio o cuando existan indicios de aborto criminal, está obligado a poner el hecho en conocimiento de la autoridad competente.

[...]

Artículo 34.- Los profesionales de la salud **o agentes de la medicina tradicional** que detecten reacciones adversas a medicamentos, **plantas o cualquier producto, sustancia o agente destinado al diagnóstico, prevención o tratamiento de enfermedades** que revistan gravedad, están obligados a comunicarlos a la Autoridad de Salud de nivel nacional o a quien ésta delegue, bajo responsabilidad.

Artículo 35.- Quienes desarrollan actividades profesionales, técnicas o auxiliares relacionadas con la salud de las personas, se limitarán a ejercerlas en el área que el título, certificado o autorización legalmente expedida determine. **Quienes desarrollen actividades de medicina tradicional se limitarán a ejercerlas en el área que ha sido acreditada por el Ministerio de Salud.**

Artículo 36.- Los profesionales, técnicos, auxiliares **y agentes de la medicina tradicional** a que se refiere este Capítulo, son responsables por los daños y perjuicios que ocasionen al paciente por el ejercicio negligente, imprudente e imperito de sus actividades.

CAPITULO II DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD Y SERVICIOS MEDICOS DE APOYO

[...]

Artículo 40.- Los establecimientos de salud y los servicios médicos de apoyo tienen el deber de informar al paciente y sus familiares sobre las características del servicio, las condiciones económicas de la prestación

y demás términos y condiciones del servicio, así como los aspectos esenciales vinculados con el acto médico. **También deberá informar sobre los servicios de medicina tradicional y sus agentes, disponibles en su jurisdicción.**

Ningún establecimiento de salud o servicio médico de apoyo podrá efectuar acciones que correspondan a actos que no hayan sido previamente autorizados por el paciente o por la persona llamada legalmente a hacerlo, si correspondiere, o estuviere impedido de hacerlo, de conformidad con lo que establece el reglamento de la presente ley.

Se exceptúa de lo dispuesto en el párrafo precedente la atención de emergencia destinada a enfrentar la situación que pone en peligro inminente la vida o la salud del paciente.

[...]

Artículo 42.- Todo acto médico que se lleve a cabo en un establecimiento de salud o servicio médico de apoyo es susceptible de auditorías internas y externas en las que puedan verificarse los diversos procedimientos a que es sometido el paciente, sean éstos para prevenir, diagnosticar, curar, rehabilitar o realizar acciones de investigación. **Esto también incluye a los actos contemplados como parte de la medicina tradicional.**

[...]"

Artículo 3.- Consejo de Fomento de la Investigación y el desarrollo de la medicina tradicional.

Crease el de Fomento de la Investigación y el Desarrollo de la Medicina Tradicional, el cual estará presidido por el Ministerio de Salud, y contará con la participación del Ministerio de Cultura, CONCYTEC, SUNEDU (Ministerio de Educación), ESSALUD (Ministerio de Trabajo) y el Ministerio de Economía y Finanzas.

Este Consejo tiene como objetivo es establecer las líneas de investigación prioritarias sobre el tema, así como crear, implementar y financiar los fondos de investigación respectivos. Sesionan cada seis meses calendario y tienen la obligación de rendir cuentas ante el Congreso de la República una vez al año a través de un reporte detallado.

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS TRANSITORIAS

PRIMERA.- Plazo para que las Entidades de Administración Pública se adecuen a la presente Ley



El Ministerio de Salud, el Ministerio de Cultura, CONCYTEC, SUNEDU (Ministerio de Educación), ESSALUD (Ministerio de Trabajo), el Ministerio de Economía y Finanzas y las Entidades de Administración Pública del sector salud, de los niveles regional y local, disponen del plazo de sesenta (60) días calendarios, improrrogables para adecuarse a lo establecido en la presente Ley, contado desde su entrada en vigencia.

Lima, 26 de febrero de 2018

César Villanueva Arévalo
CONGRESISTA DE LA REPÚBLICA

CÉSAR VILLANUEVA ARÉVALO
Directivo Portavoz Titular
Grupo Parlamentario
Alianza Para el Progreso - APP

César Tabares Sánchez

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Lima, 08 de MARZO del 2018

Según la consulta realizada, de conformidad con el Artículo 77° del Reglamento del Congreso de la República: pase la Proposición N° 2495 para su estudio y dictamen, a la(s) Comisión (es) de SAUD Y POBLACION.

.....
.....
.....

JOSÉ F. CEVASCO RIEDRA
Oficial Mayor
CONGRESO DE LA REPUBLICA

II. EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Antecedentes

El concepto de salud luce en apariencia como un elemento cuyo debate semántico ya ha sido cerrado, pero a la luz del avance de las ciencias de la salud, la tecnología y el conocimiento más detallado del ser humano, se hace cada vez más evidente que su definición todavía requiere contemplar muchas más aristas. En términos generales, podemos entender la salud como un *"estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones"*, así como el *"conjunto de las condiciones físicas en que se encuentra un organismo en un momento determinado"*.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS), por su parte, asume una definición un tanto menos neutral. De acuerdo con su Constitución, que entró en vigor el 7 de abril de 1948, la salud debe considerarse como *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"*.² Sin embargo, esta definición basada en la idea de bienestar surgida en la postguerra, *"no sido modificada desde 1948"* y por tanto responde más al contexto de esa época que al actual.³

Pedro Laín (1985) propone que *"para entender rectamente la salud humana se ha de tener en cuenta ante el complejo carácter de su realidad y la relatividad con que debe ser juzgada para entenderla con adecuación a esa compleja realidad suya"*.⁴ En otras palabras, deben contemplarse aspectos morfológicos, etiológicos, funcionales, enérgicos y conductuales, subjetivos y socioculturales al evaluar el estado de salud de un sujeto⁵, así como el hecho de que la posesión de la salud es tanto un elemento de alta estima, *"no sólo como un don de la naturaleza, también como el producto de una operación técnica"*, un *"objeto de derecho y deber"*, un *"«bien comunitario»"*, tanto desde el punto de vista de su disfrute como desde el punto de vista de su génesis", y un elemento ecosistémico.⁶

¹ Real Academia Española (2017). "Salud". En Diccionario de la lengua española. Edición del Tricentenario. Actualización 2017. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=X7MRZku>

² OMS (1946). "Preámbulo". En Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946 y firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf

³ Laín Entralgo, Pedro (1985). Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat Editores, pág. 17. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/antropologia-medica-para-clinicos/c4e104e5-62f5-4c6a-9185-fe822bfa3d5a.pdf>

⁴ Laín, 1985, Antropología médica para clínicos. Barcelona: Salvat Editores, pág. 17. Disponible en: <http://www.cervantesvirtual.com/obra/antropologia-medica-para-clinicos/c4e104e5-62f5-4c6a-9185-fe822bfa3d5a.pdf> pág. 197.

⁵ Ídem.

⁶ Op. cit, pág. 200-201.

La suma de consideraciones planteadas por Laín no constituye en sí una definición operativa que pueda ser utilizada con mayor eficiencia que la definición clásica de la OMS, por lo que resultaría poco práctica su aplicación. Por esta razón, León y Berenson (1996) proponen una definición de salud un tanto más sintética:

"Un ser humano se encuentra sano cuando, además de sentirse bien física, mental y socialmente, sus estructuras corporales, procesos fisiológicos y comportamiento se mantienen dentro de los límites aceptados como normales para todos los otros seres humanos que comparten con él las mismas características y el mismo medio ambiente".⁷

Sin embargo, existe una forma complementaria de concebir la salud, que no ha sido adecuadamente explorada por las definiciones precedentes: el de la salud como derecho individual y colectivo. La salud como derecho se encuentra ampliamente relacionada con el concepto de salud pública, que en términos generales se puede definir como el *"conjunto de condiciones mínimas de salubridad de una población determinada, que los poderes públicos tienen la obligación de garantizar y proteger"*.⁸

Es así que el numeral 1 del artículo 25° de la Declaración Universal de Derechos Humanos establece 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; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad".⁹

Así mismo, en el Preámbulo de la Constitución de la OMS se establece que *"el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social"*.¹⁰

⁷ León Barua, Raúl y Berenson Seminario, Roberto. (1996). Medicina teórica: Definición de la salud. Revista Médica Herediana, 7(3), pág. 105-107. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X1996000300001&lng=es&tlng=es

⁸ Real Academia Española (RAE), 2017.

⁹ Naciones Unidas (1848). La Declaración Universal de los Derechos Humanos. Proclamada mediante Resolución 217 A (III). París: Naciones Unidas. Disponible en:

<http://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/#health>

¹⁰ OMS, 1946.

En el Perú, los artículos 7°, 9° y 11° de la Constitución política del Perú establecen que *"todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa"*, que *"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"* y que *"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"*, respectivamente.¹¹

Por su parte, en el Título Preliminar de la Ley N° 26842, Ley General de Salud se establece que:

I. La salud es condición indispensable del desarrollo humano y medio fundamental para alcanzar el bienestar individual y colectivo.

II. La protección de la salud es de interés público. Por tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

III. Toda persona tiene derecho a la protección de su salud en los términos y condiciones que establece la ley. El derecho a la protección de la salud es irrenunciable.

[...]

IV. La salud pública es responsabilidad primaria del Estado. La responsabilidad en materia de salud individual es compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.

[...]

XVII. La promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado.

XVIII. El Estado promueve la participación de la comunidad en la gestión de los servicios públicos de salud"

Como se observa, los dos últimos puntos del precitado Preámbulo nos introducen a un aspecto relativamente novedoso del derecho a la salud, el enfoque intercultural, y dentro del mismo a todo lo relativo con la medicina tradicional. Por esta razón, vale la pena tener en claro que se entiende por este concepto. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) la medicina tradicional:

"Es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así

¹¹ Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2016). Constitución Política del Perú en castellano y en quechua. Lima: Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Disponible en: http://spij.minjus.gob.pe/content/publicaciones_oficiales/img/Constitucion-Politica-2016.pdf

como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales".¹²

Mientras que, para investigadores como Quevedo (2010), hay que considerar múltiples elementos que componen una definición un tanto más amplia:

"Reconocemos en la medicina tradicional peruana a un conjunto de sistemas de conocimientos y prácticas anteriores al advenimiento de la medicina moderna, dirigidas principalmente a restablecer el equilibrio individual y grupal, brindar bienestar y progreso o restituir la salud. Estos sistemas poseen conceptos propios y explicaciones específicas sobre el origen de la enfermedad, el curso de la misma y las distintas formas de curación posibles, así como una cosmogonía que da cuenta de los elementos físicos, biológicos, materiales y espirituales que los sustentan. Tiene como fundamento y base el saber médico ancestral de la comunidad, mismo que es transmitido preferentemente por tradición oral, un llamado personal a través de sueños o visiones, o por elección y decisión de la comunidad de origen. Estos conocimientos son aplicados a través de rituales específicos por sus propios agentes de salud, mismos que con el paso del tiempo y a través de las experiencias de curación que realizan son reconocidos como tales dentro de su núcleo social. Estos sistemas de conocimientos son dinámicos en sus aspectos aplicativos y se encuentran en constante proceso de modificación y asimilación de otros elementos conceptuales y terapéuticos desde sus inicios mismos".¹³

Por su parte, el Ministerio de Salud (MINSA) procura una definición un tanto más acotada de medicina tradicional:

"Es el conjunto de 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 prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades. Complementariamente, se debe considerar que la medicina tradicional incorpora elementos del ritual y de la cosmovisión propia, los cuales

¹² OMS (2018). "Medicina tradicional: definiciones". En who.int. Ginebra: OMS. Disponible en: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/

¹³ Quevedo, Rosario (2010). "La Medicina Tradicional en el Sistema Oficial de Salud en el Perú". Paper presented at the VII Congress of RELAJU - Red Latino Americana de Antropología Jurídica. In press, 2010-2011, pág. 3-4. Disponible en:

https://www.academia.edu/435259/Medicina_Tradicional_en_el_Sistema_de_Salud_en_el_Peru

*actúan en forma integral, asumiendo diversas dimensiones de la vida en el continuo proceso de salud – enfermedad”.*¹⁴

Considerando la finalidad de la presente propuesta legislativa, debemos acotar que cuando hablemos de medicina tradicional nos estaremos refiriendo a la practicada en ámbitos urbanos y rurales de las regiones costeñas, andinas y amazónicas que mantienen su base en prácticas ancestrales prehispánicas y heredadas a través de sucesivas generaciones por los pueblos indígenas u originarios, generalmente por vía oral. Esta precisión la hacemos en contraposición a los conceptos de medicina popular¹⁵ y medicina complementaria¹⁶.

Con estas definiciones en mente, entraremos a revisar la principal problemática relacionada con el sistema de salud y el ejercicio de la medicina tradicional en el Perú, para evaluar la pertinencia de este último como alternativa de solución frente al primero.

Problemática identificada en la realidad

No es un secreto la crisis que atraviesa el sistema de salud peruano. Carencia de infraestructura, tecnología y recursos humanos, desabastecimiento de instrumentos, insumos y medicamentos, la insostenibilidad de las fuentes de financiamiento público de la salud (especialmente del Seguro Integral de Salud), la corrupción, una estructura fragmentada que colapsa y el maltrato institucionalizado a los pacientes son solo algunas de las evidencias de esta profunda crisis.¹⁷

¹⁴ MINSA (2014). Diálogo intercultural en salud: documento técnico. Aprobado por Resolución Ministerial N° 611-2014-MINSA. Lima: MINSA, pág. 14. Disponible en:

http://repositorio.ins.gob.pe/bitstream/handle/INS/549/Dialogo_intercultural_en_salud.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¹⁵ La medicina tradicional peruana forma parte de lo que concebimos como medicina popular. Sin embargo, esta última también contempla prácticas y creencias traídas por los propios españoles (por ejemplo la práctica del rezar y pasar el huevo para curar el “susto”) u otros grupos humanos que migraron durante o después del virreinato (por ejemplo el uso de la acupuntura china).

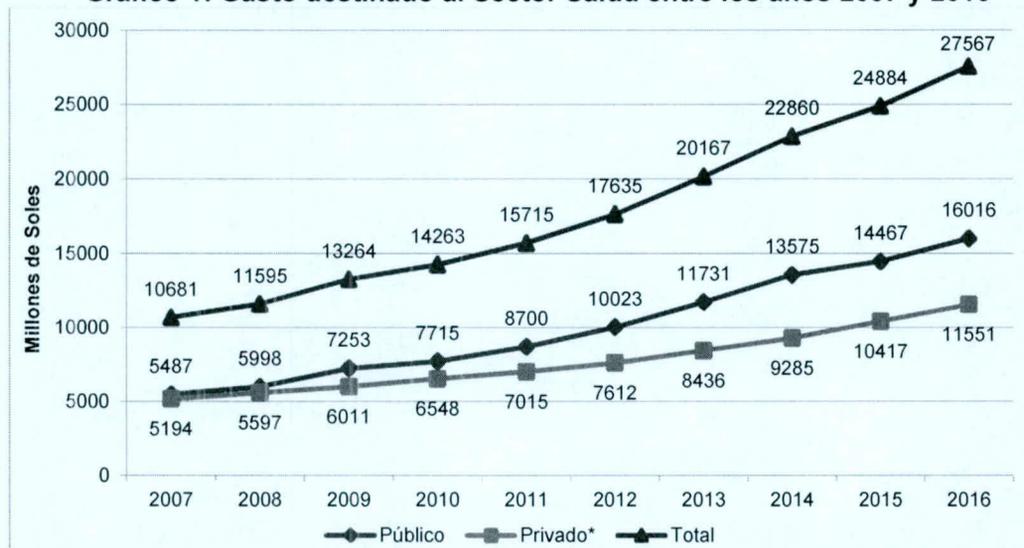
¹⁶ “La medicina complementaria se usa junto con la medicina convencional. Por ejemplo, la acupuntura puede aliviar los efectos secundarios del tratamiento para el cáncer. Cuando doctores u hospitales brindan ambos tipos de cuidados juntos y de forma coordinada, se llama medicina integral. Cuando no se usa junto con la medicina convencional se le llama alternativa. Los beneficios de estos tratamientos no tradicionales pueden sonar promisorios. Sin embargo, los investigadores no conocen la seguridad de muchos tratamientos de medicina alternativa ni saben si funcionan bien. Se están realizando estudios para determinar la seguridad y la utilidad de muchas de estas prácticas”.

MedLinePlus. “Medicina complementaria e integral”. Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/complementaryandintegrativemedicine.html>

¹⁷ Perú21 (08/07/2017). Crisis de la salud pública: Cuatro médicos te explican por qué tú eres el principal perjudicado. Disponible en: <https://peru21.pe/lima/crisis-salud-publica-cuatro-medicos-explican-principal-perjudicado-86447>

Para corroborar esta situación revisaremos rápidamente algunos de los principales indicadores del funcionamiento de nuestro sistema de salud. En primer lugar observamos que el gasto destinado al Sector Salud se ha incrementado sostenidamente: de 10 681 millones de soles en el año 2007 paso a 27 567 millones de soles en 2016. (Ver gráfico 1).

Gráfico 1: Gasto destinado al Sector Salud entre los años 2007 y 2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática. Elaboración: Centro Peruano de Estudios Interdisciplinarios (CEI). *El gasto privado en salud corresponde al Valor Bruto de la Producción de la actividad de Salud Privada (No incluye EsSalud).

Cuando desagregamos el gasto público y el gasto privado en salud encontramos que ambos siguen ésta tendencia al incremento. Sin embargo, lo hacen a ritmos muy diferentes, lo cual ha permitido que se acreciente la diferencia entre uno y otro. En el año 2007 el gasto público llegó a 5 487 millones de soles y el privado a 5 194 millones de soles, lo que implicó una diferencia de 293 millones de soles. Pero, en el año 2016 el gasto público ascendió a 16 016 millones de soles y el privado a 11 551 millones de soles, lo que significó 4 465 millones de soles de diferencia.

RPP (22/05/2017). Advierten colapso del sistema de Salud por crisis del Seguro Integral de Salud. Disponible en: <http://rpp.pe/peru/lambayeque/advierten-colapso-del-sistema-de-salud-por-crisis-del-sis-noticia-1052393>

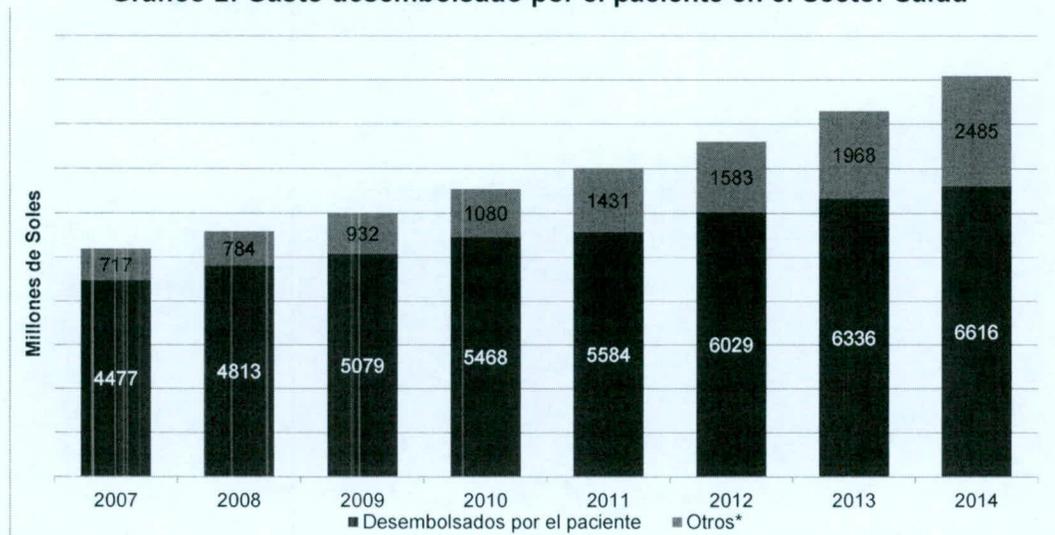
La República (28/09/2016). Crisis en el sector salud. Disponible en: <http://larepublica.pe/politica/976344-crisis-en-el-sector-salud>

La República (17/10/2016). Sector salud en crisis. Disponible en: <http://larepublica.pe/politica/981833-sector-salud-en-crisis>

Revista Académica Perú Salud (2015). Crisis del Financiamiento de la Salud en el Perú. LI Foro "Salud y Desarrollo". En Revista Académica Perú Salud 22(2). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_academia/2015_n2/pdf/a03v22n2.pdf

Esto podría no parecer relevante si no precisamos que, según la Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la mayor parte del gasto privado fue desembolsado por el propio paciente, por lo menos entre los años 2007 y 2014, tal como se puede comprobar en el gráfico 2. Así tenemos que en el año 2007 el gasto desembolsado por el paciente ascendió a 4 477 millones de soles, mientras que en el año 2014 este gasto llegó a los 6 616 millones de soles.

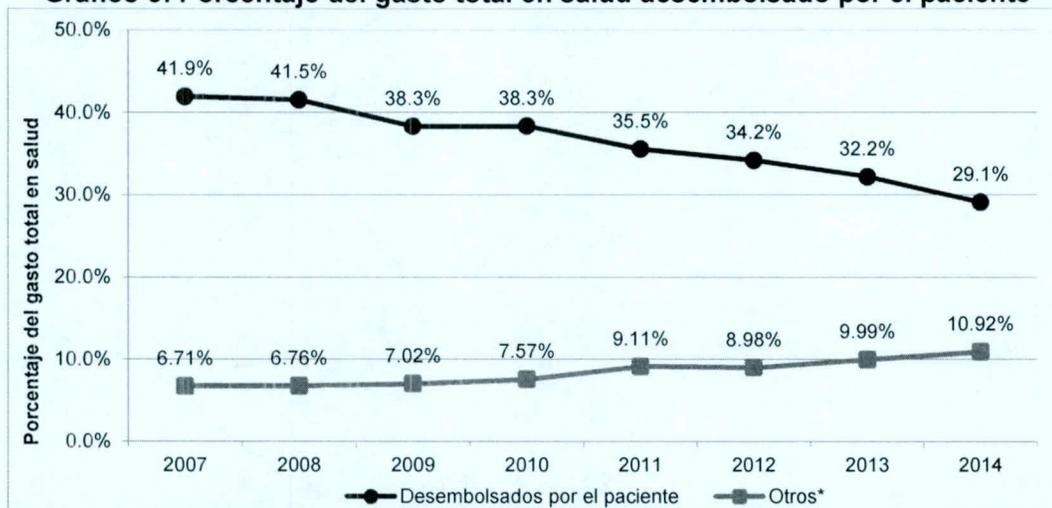
Gráfico 2: Gasto desembolsado por el paciente en el Sector Salud



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud y Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O (2016).
Elaboración: Centro Peruano de Estudios Interdisciplinarios (CEI). *Incluye gastos desembolsados por seguros privados y otras fuentes de financiamiento privado.

Algo similar ocurre si comparamos el porcentaje que ocupa el gasto desembolsado por el paciente respecto al total del gasto en el sector salud, frente al porcentaje correspondiente a las otras fuentes de financiamiento privado, tal como se observa en el gráfico 3

Gráfico 3: Porcentaje del gasto total en salud desembolsado por el paciente

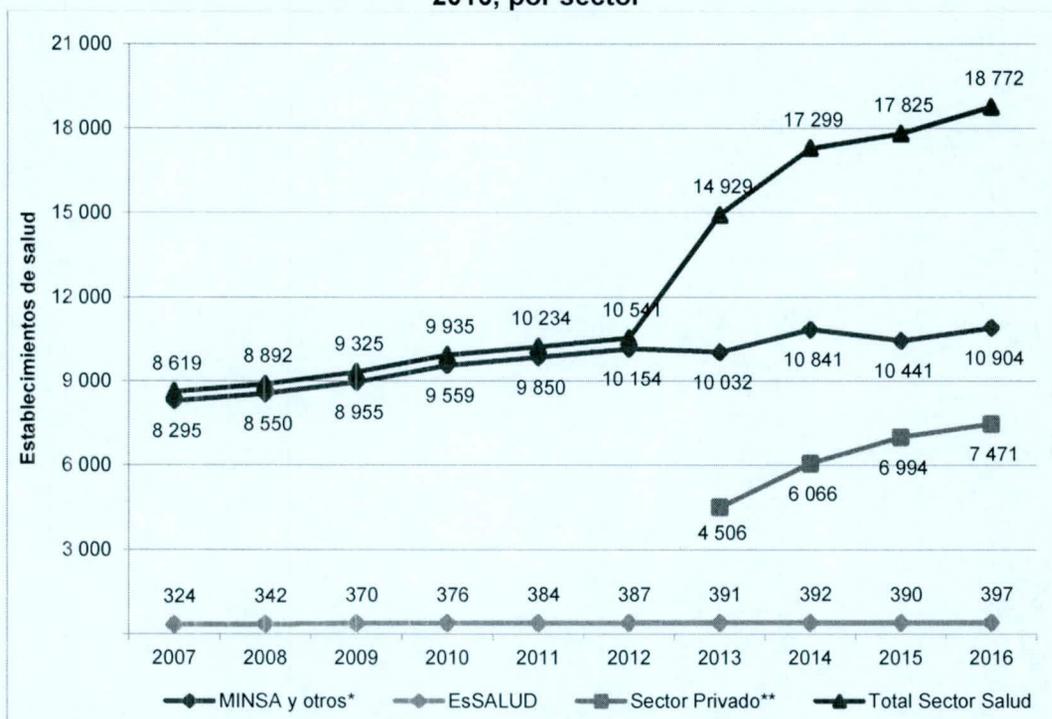


Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática, Base de datos de cuentas nacionales de salud de la Organización Mundial de la Salud y Lazo-Gonzales O, Alcalde-Rabanal J, Espinosa-Henao O (2016). Elaboración: Centro Peruano de Estudios Interdisciplinarios (CEI). *Incluye gastos desembolsados por seguros privados y otras fuentes de financiamiento privado.

En otras palabras, si bien el gasto público en salud se ha venido incrementando en un nivel mucho mayor que el gasto privado, el gasto que deben asumir los propios pacientes todavía sigue representando un alto porcentaje del gasto en salud en el Perú. Esto significa que la salud, sigue siendo una carga sobre los bolsillos de los peruanos y que los inversionistas privados no son quienes dinamizan el sector salud.

En segundo lugar, tenemos que la disponibilidad de los establecimientos de salud en el Perú prácticamente se ha duplicado entre los años 2007 y 2016, pasando de 8 619 establecimientos a 18 772, respectivamente. Sin embargo, también evidenciamos que dicho incremento se produjo sobre todo por el incremento de establecimientos del sector privado y no porque se haya producido algo similar en el sector público. Es así que los establecimientos de ESSALUD, MINSA y otros estamentos del sector público, apenas han experimentado un ligero incremento en el periodo señalado. (Ver gráfico 4)

Gráfico 4: Establecimientos de Salud existentes en el Perú entre los años 2007 y 2016, por sector



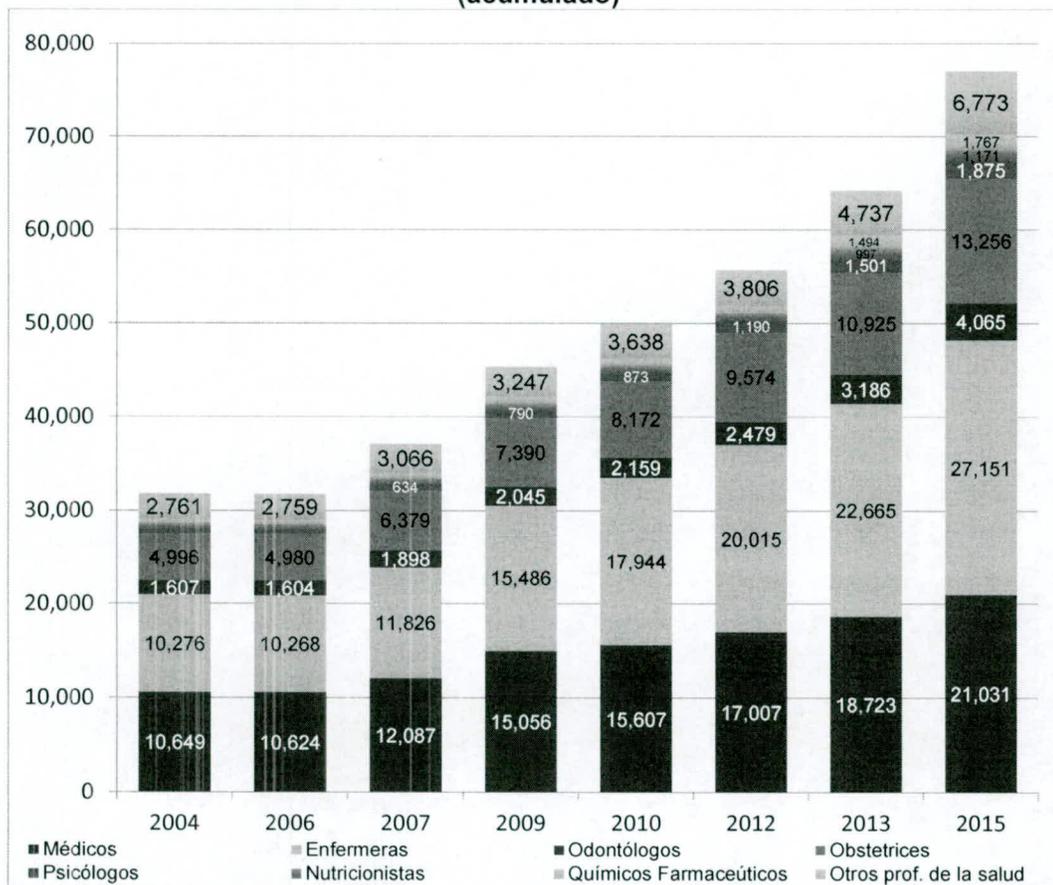
Fuente: Superintendencia Nacional de Salud - Intendencia de Investigación y Desarrollo, Seguro Social de Salud (EsSalud) - Oficina Central de Planificación y Desarrollo - Sub Gerencia de Información Gerencial e Instituto Nacional de Estadística e Informática - Series Nacionales. Elaboración: Centro Peruano de Estudios Interdisciplinarios (CEI). *Incluye hospitales del MINSAL, Gobierno Regional, Fuerzas Armadas y Policiales, Municipalidades provinciales y distritales. **Desde el año 2013, se comenzó a contabilizar los establecimientos privados como parte de la oferta del sector salud.

Esto se hace más claro cuando observamos entre los años 2007 y 2016, el promedio de establecimientos de salud por persona en el Perú, pasó de 0.00030 a 0.00060 respectivamente, tal como se puede apreciar en el gráfico 6. Esto significa que si bien en el año 2007 correspondió en promedio 3 305 habitantes por cada establecimiento de salud disponible en el Perú, para el año 2016, solo le correspondió 1 677 habitantes.

En otras palabras, mientras el gasto público en salud se ha venido incrementado entre el 2007 y el 2016, la cobertura de establecimientos de salud del sector público no lo hizo en similar medida. Esto nos lleva a considerar dos posibles escenarios: 1) Que buena parte del gasto público pudo ser absorbido por la oferta del sector privado o 2) Que el gasto público se concentró más en cubrir aspectos operativos de la oferta pública ya existente que en incrementarla. En cualquiera de los dos escenarios quien pierde es el paciente, ya que se ve obligado a seguir asumiendo un alto porcentaje del gasto en salud directa (pago en efectivo) o indirectamente (pago de pólizas y primas de seguros de salud).

En tercer lugar, considerando que ha sido el servicio brindado por el Ministerio de Salud y los gobiernos subnacionales el que sostuvo de manera clara la oferta del sector salud durante la primera mitad del periodo referenciado, vale la pena revisar la disponibilidad de profesionales de la salud de dichas entidades.

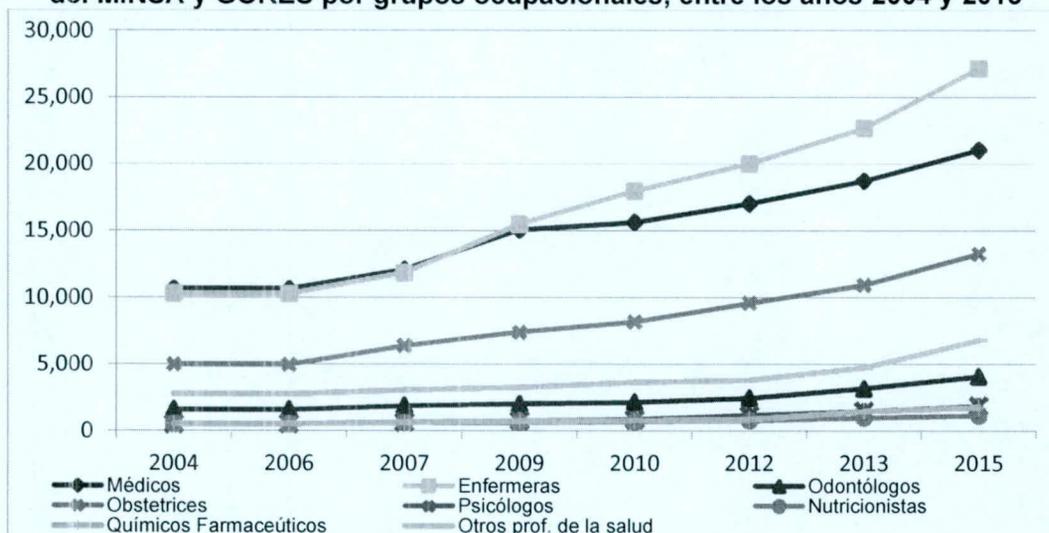
Gráfico 5: Crecimiento acumulado de la cantidad de profesionales de la salud del ministerio de salud y gobiernos regionales, entre los años 2004 y 2015 (acumulado)



Fuente: Ministerio de Salud (MINSA) – Estadísticas. Elaboración: Centro Peruano de Estudios Interdisciplinarios (CEI).

Tal como se puede apreciar en el gráfico 6, actualmente hay mayor disponibilidad de profesionales de la salud, habiendo pasado de 31 831 en el año 2004 a 77 089 en el año 2015. Sin embargo, no todos los grupos ocupacionales han crecido en la misma magnitud: en el siguiente gráfico podemos apreciar con claridad que la cantidad de enfermeras es mayor y ha crecido proporcionalmente más rápido que la de médicos, mientras que las obstetras mantienen la misma tendencia de crecimiento observada en años anteriores. Por otro lado, la cantidad de psicólogos, odontólogos y nutricionistas, sigue siendo proporcionalmente muy baja en referencia a las otras profesiones.

Gráfico 6: Crecimiento comparado de la cantidad de profesionales de la salud del MINSA y GORES por grupos ocupacionales, entre los años 2004 y 2015



Fuente: Ministerio de Salud. Elaboración: Centro Peruano de Estudios Interdisciplinarios (CEI)

Cuando comparamos el promedio de profesionales de la salud por habitante queda claro que las obstetras muestran un mejor balance que el promedio de médicos y enfermeras: de representar 1 449 mujeres en edad fértil por cada obstetra en el año 2004, paso a 627 en el 2015, mientras que las enfermeras y médicos siguen por encima de los 1 000 habitantes por cada uno.

Por su parte, el promedio de odontólogos, psicólogos y nutricionistas por habitante, sigue manteniéndose muy por debajo de los otros grupos ocupacionales, no bajando 7 500 habitantes per cápita en el caso de los odontólogos, de los 16 500 habitantes per cápita en el caso de los psicólogos y de los 26 500 habitantes per cápita en el caso de los nutricionistas. Esto podría explicar la proliferación de problemas de salud mental, estomatológicos y hasta nutricionales que no llegan a ser adecuadamente atendidos.

En resumen, el sector salud ha experimentado un importante crecimiento, fomentado principalmente por el gasto público y el gasto desembolsado por el propio paciente, que ha sido acompañado por el incremento de la oferta de establecimientos de salud producida casi exclusivamente por el sector privado y el aumento de la disponibilidad de profesionales de la salud por lo menos en el caso del sector público, pero todavía no parecen haber logrado un adecuado equilibrio en el promedio de habitantes per cápita. Es decir que el acceso a la salud en el Perú sigue siendo restrictivo.

Por tanto, resulta lógico esperar que la población peruana busque alternativas de servicios de salud que le permitan disminuir el gasto que desembolsan y al

mismo tiempo suplan la potencial falta de cobertura que puedan experimentar. El uso de la medicina tradicional, parece ser una de las alternativas más lógicas –además de la denominada automedicación– especialmente en el caso de la población en situación de pobreza y extrema pobreza.

Al respecto, es importante tomar en consideración que, de acuerdo con el informe de secretaría sobre medicina tradicional de la OMS:

"1. En el último decenio ha renacido en todo el mundo el interés por el uso de la medicina tradicional, y la atención que se le presta. En China, la medicina tradicional representa cerca del 40% de toda la atención de salud prestada. En Chile la ha utilizado el 71% de la población, y en Colombia el 40%. En la India el 65% de la población rural recurre al ayurveda y a las plantas medicinales para ayudar a atender sus necesidades de atención primaria de salud. En los países desarrollados se están popularizando los medicamentos tradicionales, complementarios y alternativos. Por ejemplo, el porcentaje de la población que ha utilizado dichos medicamentos al menos una vez es del 48% en Australia, el 31% en Bélgica, el 70% en el Canadá, el 42% en los Estados Unidos de América y el 49% en Francia.

2. Las medicinas tradicionales, complementarias y alternativas (denominadas en adelante «medicina tradicional») suelen utilizarse para tratar o prevenir dolencias y enfermedades crónicas y para mejorar la calidad de vida. Algunos datos auguran resultados prometedores. Ha quedado demostrado de manera concluyente que la acupuntura alivia eficazmente el dolor y las náuseas, por ejemplo, y así se reconoce ya en todo el mundo. Un cuadro nacional de expertos del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos concluyó en 1997 que hay pruebas claras de que el tratamiento de determinados síntomas mediante agujas de acupuntura es más eficaz y provoca menos efectos secundarios que los tratamientos convencionales. En Alemania y en el Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte, el 70% y el 90%, respectivamente, de las clínicas del dolor utilizan la acupuntura".¹⁸

En el caso peruano, según el estudio "Percepción de la Medicina Tradicional en Hogares Urbanos - ENAHO 1997", desarrollado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática en base a una muestra de aproximadamente 14 mil 500 hogares urbanos, el 4.7% de los encuestados o los miembros de su hogar

¹⁸ OMS (2003). Medicina tradicional. Informe de la Secretaría. 56° Asamblea Mundial de la Salud. Punto 14.10 del orden del día provisional. A56/18. 31 de marzo de 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/80004/1/sa5618.pdf>

fueran atendidos por especialistas (agentes) en medicina tradicional.¹⁹ (Ver tabla 1)

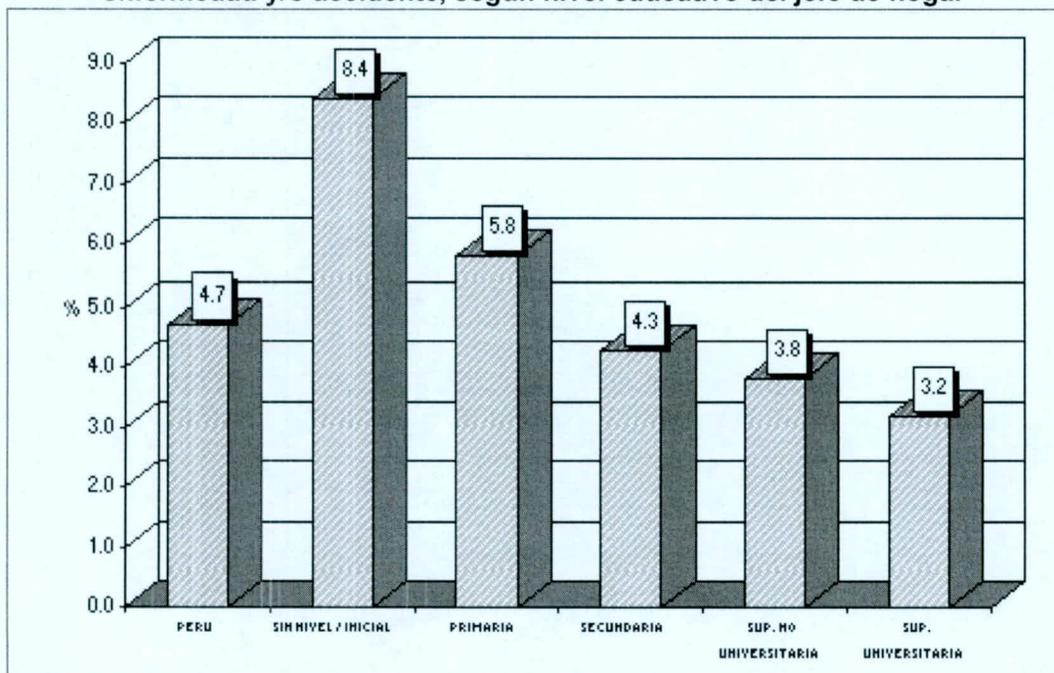
Tabla 1: Personal que atendió síntomas de enfermedad y/o accidente de los miembros del hogar, según sexo del jefe de hogar, 1997 (porcentaje)

| SEXO | TOTAL | PERSONAL QUE ATENDIÓ | | | | |
|--------|-------|--------------------------------------|----------------------|-------|---------|-----|
| | | ESPECIALISTA EN MEDICINA TRADICIONAL | PROFESIONAL DE SALUD | AMBOS | NINGUNO | NEP |
| PERU | 100.0 | 4.7 | 81.1 | 2.8 | 11.1 | 0.2 |
| HOMBRE | 100.0 | 4.6 | 81.5 | 3.0 | 10.6 | 0.3 |
| MUJER | 100.0 | 5.4 | 79.1 | 2.1 | 13.3 | 0.1 |

Fuente y elaboración: Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENAHO 1997 I Trimestre.

Por otro lado, tenemos que el porcentaje de atenciones de síntomas de enfermedad y/o accidente por agentes de la medicina tradicional, es mayor en los hogares cuyo jefe no tiene o solo cuenta con nivel educativo inicial, tal como se puede apreciar en el gráfico 7.

Gráfico 7: Especialista en medicina tradicional que atendió síntoma de enfermedad y/o accidente, según nivel educativo del jefe de hogar

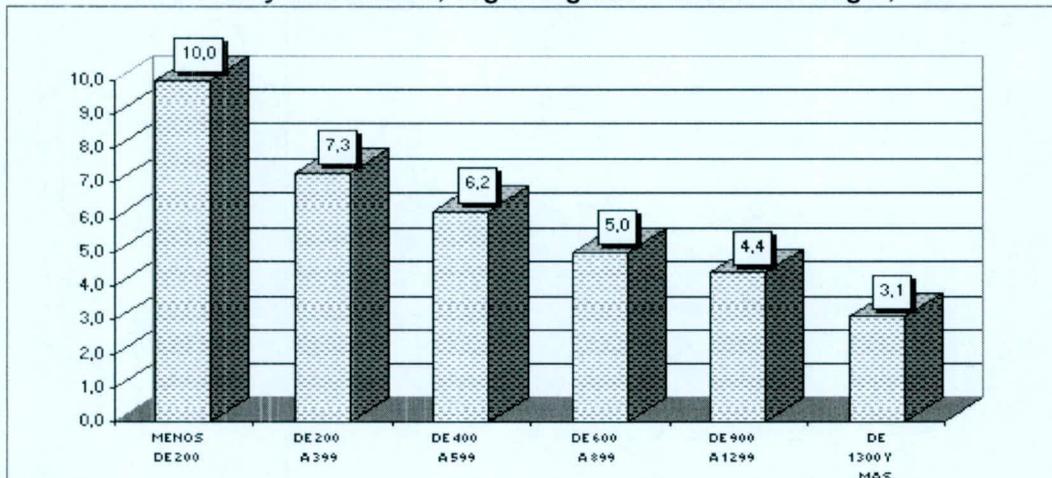


Fuente y elaboración: Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENAHO 1997 I Trimestre.

¹⁹ INEI (1998). Perú: Percepción de la Medicina Tradicional en Hogares Urbanos. Disponible en: <http://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0030/indice.htm>

Po otro lado, la gran mayoría de los hogares que prefirieron la atención de un agente de medicina tradicional, percibían menos de 200 soles mensuales de ingresos totales. (Ver gráfico 8)

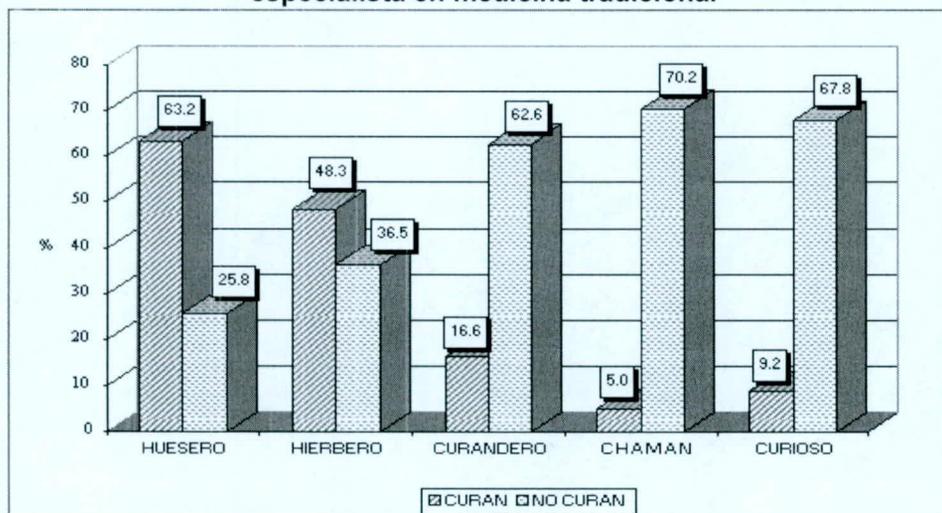
Gráfico 8: Especialista en medicina tradicional que atendió síntoma de enfermedad y/o accidente, según ingreso mensual del hogar, 1997



Fuente y elaboración: Instituto Nacional de Estadística e Informática – ENAHO 1997 I Trimestre.

En cuanto a la opinión de los jefes de familia sobre la eficiencia curativa de los diferentes agentes de la medicina tradicional (especialistas), tenemos que se registró un alto nivel de confianza en las capacidades de los hueseros y en el caso de los hierberos eran más los que confiaban que los que no lo hacían. Lo contrario sucedía con los chamanes y curanderos, sobre quienes pesaba un alto nivel de desconfianza respecto a sus capacidades curativas. (Ver gráfico 9)

Gráfico 3: Opinión de los jefes de hogar sobre eficiencia curativa de los especialistas en medicina tradicional



Fuente y elaboración: INEI – ENAHO 1997 I Trimestre.

Sin embargo, a pesar de que los niveles de desconfianza son relativamente considerables, los encuestados seguían prefiriendo la medicina tradicional, argumentando como principal motivador su bajo costo económico, seguido por la costumbre y solo en tercer lugar por la confianza en los tratamientos.

En resumen, los principales consumidores de los servicios de medicina tradicional son personas en condiciones de pobreza y extrema pobreza, con un bajo nivel de oportunidades producto de un bajo nivel educativo y problemas de alfabetización, entre otras cosas. Por esta misma razón, se trata de población en situación vulnerable que requiere contar con acceso a servicios de calidad y que no puede ser adecuadamente cubierto por la oferta médica actual.

Sin embargo, la medicina tradicional – convertida en la principal alternativa para miles de peruanos – no cuenta con regulaciones adecuadas y por tanto no es posible que se pueda estimar si el servicio brindado se realiza en las óptimas condiciones para su práctica. En ese sentido, Quevedo (2010) señala que:

"Pese a la enorme contribución que han brindado a la farmacopea mundial, el ejercicio público, formal y reglamentado de la medicina tradicional peruana por parte de sus especialistas no cuenta aún con una normatividad jurídica que lo respalde y especifique, lo que ocasiona un vacío legal conducente a una práctica informal (Espinoza 2008). De esta manera, los denominados "curanderos" o especialistas en medicina tradicional realizan su trabajo al margen de un reconocimiento oficial por parte de las instituciones de salud y educación en el país, y en forma paralela a la medicina biomédica. A este sistema oficial de atención en salud, en donde se ofrece preferentemente atención especializada de la medicina académica, se suma el ejercicio parainstitucional de la medicina tradicional, alternativa y complementaria. Este pluralismo médico caracteriza la situación actual de atención y demanda en el país. Problemática identificada en la legislación vigente".²⁰

Esta situación se hace más evidente cuando analizamos con detenimiento el mapa del sistema de salud en el Perú (ver Ilustración 1), y comprobamos que solo existen dos entidades que se ocupan de la medicina tradicional en el Perú desde el propio sector salud:

- 1) El Instituto de Medicina Tradicional²¹ de ESSALUD.

²⁰ Quevedo, 2010, pág. 6.

²¹ EsSalud. ¿Qué es el Instituto de Medicina Tradicional?. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/instituto-de-medicina-tradicional/>

- 2) El Centro Nacional de Salud Intercultural²² – CENSI del Instituto Nacional de Salud (MINSA).

Problemática identificada en la norma

Siguiendo con lo planteado por Quevedo (2010):

"En el Perú existe un amplio marco jurídico de protección para la medicina tradicional. En cuanto al derecho a la salud, como patrimonio cultural inmaterial, es decir, como conocimiento colectivo, el Estado peruano también garantiza el derecho a la identidad étnica y cultural, protegiéndolas.

El Derecho de los pueblos indígenas es el Derecho que tienen los pueblos a gozar y ejercer su propio Derecho: A su territorio, a su idioma, a sus costumbres, su autonomía. Dentro de sus costumbres se encuentra el Derecho a utilizar su medicina tradicional. La Ley Nro, 27811, vigente desde el mes de Agosto del 2002, establece el régimen de protección de los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas vinculados a los Recursos Biológicos. [...]"²³

Sin embargo, el ejercicio de la medicina tradicional como tal no se encuentra contemplado en ninguna de las normas disponibles. La Ley General de Salud no es la excepción a esto, pues si bien contempla en su título preliminar que "la promoción de la medicina tradicional es de interés y atención preferente del Estado", en ninguno de sus artículos posteriores se le vuelve a hacer mención, a sus prácticas o sus agentes.

Menéndez (1994) señala esta falta de regulación y el vacío normativo que mantiene la práctica de la medicina tradicional en la informalidad, guarda relación con la poca disposición a romper la hegemonía del sistema médico occidental, por parte de sus practicantes, así como con la ausencia de diálogo interdisciplinario entre las ciencias sociales, médicas y jurídicas.²⁴

No han sido pocos los intentos de llenar este vacío normativo, a través de sendos proyectos de Ley. Sin embargo, no se ha contado con la "base empírica y de investigación que sustente la propuesta de su articulación formal" o "no han contado con el fundamento técnico respectivo en la elaboración de

²² Instituto Nacional de Salud. Centro Nacional de Salud Intercultural. Disponible en: <http://www.portal.ins.gob.pe/es/censi/censi-c2/medicina-tradicional/indice-de-sindromes-culturales>

²³ Quevedo, 2010.

²⁴ Menendez, Eduardo (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es la medicina tradicional? En Revista Alteridades 7(4). Ciudad de México, págs 71-83. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/747/74711357008.pdf>

estrategias y mecanismos de coordinación entre las distintas instituciones reguladoras de salud”.²⁵ En ese sentido:

*“Es imprescindible pues que se otorgue una evidencia científica de base, sustentada en estudios de conductas de consumo de servicios y atención de la población a nivel nacional. La elaboración de dispositivos legales que permitan su ejercicio oficial en forma segura y confiable para todos los implicados en el proceso de atención de salud requiere, cuando menos, la formulación de un estudio a nivel nacional de análisis de impacto previo (health impact assessment) o una estimación del mismo basada en estudios específicos de campo”.*²⁶

Quizá esta ausencia de marco legal regulatorio tiene su razón de ser en la limitada comprensión de la medicina tradicional que no debe ser visto sólo como una opción para los que menos recursos tienen sino también como una posibilidad de desarrollo para el país, ello en la medida que seamos capaces de generar una cadena productiva que involucre el trabajo de comunidades dedicadas al cultivo de plantas medicinales, investigación científica, patentes, comercialización, entre otras.

La realidad es que millones de personas en todo el mundo utilizan alguna forma de medicina tradicional (ayurveda, medicina tradicional china, medicina tradicional árabe, etc), básicamente en la atención de la salud primaria. Entre todas las opciones de medicina tradicional complementaria a nivel mundial la que más se utiliza es la acupuntura. En la actualidad según informes suministrados a la OMS por 129 países, el 80% de ellos reconoce actualmente la utilización de la acupuntura²⁷.

Al respecto cabe señalar que: *“en el mundo existen 250,000 especies de plantas medicinales, de las cuales conocemos sólo el 10%, lo que indica el gran desafío que esto supone para la investigación y el gran potencial sobre futuros medicamentos. Los países de menor desarrollo económico por su biodiversidad albergan un gran porcentaje de estas plantas y del conocimiento ancestral sobre su uso. Se estima que el 30% de fármacos comercializados y el 40% que se encuentran en pruebas clínicas son derivados de plantas en un mercado cuyo valor económico se calcula en 50 billones de dólares anuales”.*²⁸

Países como China han entendido el valor de la medicina tradicional y promueven la investigación científica a fin de mejorar su uso y

²⁵ Quevedo, 2010.

²⁶ Ídem.

²⁷ Discovery. DSaLud, Revista mensual de Salud y Medicina. N° 170, abril 2014.

²⁸ “Economía y plantas medicinales”. Enrique Eduardo Palacios Lozada. UNMSM, Facultad de Ciencias Económicas. CIS Boletín N° 52. 2012.

comercialización, empresas como Guangzhou Baiyunshan Pharmaceutical Holdings Co Ltd, la mayor farmacéutica de China, ha creado un fondo de 200 millones de yuanes (30,87 millones de dólares) para ampliar la presencia de la medicina tradicional china en el extranjero en los próximos cinco años, según trabajadores de la empresa. El fondo se utilizará principalmente para el registro en el extranjero de productos relacionados con la medicina tradicional china, operaciones de mercado global y cooperación internacional, según declaraciones de Wang Wenchu, subdirector general de Guangzhou Baiyunshan²⁹. Un claro ejemplo de un producto bien vendido es el té de Wanglaoji que actualmente se vende en más de 50 países y regiones, con ventas totales de más de 20.000 millones de yuanes en el año 2014.

En el marco de lo señalado cabe resaltar la publicación de la Organización Mundial de la Salud "Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014 - 2023", en el cual se plantea como un objetivo básico: *"política: cuando sea posible, incorporar la medicina tradicional en los sistemas nacionales de salud mediante el desarrollo y la aplicación de políticas y programas nacionales sobre medicina tradicional"*.

Solución que plantea la propuesta

La presente propuesta legislativa busca incluir la investigación, el desarrollo y la aplicación de la medicina tradicional en el Sistema Nacional de Salud, de modo tal que se contribuya a mejorar la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional a partir de una aplicación efectiva del enfoque intercultural acorde con las necesidades y potencialidades de cada región, garantizando en todo momento la protección de la vida y el bienestar de las personas.

Para ello se propone modificar los Títulos Preliminar, I y II de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, añadiéndoles las consideraciones pertinentes para cumplir con el objetivo señalado.

Marco normativo

La presente iniciativa se rige por el siguiente marco normativo:

- Artículos 2°, 7°, 9°, 11°, 89° de la Constitución Política del Perú de 1993.
- Ley N° 26842, Ley General de Salud.
- Ley N° 27300, Ley de aprovechamiento sostenible de las plantas medicinales.
- Ley N° 29459, Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.

²⁹ Spanishpeopledaily.com.cn.

- Ley N° 27811, Ley que establece el régimen de protección de los conocimientos colectivos de los Pueblos Indígenas vinculados a los Recursos Biológicos.
- Ley N° 27821, Ley de Promoción de Complementos Nutricionales para el Desarrollo Alternativo.
- Ley N° 28216, Ley de protección al acceso a la diversidad biológica peruana y los conocimientos colectivos de los pueblos indígenas.
- Ley 28736, Ley para la protección de pueblos indígenas u originarios en situación de aislamiento y en situación de contacto inicial.
- Ley N° 29785, Ley del derecho a la consulta previa a los pueblos indígenas u originarios, reconocido en el Convenio 169 de la Organización Internacional de Trabajadores (OIT).
- Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo.
- Ley N° 27867, Ley Orgánica de Gobiernos Regionales.
- Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA.
- Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 611-2014-MINSA
- Política Sectorial de Salud Intercultural, aprobada por Decreto Supremo N° 016-2016-SA.
- Documento Técnico: Modelo de Atención de Salud Integral e Intercultural de las Cuencas de los Ríos Pastaza, Corrientes, Tigre, Marañón y Chambira en la Región Loreto 2017 – 2021, aprobado por Resolución Ministerial N° 594-2017-MINSA.

III. EFECTO DE LA VIGENCIA DE LA NORMA QUE SE PROPONE SOBRE LA LEGISLACIÓN NACIONAL

La presente iniciativa legislativa busca modificar los Títulos Preliminar, I y II de la Ley N° 26842, Ley General de Salud, incluyendo la investigación, el desarrollo y la aplicación de la medicina tradicional en el Sistema Nacional de Salud, de modo tal que se contribuya a mejorar la prestación de los servicios de salud en todo el territorio nacional a partir de una aplicación efectiva del enfoque intercultural acorde con las necesidades y potencialidades de cada región, garantizando en todo momento la protección de la vida y el bienestar de las personas.

Por tanto, únicamente será necesario que el Poder Ejecutivo evalúe la posibilidad de hacer modificaciones muy puntuales al Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 008-2017-SA., al Documento Técnico: Diálogo Intercultural en Salud, aprobado por Resolución Ministerial N° 611-2014-MINSA, y a la Política

Sectorial de Salud Intercultural, aprobada por Decreto Supremo N° 016-2016-SA.

IV. ANÁLISIS COSTO BENEFICIO DE LA FUTURA NORMA LEGAL

La presente iniciativa legislativa busca normar la investigación, desarrollo y aplicación de la medicina tradicional como parte del Sistema Nacional de Salud. Por tanto, se aprovechará el conocimiento, los especialistas y los procedimientos que ya existen y se aplican en diferentes, regiones, sectores y estratos sociales de nuestro país; así como la institucionalidad y recursos vigentes en materia de investigación, desarrollo e innovación científica, lo cual no generará gastos al erario nacional.

Así mismo, al formar parte del sistema nacional de salud y contar con investigación y desarrollo científico que identifique y respalde las prácticas de medicina tradicional y a sus agentes, se generaría una importante cadena productiva

V. VINCULACIÓN CON LAS POLÍTICAS DE ESTADO DEL ACUERDO NACIONAL

La presente iniciativa guarda coherencia con los numerales 11 y 13, correspondientes al eje II, equidad y justicia social, de las Políticas de Estado del Acuerdo Nacional, relacionada con promover la igualdad de oportunidades sin discriminación y el acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.³⁰

VI. RELACIÓN CON LA AGENDA LEGISLATIVA APROBADA DE CONFORMIDAD CON EL ARTÍCULO 29

La presente iniciativa guarda coherencia con los temas 7 y 13, correspondientes al objetivo de equidad y justicia social de la Agenda Legislativa del Periodo Anual de Sesiones 2017-2018 del Congreso de la República del Perú, aprobada mediante Resolución Legislativa del Congreso N° 004-2017-2018-CR, relacionados con legislar en materia de promoción de la

³⁰ Acuerdo Nacional. Políticas de Estado. Disponible en: <https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%E2%80%8B/politicas-de-estado-castellano/>

igualdad de oportunidades sin discriminación y el acceso a la salud (fortalecimiento del sector salud) y a la seguridad social.³¹

³¹ Congreso de la República. Agenda Legislativa Concertada 2017-2018. Disponible en: <http://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/resolucion-legislativa-del-congreso-que-aprueba-la-agenda-le-resolucion-legislativa-n-004-2017-2018-cr-1573035-1/>