



CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES
GILBERTO BOSQUES

**REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE
PUEBLOS INDÍGENAS, AFRODE-
SCENDIENTES Y ETNIAS DEL PAR-
LAMENTO LATINOAMERICANO Y
CARIBEÑO**

Reunión Virtual

12 de noviembre de 2020



Serie América

N° 88



CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES
GILBERTO BOSQUES
DIPLOMACIA PARLAMENTARIA



REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS, AFRODESCENDIENTES Y ETNIAS DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO

Reunión Virtual
12 de noviembre de 2020



Serie: América

Nº 88



DIPLOMACIA PARLAMENTARIA



**REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS,
AFRODESCENDIENTES Y ETNIAS DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO
Y CARIBEÑO**

**Reunión Virtual
12 de noviembre de 2020**

ÍNDICE

I. Programa de la Reunión.	5
II. El Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino).	7
III. Documentos de Apoyo.	16
• Resumen del Acta de la Reunión de la Comisión de Pueblos Indígenas, Afrodescendientes y Etnias del Parlamento Latinoamericano y Caribeño. Reunión Virtual, 17 de julio de 2020.	17
• Nota Informativa. Mortalidad Infantil en las Zonas Rurales de América Latina y el Caribe. Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.	18
• Nota Informativa. Medicina Tradicional en América Latina y el Caribe. Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.	24



DIPLOMACIA PARLAMENTARIA



I. Programa de la Reunión



**REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS,
AFRODESCENDIENTES Y ETNIAS DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO
Y CARIBEÑO**

**Reunión Virtual
12 de noviembre de 2020**

12:00 hrs. Tiempo de México

AGENDA PRELIMINAR

12 DE NOVIEMBRE	
12:00 hrs.	Tema 1 Proyecto de Ley Modelo para Prevenir la Morbimortalidad Materno Infantil en Zonas Rurales.
	Tema 2 Actualizar la Ley Marco en materia de medicina tradicional (2009).



II. El Parlamento Latinoamericano y Caribeño (Parlatino)

Nota informativa que describe al Parlamento Latinoamericano y Caribeño y su composición, así como la participación de México en dicho Foro.

EL PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO (PARLATINO)

Nota Informativa¹

El Parlamento Latinoamericano y Caribeño (PARLATINO) es un organismo autónomo de carácter regional que, desde su fundación, buscó ser un mediador en los distintos conflictos entre sus países integrantes. Es también un defensor de los principios de integración, no intervención y autodeterminación de los pueblos que se encuentran en el centro de la política exterior de sus miembros.

Este foro se constituyó formalmente el 10 de diciembre de 1964 mediante la Declaración de Lima, y el 16 de noviembre de 1987 se firmó el Tratado de Institucionalización del Parlamento Latinoamericano, en cuyo Artículo 1° quedó establecido como “(...) un organismo regional, permanente y unicameral, integrado por los Parlamentos Nacionales de los países soberanos e independientes de América Latina y el Caribe, elegidos democráticamente mediante sufragio popular (...)”. Sus principios permanentes son:

- La defensa de la democracia.
- La integración latinoamericana y caribeña.
- La no intervención.
- La autodeterminación de los pueblos.
- La pluralidad política e ideológica como base de una comunidad latinoamericana democráticamente organizada.
- La igualdad jurídica de los Estados.
- La condena a la amenaza y al uso de la fuerza contra la independencia política y la integridad territorial de cualquier Estado.
- La solución pacífica, justa y negociada de las controversias internacionales.
- La prevalencia de los principios de derecho internacional referentes a las relaciones de amistad y a la cooperación entre los Estados.

Los propósitos del PARLATINO son:

- Velar por el estricto respeto a los derechos humanos.
- Defender la plena vigencia de la libertad, la justicia social, la independencia económica y el ejercicio de la democracia representativa y participativa, con elecciones libres y transparentes y con estricto apego a los principios de la no intervención y de la libre autodeterminación de los pueblos y la vigencia del Estado de Derecho.

¹ Elaborada en el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado mexicano.

- Fomentar el desarrollo económico y social de la comunidad latinoamericana y pugnar porque alcance la plena integración económica, política, social y cultural de sus pueblos;
- Luchar por la supresión de toda forma de colonialismo, neocolonialismo, racismo y cualquier otra clase de discriminación en América Latina y el Caribe.
- Estudiar, debatir y formular políticas de solución a los problemas sociales, económicos, culturales, ambientales y de política exterior de la comunidad latinoamericana y caribeña.
- Contribuir a la consecución de la paz, la seguridad y el orden jurídico internacionales, denunciando y combatiendo el armamentismo y la agresión de quienes sustenten la política de la fuerza, que son incompatibles con el desarrollo económico, social, cultural, tecnológico y ambiental de los pueblos de América Latina y el Caribe.
- Propugnar por el fortalecimiento de los parlamentos de América Latina y el Caribe, garantizando así la vida constitucional y democrática de los Estados.
- Impulsar la armonización legislativa mediante la elaboración de proyectos de leyes modelo.

Los idiomas oficiales de trabajo son el español y el portugués, y su sede actualmente se encuentra en Panamá.

Cabe mencionar que sus principios no son sólo una declaración abstracta puesto que se ven materializados en propuestas legislativas por medio de Leyes Modelo.

Actualmente, el PARLATINO cuenta con 23 países miembros: Argentina, Aruba, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Curazao, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Isla de San Martín, Surinam, Uruguay y Venezuela.

Descripción general del Tratado de Institucionalización del Parlamento Latinoamericano

El Tratado consta de nueve artículos, a saber: Artículo I. El Parlamento; Artículo II. Principios; Artículo III. Propósitos; Artículo IV. Los Miembros; Artículo V. Órganos; Artículo VI. Personalidad y Prerrogativas; Artículo VII. Gastos; Artículo VIII. Sede; y Artículo IX. Clausulas Finales.²

El Artículo V, denominado “Órganos”, estipula la composición y las funciones de los órganos que compondrán el PARLATINO: la Asamblea, la Junta Directiva, las

² Parlamento Latinoamericano y Caribeño. *Tratado de Institucionalización del Parlamento Latinoamericano*. Consultado el 3 de agosto de 2020 en la URL: <https://bit.ly/3i1c3tm>

Comisiones Permanentes y la Secretaría General. A continuación, se presenta un resumen de las funciones de cada uno de éstos:

La Asamblea

La Asamblea es el órgano principal del PARLATINO y está integrada por todos los Estados partes del Tratado de Institucionalización, los cuales se reúnen ordinariamente cada año en la sede permanente. Las delegaciones nacionales están compuestas por un número máximo de doce miembros que deben ser proporcionales a los partidos políticos o grupos parlamentarios de sus respectivas legislaturas, las cuales cuentan con derecho a voto.³

Para sesionar, la Asamblea requiere de la asistencia de más de la mitad de los Parlamentos miembros, cuyos delegados representen, por lo menos, un tercio del total de votos.

En el ámbito de sus atribuciones, la Asamblea aprueba los acuerdos, las recomendaciones o resoluciones, además tiene la facultad de suspender a un Parlamento miembro cuando no se cumplan los requisitos establecidos en el Tratado.⁴

La Asamblea elige al presidente, al presidente alterno, al secretario general, al secretario general alterno, al secretario de comisiones, al secretario de relaciones interparlamentarias y al secretario de relaciones interinstitucionales del Parlamento Latinoamericano y Caribeño.

La Asamblea tiene entre sus funciones las de:

- a) Fijar las líneas generales y prioritarias de actuación del organismo.
- b) Resolver, por las dos terceras partes de los votos presentes, las solicitudes de admisión o ingreso de Parlamentos nacionales.
- c) Resolver, por las dos terceras partes de los votos presentes, las solicitudes que le haga llegar la Mesa Directiva, referentes a la suspensión de un Parlamento miembro.
- d) Resolver, por las dos terceras partes de los votos presentes, a solicitud de por lo menos cinco Parlamentos miembros, lo referente a la destitución de los miembros que integran la Mesa Directiva.

³ Parlamento Latinoamericano y Caribeño (PARLATINO). *Órganos principales*. Consultado el 3 de agosto de 2020 en la URL: <https://bit.ly/33I3uWf>

⁴ *Idem*.

- e) Aprobar las cuotas de contribución de los Parlamentos nacionales para el funcionamiento del PARLATINO.
- f) Elegir los miembros del Consejo Consultivo.⁵

La Junta Directiva

La Junta Directiva está integrada por un presidente, un presidente alterno, un secretario general, un secretario general alterno, un secretario de comisiones, un secretario de relaciones interparlamentarias, un secretario de relaciones interinstitucionales, un presidente delegado y 23 vicepresidentes (uno por cada Congreso miembro).⁶ La Junta se reúne dos veces al año y es la máxima autoridad cuando no esté sesionando la Asamblea.⁷

Como parte de sus funciones exclusivas, la Junta Directiva deberá promover el acercamiento e ingreso de los Parlamentos Nacionales de los Estados latinoamericanos y caribeños que no forman parte de la organización; resolver las solicitudes de admisión o ingreso; transmitir a la Asamblea la solicitud de suspensión por cinco o más Parlamentos miembros en contra de algún otro Parlamento; y elaborar o encomendar la preparación de los documentos de trabajo sobre los temas de las agendas.⁸

Miembros de la Mesa Directiva 2019-2021⁹	
Presidencia	Senador Jorge Pizarro Soto (Chile).
Presidencia Alternativa	Asambleísta José Ricardo Serrano Salgado (Ecuador).
Secretaría General	Senadora Lucía Virginia Meza Guzmán (México).
Secretaría General Alterna	Pendiente
Secretaría de Comisiones	Diputado Rolando González Patricio (Cuba).
Secretaría Alterna de Comisiones	Senadora Silvia Del Rosario Giacoppo (Argentina).
Secretaría de Relaciones Interparlamentarias	Diputada Karine Niño Gutiérrez (Costa Rica).

⁵ *Ídem.*

⁶ A la fecha de elaboración de esta ficha, la vicepresidencia por México se encuentra pendiente de designar.

⁷ PARLATINO. *Junta Directiva*. Consultado el 3 de agosto de 2020 en la URL: <https://bit.ly/3fsElv0>

⁸ *Ídem.*

⁹ PARLATINO. *Miembros de la Mesa Directiva del Parlamento Latinoamericano*. Consultado el 3 de agosto de 2020 en la URL: <https://bit.ly/2Pn1swG>

Secretaría de Relaciones Interinstitucionales	Diputado Leandro Ávila (Panamá).
---	----------------------------------

Las Comisiones Permanentes

Existen trece Comisiones Permanentes que son consideradas, en su conjunto, “el órgano especializado y tienen funciones de análisis, estudio e investigación sobre temas políticos, sociales, económicos, educativos, culturales, jurídicos, laborales, derechos fundamentales, sanitarios, ambientales, agropecuarios, servicios públicos, corrupción, seguridad y asuntos referentes a la mujer, el niño, la juventud, la tercera edad, las etnias, la igualdad de género, la seguridad social, la salud, la vivienda, el desarrollo sostenible y todos aquellos que en común interesan a la América Latina y el Caribe.¹⁰

Están integradas por un presidente y por dos vicepresidentes designados por la Junta Directiva para un periodo de dos años. Cabe mencionar que, por resolución de la XIX Asamblea Ordinaria del PARLATINO, celebrada los días 7 y 8 de noviembre del 2002 en São Paulo, Brasil, la Junta Directiva decidió reducir de 21 a 13 Comisiones Permanentes. A continuación, se enlistan las Comisiones Permanentes y sus respectivos objetivos.

Comisión de Agricultura, Ganadería y Pesca.

Objetivo:

La Comisión está encargada de buscar el desarrollo agropecuario, agroindustrial, forestal, ictícola, biotecnológico del cultivo de la tierra, de los ríos y del mar en cada uno de los países o en la región, en su conjunto.

Comisión de Asuntos Económicos, Deuda Social y Desarrollo Regional.

Objetivo:

Se encarga del análisis de cuestiones como las estructuras económicas en los niveles nacional y regional, procesos de producción, distribución y consumo de bienes y servicios en distintos sectores, políticas de desarrollo, crecimiento y bienestar, planificación para superar la pobreza, procesos de integración económica, comercio exterior, reconversión industrial, financiamiento general, gasto público, inversión privada, precios y salarios, entre otras.

Comisión de Asuntos Políticos, Municipales y de la Integración.

Objetivo:

¹⁰ PARLATINO. *Estatuto del Parlamento Latinoamericano y Caribeño*. Consultado el 3 de agosto de 2020 en la URL: <https://bit.ly/3i7Z1tV>

Se enfoca en el estudio de la integración entre los municipios y su vinculación con las respectivas Asambleas estatales, departamentales y con el Parlamento nacional. De igual forma, acuerda lo relativo a la estabilidad, evolución y desarrollo del régimen democrático en América Latina y el Caribe.

Comisión de Derechos Humanos, Justicia y Políticas Carcelarias.

Objetivo:

Busca analizar lo relativo a la promoción, resguardo, protección y defensa de los derechos fundamentales de las personas en la región. Al mismo tiempo, elabora propuestas sobre políticas de prevención del delito, humanización de la justicia penal, tratamiento del delincuente y regímenes carcelarios.

Comisión de Educación, Cultura, Ciencia, Tecnología y Comunicación.

Objetivo:

La Comisión tiene competencias en asuntos como la creación y desarrollo de los valores culturales, la producción y acceso a bienes culturales, la defensa del patrimonio cultural de los pueblos, la protección de las diversidades culturales autóctonas, el progreso de los sistemas educativos, el desarrollo de la ciencia y la tecnología y la promoción de los intercambios en estos temas.

Comisión de Energía y Minas.

Objetivo:

Es competente en el estudio y generación de recomendaciones en torno a la amplia gama de actividades relacionadas con la electricidad, carbón, gas, petróleo y derivados, energía nuclear, geotérmica, eólica y solar, y demás fuentes energéticas, así como las políticas públicas sustentables en energía y minería. Analiza además el aprovechamiento sustentable de los recursos, el impacto ambiental, la integración energética y la interconexión eléctrica.

Comisión de Asuntos Laborales, Previsión Social y Asuntos Jurídicos.

Objetivo:

Esta Comisión se encarga de los asuntos relacionados con políticas de empleo, salarios, la seguridad social universal, así como el papel del Estado y de los actores sociales públicos y privados en la garantía de los derechos laborales.

Comisión de Medio Ambiente y Turismo.

Objetivo:

Tiene a su cargo temas como la promoción y salvaguarda de la biodiversidad y el equilibrio ecológico, la prevención de los desastres naturales, las consecuencias del cambio climático y la contaminación, y el turismo.

Comisión de Igualdad de Género, Niñez y Juventud.

Objetivo:

Busca lograr la plena participación de la mujer, en igualdad de oportunidades y derechos en esferas como el trabajo, educación, política, maternidad y derecho de la familia. También vela por la protección de los derechos humanos de la juventud y la infancia.

Comisión de Pueblos Indígenas, Afrodescendientes y Etnias.

Objetivo:

Su principal propósito es contribuir a la participación de las comunidades indígenas y otras etnias en los países de América Latina y Caribe. Ofrece prioridad a la promoción de estudios sobre estos grupos, así como al rescate y desarrollo de sus distintas manifestaciones culturales.

Comisión de Salud.

Objetivo:

Su tarea central es la prevención y recuperación de la salud de la población de América Latina y el Caribe. Analiza temáticas como la salud pública, el saneamiento ambiental, los impactos de las enfermedades, las propuestas de reformas a los sistemas sanitarios y la situación alimentaria.

Comisión de Servicios Públicos y Defensa del Usuario y el Consumidor

Objetivo:

Estudia el desarrollo de las estructuras para garantizar la prestación y regulación de los servicios básicos, centrándose en los derechos humanos de los consumidores y usuarios. Se ocupa de temas como el acceso al agua potable, los servicios sanitarios, la infraestructura de energía y el cobro abusivo en las tarifas.

Comisión de Seguridad Ciudadana, Combate y Prevención al Narcotráfico, Terrorismo y el Crimen Organizado.

Objetivo:

Dicha Comisión hace recomendaciones sobre políticas para luchar contra la producción, el comercio y el consumo ilegal de estupefacientes, las diversas formas de delincuencia organizada actos, el terrorismo y la corrupción. También promueve políticas públicas para prevenir y combatir la violencia urbana, así como garantizar la seguridad ciudadana.

Proyectos de Leyes Marco o Leyes Modelo aprobadas por el PARLATINO¹¹

Una de las acciones más significativas y complejas que realiza el PARLATINO es la armonización y homologación legislativa, mediante la elaboración y aprobación de las distintas Leyes Marco o Leyes Modelo por parte de las Comisiones Permanentes y que reciben del apoyo de los diversos organismos regionales e internacionales con los que se han suscrito acuerdos de cooperación interinstitucional. De esta forma, se ha aprobado Leyes Marco o Leyes Modelo en temas tan diversos como la salud, el crimen cibernético, comunidades indígenas, pueblos afrodescendientes, derechos de la Madre Tierra, gestión de riesgo de desastres, protección contra la violencia feminicida, derecho a la alimentación, combate y prevención de la trata de personas, cambio climático y pesca artesanal entre muchas otras.

México en el PARLATINO

México es un parte del PARLATINO desde su fundación y tiene un papel preponderante dentro de las Comisiones y los órganos directivos, siendo promotor de distintas Leyes Modelo.

¹¹ Una Ley Modelo, también equiparada con la expresión Ley Marco, es un instrumento de armonización legislativa. Se define como “todo acto legislativo aprobado por la Asamblea del Parlamento Latinoamericano y Caribeño, destinado a recomendar a los Parlamentos que integran el Organismo un texto legal que establezca criterios normativos mínimos y equivalentes a alcanzarse en la Región sobre una materia determinada, y que en el marco de un proceso de integración y cooperación sirva como aporte para la elaboración de normas de avanzada en el derecho interno, tendientes a reafirmar los principios y propósitos del PARLATINO y la defensa de los derechos humanos”. PARLATINO. *Diccionario de comisiones del PARLATINO*. 2019. Consultado el 3 de agosto de 2020 en la URL: <https://bit.ly/2DrNNSa>



El Congreso mexicano ha presidido el PARLATINO en tres ocasiones: la primera fue del 25 de abril de 1977 al 16 de julio de 1979, con el Diputado Augusto Gómez Villanueva y sustituido por el Diputado Víctor Manzanilla Schaffer. La segunda ocasión en que México presidió el organismo fue del 18 de marzo de 2000 al 8 de noviembre de 2002, con la entonces Senadora Beatriz Paredes Rangel. La tercera ocasión estuvo a cargo de la entonces Senadora Blanca Alcalá Ruiz (2015-2017).

México ha ocupado la Secretaría General en dos periodos consecutivos del 2011 al 2012 y del 2012 al 2015, así como la Secretaría de Comisiones a través de la Senadora María de los Ángeles Moreno Uriegas del 2006 al 2010. De manera reciente, ocupó la Secretaría de Relaciones Interparlamentarias con la entonces Senadora María del Rocío Pineda Gochi (noviembre de 2017-agosto de 2018). Posteriormente, en la XXXV Asamblea Ordinaria, la Senadora Lucía Virginia Meza Guzmán fue electa Secretaria General Alternativa para el periodo 2019-2021, quien actualmente ocupa el cargo de Secretaria General de este foro parlamentario.

III. Documentos de Apoyo

Este apartado se encuentra integrado por un resumen del Acta de la reunión anterior de la Comisión y notas informativas relacionadas a los temas incluidos en la agenda elaboradas por el CEIGB.

RESUMEN DEL ACTA DE LA REUNIÓN DE LA COMISIÓN DE PUEBLOS INDÍGENAS, AFRODESCENDIENTES Y ETNIAS DEL PARLAMENTO LATINOAMERICANO Y CARIBEÑO

Reunión Virtual

17 de julio de 2020

El 17 de julio de 2020 se llevó a cabo de manera virtual la Reunión de la Comisión de Pueblos Indígenas, Afrodescendientes y Etnias del Parlamento Latinoamericano y Caribeño. En ella participaron parlamentarios de Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Costa Rica, Cuba, Ecuador, México, Nicaragua, Panamá y Paraguay. Por parte de México asistieron la diputada Frinné Azuara Yarzabal y el diputado Mauricio Toledo Gutiérrez.

El primer tema de la agenda fue la *Situación de los pueblos y comunidades afrodescendientes en la región latinoamericana*, sobre el cual se abordaron aspectos como la historia de las poblaciones afrodescendientes en América Latina, incluido su traslado forzoso a América y la esclavitud a la que fueron sometidas. Asimismo, se mencionó que existe en la memoria oficial una falta de información sobre esas poblaciones, acontecimientos dispersos y prejuicios racistas que afectan a las comunidades compuestas por este sector poblacional.

El segundo tema fue la *Situación de las personas afrodescendientes en América Latina*, respecto del cual se subrayó la importancia de la visibilidad estadística de las poblaciones afrodescendientes, dado que con ésta se puede elaborar un diagnóstico que derive en la identificación de problemáticas que pueden ser resueltas mediante el diseño y seguimiento de políticas que permitan a este grupo de personas el ejercicio de sus derechos humanos.

Como tercer tema figuró el *Proyecto de Acciones Afirmativas para la población afrodescendiente*, respecto al cual se comentó que Costa Rica cuenta con el Plan de Acción Decenio para la Afrodescendencia 2015-2018 con el propósito de reducir la brecha en las condiciones de vida de la población afro costarricense con respecto del resto de la población del país.

El cuarto tema abordado fue el *Proyecto de Declaración: Acceso a los servicios de salud y el uso de la medicina tradicional como alternativa de combate al Covid-19*, que, entre otras cosas, tiene como objetivo que los gobiernos de la región pongan a disposición de los pueblos indígenas, afrodescendientes y etnias, los servicios de salud adecuados, para combatir la pandemia en curso. Al respecto, los



parlamentarios hicieron propuestas que fueron votadas por unanimidad para complementar el contenido del Proyecto de Declaración.

MORTALIDAD INFANTIL EN LAS ZONAS RURALES DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Nota Informativa¹²

Resumen

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) advierten que la presencia del SARS-CoV-2 puede revertir gravemente los avances en la reducción de la mortalidad de los niños en América latina y el Caribe.

La esperanza de vida de la población en México se ha incrementado en los últimos años, debido principalmente a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, cambios en los hábitos nutricionales y adopción de estilos de vida saludables, así como mayor acceso a los servicios de salud.

Introducción

Estimaciones de mortalidad publicadas por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas y el Banco Mundial destacan que la tasa de mortalidad en menores de cinco años disminuyó de 12.5 millones en 1990 a 5.2 millones en 2019. Evidentemente, el progreso en la reducción de la mortalidad infantil en todo el mundo ha sido notable, pero el impacto de la pandemia de la COVID-19 amenaza años de avances en la supervivencia de niños, esto derivado de la interrupción de los servicios de salud esenciales.¹³

Algunas de las causas de la mortalidad infantil son las relacionadas con anomalías congénitas, lesiones y enfermedades no transmisibles (enfermedades respiratorias crónicas, cardiopatías adquiridas, cánceres infantiles, diabetes y obesidad).¹⁴

¹² Nota informativa elaborada por el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado de la República.

¹³ Organización Mundial de la Salud. La COVID-19 podría anular décadas de progresos para poner fin a las muertes infantiles prevenibles, según advierten los organismos. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en la URL: <https://www.who.int/es/news/item/09-09-2020-covid-19-could-reverse-decades-of-progress-toward-eliminating-preventable-child-deaths-agencies-warn>

¹⁴ Organización Mundial de la Salud. Reducción de la mortalidad en la niñez. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en la URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality>

Las tendencias arrojan que 48 millones de niños menores de 5 años morirán entre 2020 y 2030; casi la mitad de estas muertes serán de recién nacidos. Particularmente, las disparidades regionales y socioeconómicas marcan la diferencia en la salud de los niños. Los servicios básicos de salud como vacunación, tratamiento médico, nutrición adecuada y agua potable y saneamiento se convierten en asuntos de vida o muerte cuando los niños no tienen acceso a ellos. Por ello, reducir las desigualdades y fortalecer los sistemas de salud, especialmente ante la COVID-19, es fundamental para poner fin a las muertes infantiles prevenibles y garantizar que ningún niño o niña se quede atrás.¹⁵

Mortalidad infantil en América Latina y el Caribe

En los últimos 50 años, América Latina y el Caribe han experimentado una disminución en la mortalidad infantil, fundamentalmente por las mejoras en el sector salud, teniendo un mayor control en enfermedades infecciosas, respiratorias y parasitarias, así como por campañas de vacunación y la orientación educativa en madres.¹⁶

No obstante, derivado de la declaración de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre la pandemia de la COVID-19, los gobiernos de diversos países de América Latina y el Caribe decretaron medidas para reducir la transmisión del virus, lo que trajo consigo la suspensión o el cierre de los servicios esenciales de salud en la región. Situación que tiene enormes repercusiones en la supervivencia de la población más desatendida, especialmente en las zonas urbano-marginales y rurales.¹⁷ El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) advierten que la presencia del SARS-CoV-2 puede revertir gravemente los avances en la reducción de la mortalidad de las mujeres y los niños de la región.

Sin duda, acabar con las muertes prematuras de niñas y niños derivadas de enfermedades que se podrían evitar o tratar es de imperiosa necesidad para alcanzar el Objetivo de Desarrollo Sostenible 3, referido a garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Entre las metas de este Objetivo destacan las siguientes:¹⁸

¹⁵ Organización Mundial de la Salud. La COVID-19 podría anular décadas de progresos para poner fin a las muertes infantiles prevenibles, según advierten los organismos. *Op. cit.*

¹⁶ CEPAL. Acerca de Mortalidad y salud. Consultado el 4 de noviembre de 2020 en la URL: <https://www.cepal.org/es/temas/mortalidad-y-salud/acerca-mortalidad-salud>

¹⁷ UNICEF. Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe. Consultado el 4 de noviembre de 2020 en la URL: <https://www.unicef.org/lac/media/16356/file/cd19-pds-number19-salud-unicef-es-003.pdf>

¹⁸ ODS. Objetivo 3: Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades. Consultado el 4 de noviembre de 2020 en la URL: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

- 3.1 Para 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100.000 nacidos vivos.
- 3.2 Para 2030, poner fin a las muertes evitables de recién nacidos y de niños menores de 5 años, logrando que todos los países intenten reducir la mortalidad neonatal al menos hasta 12 por cada 1.000 nacidos vivos, y la mortalidad de niños menores de 5 años al menos hasta 25 por cada 1.000 nacidos vivos.
- 3.7 Para 2030, garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluidos los de planificación de la familia, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y los programas nacionales.

Por otro lado, el informe *“Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe”* del PNUD y UNICEF destaca que una reducción del 10% en la cobertura de los servicios esenciales de salud materno-infantil ocasionará hasta 28,000 muertes de madres y 168.000 de recién nacidos. Lo anterior, aunado a que la pandemia ha ocasionado la pérdida de ingresos familiares, afectando directamente la capacidad de consumo. Así, las mujeres embarazadas y los niños no tienen acceso a los nutrientes necesarios para desarrollarse causando posibles retrasos del crecimiento, desnutrición aguda y crónica durante la niñez, todo ello incrementará el riesgo de muerte por enfermedades infecciosas.¹⁹

Las Naciones Unidas proyectan que en América Latina y el Caribe nacen 10.5 millones de niños al año de madres adolescentes. El 46% de los embarazos en la región terminan en aborto, por lo que el total de embarazos anuales sería de 19.5 millones. Según cifras de UNICEF, en la región viven 51.7 millones de niños y niñas menores de 5 años, 52.2 millones de 5 a 9 años, 52.4 millones de 10 a 14 y 53.5 millones de 15 a 19 años.²⁰

De acuerdo con las recomendaciones derivadas de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), la mayoría de los países de la región han logrado disminuir la mortalidad causada por el embarazo, parto y postparto y la de menores de 5 años.²¹

La CEPAL refiere, en una síntesis (enero de 2020) de los resultados de una encuesta de UNICEF sobre la infancia urbana en América Latina y El Caribe, que en 22 países de América Latina y el Caribe las mujeres entre 15 a 49 años no recibieron atención prenatal adecuada, en el caso de las mujeres que viven en áreas

¹⁹ UNICEF. *Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe. Op. cit.*

²⁰ *Ídem.*

²¹ Noticias ONU. Miles de mujeres y niños en América Latina están en riesgo de morir por falta de atención en salud durante la pandemia. Consultado el 4 de noviembre de 2020 en la URL: <https://news.un.org/es/story/2020/09/1481442>

urbanas la atención fue insuficiente en el orden del 6.1% y mayor en las zonas rurales equivalente al 14.4%. A nivel urbano el 3.6% de las mujeres que viven en hogares sin precariedad habitacional registró una inadecuada atención prenatal y las que viven en hogares con precariedad habitacional grave fue del 9%. Haití presenta los niveles más devastadores con el 37%, Guatemala 18%, Costa Rica 9.7% y Guyana 13%.²²

También, la desnutrición impacta negativamente en el desarrollo motriz y cognitivo de las niñas y los niños. En quince países de América Latina y el Caribe la desnutrición infantil para menores de 5 años es del 25.6% en aquellos niños que viven en zonas rurales y del 12.6% en los que viven en zonas urbanas. La fase inicial de la desnutrición es la insuficiencia ponderal, es decir, cuando la niña o el niño comienzan a desnutrirse, su principal efecto es la pérdida de peso debido a que éste se ubica por debajo del estándar para su edad, en un principio su estatura no se ve afectada. En las zonas rurales este indicador es del 7.3% y en las zonas urbanas es del 3.2%.²³

La desnutrición crónica puede darse antes de que nazca el bebé, la madre que la padezca tiene mayores probabilidades de que su hijo presente bajo peso y sufra retraso de crecimiento durante toda su infancia, además de tener implicaciones en su proceso educativo, sin embargo, ésta se puede prevenir desde el embarazo y hasta que cumplan dos años las niñas y los niños, fomentando la lactancia materna, hábitos de higiene, el acceso a servicios de salud por parte de madres e hijos, entre otros.²⁴ La desnutrición crónica tiene una mayor incidencia en América Latina y el Caribe con el 24.3% en áreas rurales y el 11.1% en zonas urbanas, Guatemala presenta un índice mayor con el 35% seguido de Haití y Honduras. Surinam, Santa Lucía y Paraguay presentan los niveles más bajos.²⁵

La desnutrición aguda conlleva a un alto riesgo de mortalidad, se presenta en niñas y niños que tras un período prolongado de desnutrición su peso está por debajo con relación a su talla. En quince países de América Latina y el Caribe el 1.3% de las niñas y los niños en zonas urbanas la padecen. Barbados presenta la mayor incidencia con el 8%, le siguen Guyana y Surinam.²⁶

Además, la maternidad temprana se relaciona con la pobreza, y ésta con la desnutrición y mortalidad infantil, en 22 países de la región las mujeres entre 15 y 19 años que han tenido un bebé o se encuentran embarazadas es del 21% en las

²² CEPAL. Infancia y desigualdad habitacional urbana en América Latina y el Caribe. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en la URL: https://www.cepal.org/es/notas/infancia-desigualdad-habitacional-urbana-america-latina-caribe#_ftnref1

²³ *Ídem.*

²⁴ UNICEF. ¿Qué es la desnutrición? Consultado el 5 de noviembre de 2020 en la URL: <https://www.unicef.es/noticia/que-es-la-desnutricion>

²⁵ CEPAL. Infancia y desigualdad habitacional urbana en América Latina y el Caribe. *Op. Cit.*

²⁶ *Ídem.*

áreas rurales y del 15% en zonas urbanas. El porcentaje es mayor en hogares de precariedad habitacional principalmente en las zonas rurales. Honduras, El Salvador, México y la República Dominicana son los países con mayor incidencia de embarazo en adolescentes, en contraste con Uruguay, Haití, Santa Lucía y Cuba.²⁷

El informe “*Desafíos de la pandemia de COVID-19 en la salud de la mujer, de la niñez y de la adolescencia en América Latina y el Caribe*”, del PNUD y UNICEF, enfatiza la necesidad de invertir y restablecer lo antes posible los servicios esenciales de salud. Países como Uruguay, Costa Rica y Cuba antes de la pandemia de la COVID-19 habían priorizado la inversión en este sector. Asimismo, en ese documento se recomienda que las políticas públicas sean formuladas con perspectiva de género para que tengan prioridad las mujeres, quienes en su mayoría se encargan de cuidar a los niños.²⁸

Mortalidad infantil en México

En 2019, la tasa de mortalidad infantil masculina fue de 14.5 defunciones de niños menores de un año por cada mil nacidos vivos, en las niñas fue de 11.8. Chiapas presenta la tasa más alta de mortalidad de niñas con 17.8; Oaxaca registra un 16.5, Guerrero 15.0, Puebla 14.4, Michoacán 13.3 y Zacatecas 12.9. Las entidades con las menores tasas de mortalidad infantil en niñas son Baja California (8.8), Nuevo León (8.6) y la Ciudad de México (8.5).²⁹

En los estados de Chiapas, Oaxaca y Guerrero se presentan las tasas de mortalidad de niños más altas con el 21.9, 20.4 y 18.7, respectivamente, seguidas por Puebla 17.9, Michoacán 16.6 y Zacatecas 16.0. Las entidades con las menores tasas de mortalidad infantil registradas en niños son Coahuila (10.9), Baja California (10.7), Nuevo León (10.3) y Ciudad de México (10.2).³⁰

La esperanza de vida de la población se ha incrementado en los últimos años, debido principalmente a la reducción en las tasas de mortalidad infantil, cambios en los hábitos nutricionales y adopción de estilos de vida saludables, así como mayor acceso a los servicios de salud.³¹

En México existen 21 Bancos de Leche Humana, los cuales son Centros Especializados para el procesamiento, almacenaje y distribución de la leche

²⁷ *Ídem.*

²⁸ Noticias ONU. Miles de mujeres y niños en América Latina están en riesgo de morir por falta de atención en salud durante la pandemia. *Op. cit.*

²⁹ INEGI. Mujeres y hombres en México 2019. Consultado el 6 de noviembre de 2020 en la URL: http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MHM_2019.pdf

³⁰ *Ídem.*

³¹ *Ídem.*

materna. Éstos tienen como objetivo asegurar el derecho de los recién nacidos a una alimentación segura y oportuna, así como el de reducir la mortalidad infantil.³²

Derivado de la pandemia del coronavirus COVID-19, en abril de 2020 se registró el primer fallecimiento de una niña de dos años. Al mes de junio se tenían registrados 90 defunciones de menores de edad, 41 niñas y 49 niños. Cifras que triplican a las de Estados Unidos y son cinco veces mayores que las de España, países con un gran número de contagios por el SARS-CoV-2.³³

Save The Children en México señala que posiblemente las causas de los decesos en niños y niñas se deriven de la obesidad, al trabajo infantil y a que los papás trabajan de manera informal y, posiblemente, llevaron la enfermedad a sus hogares.³⁴

La Secretaría de Salud informó que del 12 de abril al 12 de junio los menores que dieron resultado positivo al COVID-19 pasaron de 84 a 3,139 registros, los cuales se multiplicaron en dos meses.³⁵

El 5 de noviembre de 2020, el Presidente de la República, Lic. Andrés Manuel López Obrador, dio a conocer el inicio de la campaña nutricional, a través de una historieta de ocho páginas, titulada: *¿Qué te estás tragando?*, la cual tiene como objetivo concientizar sobre la importancia de una alimentación adecuada para evitar enfermedades.³⁶

³² Secretaría de Salud. Comisión Nacional de protección Social en Salud. Bancos de Leche para asegurar el derecho de los recién nacidos a una alimentación segura y oportuna. Consultado el 6 de noviembre de 2020 en la URL: <https://www.gob.mx/salud/seguropopular/es/articulos/bancos-de-leche-para-asegurar-el-derecho-de-los-recien-nacidos-a-una-alimentacion-segura-y-oportuna-218633?idiom=es>

³³ EL PAÍS. La tasa de mortalidad en niños en México por la Covid-19 triplica a la de EE UU. Consultado el 6 de noviembre de 2020 en la URL: <https://elpais.com/sociedad/2020-06-28/la-tasa-de-mortalidad-en-ninos-en-mexico-por-la-covid-19-triplica-a-la-de-ee-uu.html>

³⁴ *Ídem.*

³⁵ *Ídem.*

³⁶ Gobierno de la República. Versión estenográfica. Conferencia de prensa del presidente Andrés Manuel López Obrador del 5 de noviembre de 2020. Consultado el 6 de noviembre de 2020 en la URL: <https://www.gob.mx/presidencia/articulos/version-estenografica-conferencia-de-prensa-del-presidente-andres-manuel-lopez-obrador-del-5-de-noviembre-de-2020?idiom=es>

MEDICINA TRADICIONAL EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE

Nota Informativa³⁷

Resumen

La presente nota informativa tiene por objeto mostrar un panorama general sobre el uso de la medicina tradicional en América Latina, así como su incorporación en las legislaciones para tener mejor control y aplicación de esta práctica.

La medicina tradicional o medicina no convencional ha sido utilizada por muchas personas, principalmente por pueblos indígenas y afrodescendientes. En varios países, a este tipo de medicina suele conocerse como medicina complementaria, ya que no están dentro del sistema de salud principal. La implementación de estas prácticas es, en especial, para mantener cuestiones de salud, prevenir y tratar enfermedades, en particular, enfermedades crónicas.³⁸

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la medicina tradicional como “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 como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales”.³⁹

El organismo lanzó su Estrategia sobre Medicina Tradicional 2014-2023, la cual tiene como objetivo ayudar a los países a establecer la manera de promocionar la salud y a su vez proteger a los usuarios que deseen recurrir a esos productos y prácticas. Con ello, los Estados tendrían que implementar dos medidas, las cuales están relacionadas con la elaboración de sus propios perfiles nacionales en relación con la medicina tradicional complementaria (MTC); y en función de estos perfiles deberán elaborar marcos normativos, reglamentos o directrices que satisfagan las necesidades y preferencias de salud de sus poblaciones.⁴⁰

Cabe destacar que la Organización Mundial de la Salud en 1991, mediante la Declaración de Beijín, estableció el 22 de octubre como el Día Mundial de la

³⁷ Nota informativa elaborada por el Centro de Estudios Internacionales Gilberto Bosques del Senado de la República.

³⁸ OMS. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Consultado el 3 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/35YkL7n>

³⁹ OMS. *Medicina tradicional: definiciones*. Consultado el 3 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/2l1mxwd>

⁴⁰ OMS. *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. *Op. cit.*

Medicina Tradicional. El objetivo de esta conmemoración es rescatar, preservar, impulsar y difundir ampliamente el conocimiento de la medicina, los tratamientos y las prácticas tradicionales.⁴¹

La OMS cuenta con las siguientes resoluciones en la materia:

- La Resolución WHA56.31 de la 56^a Asamblea Mundial de la Salud (2003), en cuyo punto 14.10, entre otras cosas, insta a los Estados miembros a formular políticas y reglamentaciones nacionales en materia de medicina tradicional, complementaria o alternativa con el fin de respaldar su buen uso y su integración en los sistemas nacionales de atención de salud, en función de las circunstancias de sus países; así como reconocer la función de estas prácticas tradicionales como uno de los recursos de la atención primaria de salud, en especial, en los países que tienen bajos ingresos y de conformidad con las circunstancias nacionales.⁴²
- La Resolución WHA62.13 de la 62^a de la Asamblea Mundial de la Salud (2009), en el punto 12.4 insta, entre otras cuestiones, a los Estados miembros a considerar la posibilidad de adoptar y aplicar la Declaración de Beijing sobre Medicina Tradicional, de conformidad con las capacidades, prioridades y circunstancias nacionales y la legislación nacional pertinente; y a considerar la posibilidad, cuando proceda, de incluir la medicina tradicional en sus sistemas de salud, sobre la base de sus capacidades, prioridades y circunstancias nacionales y la legislación nacional pertinente, así como de datos probatorios sobre seguridad, eficacia y calidad.⁴³

Ante tal contexto, y debido a los grandes aportes de la medicina tradicional a la salud, es reconocida como patrimonio tangible e intangible de las culturas del mundo. Además, guarda un cúmulo de información, recursos y prácticas para el desarrollo y el bienestar, así como también juega un papel de identidad de varios pueblos que habitan en diferentes partes del mundo.⁴⁴

En América Latina estas prácticas medicinales cada vez son más recurrentes. De acuerdo con un estudio elaborado en 2016, por *OpinaAméricaLatina*, el 37% de los

⁴¹ Secretaría de Salud del Gobierno de Puebla. *La medicina tradicional abarca una amplia variedad de terapias y prácticas que varían entre países y regiones*. Consultado el 3 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/3mNHIX1>

⁴² OMS. *56^a Asamblea Mundial de la Salud. Medicina tradicional*. Consultado el 3 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/3oRDTwh>

⁴³ OMS. *62^a Asamblea Mundial de la Salud. Medicina Tradicional*. Consultado el 3 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/3mQ5TP6>

⁴⁴ Secretaría de Salud del Gobierno de Puebla. *Op. cit.*

latinoamericanos acuden a este tipo de terapias de salud. En el mismo artículo, se destaca que más del 50% de dicha población reconoció automedicarse.⁴⁵

Los expertos señalan que entre las razones por la que la gente acude a estos servicios de medicina tradicional es, principalmente, por la necesidad de encontrar bienestar sin la necesidad de atenderse con la medicina convencional; y otro factor es el económico, ya que a algunas personas se les complica acceder a medicamentos producidos por las farmacéuticas.⁴⁶

El estudio destaca que la homeopatía es de las medicinas alternativas más practicadas en la región, por lo que un 55% de los encuestados respondió ser usuario de este tipo de métodos medicinales. Mientras que un 25% indicó utilizar la acupuntura (técnica milenaria proveniente de China). Otra técnica de medicina alternativa es el ayurveda, el cual es originario de la India. Esta técnica medicinal fue mencionada como otra opción recurrente por un 5 % de los latinoamericanos. La osteopatía fue elegida por un 3%, mientras que un 12% manifestó utilizar otros métodos de medicina natural.⁴⁷

En este contexto, se puede mencionar que Perú cuenta con el Centro de Medicina Complementaria del Seguro Social de Salud, el cual tiene 85 unidades y centros de atención en todo el territorio peruano. Desde su creación (1999), se han atendido cerca de un millón de personas. Los pacientes son tratados con infusiones, ungüentos, tinturas, frotaciones a base de plantas medicinales, así como también reciben terapias manuales y psicológicas, ya que ven al cuerpo humano de manera holística y no como un órgano. El centro cuenta con un área de elaboración de sus productos, en el que también se benefician algunas comunidades andinas, debido a su aporte de hierbas medicinales y de esencias.⁴⁸

De acuerdo con un estudio relacionado con las terapias alternativas y/o complementarias en Perú, se encontró que los peruanos recurren más a la fitoterapia, además de ser la más conocida y aceptada en ese país. Otras terapias que tuvieron altos porcentajes de conocimiento, aceptación y uso fueron la acupuntura corporal, el yoga y el taichí, así como otros métodos de medicina tradicional peruana.⁴⁹

⁴⁵ El Comercio. *El 37% de los latinos utiliza medicinas alternativas*. Consultado el 4 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/3mUhP2d>

⁴⁶ *Ídem*.

⁴⁷ *Ídem*.

⁴⁸ DW. *Perú y la medicina tradicional*. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/350rdey>

⁴⁹ EsSalud. *Revista peruana de Medicina Integrativa. Conocimiento, aceptación y uso de medicina tradicional peruana y de medicina alternativa/complementaria en usuarios de consulta externa en*

En cuanto al marco legal, Perú cuenta con varias legislaciones en materia de medicina tradicional o complementaria:

- Resolución Ministerial No. 902-2017/MINSA, Aprobación del Documento Técnico: “Catálogo de Procedimientos Médicos y Sanitarios del Sector Salud”. Los códigos HIS de las terapias Medicina Alternativa y Complementaria están considerados en el catálogo citado (2017);
- Resolución Ministerial No. 544-2011/MINSA, Modifican la R.M. No. 207-2011/MINSA, sobre conformación de la Comisión Sectorial de Medicina Alternativa y Complementaria (COMAC) (2011);
- Resolución Ministerial No. 134-2008-MINSA, Reconocimiento oficial a la Asociación Peruana de Acupuntura y Moxibustión como Asociación Médica (2008), Decreto Supremo No. 013-2006-SA, Reglamento Ley de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo (2006).⁵⁰

Por su parte, Bolivia tiene la Ley No. 459 de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, promulgada en 2013, que tiene como objeto regular el ejercicio, la práctica y la articulación de la medicina tradicional ancestral boliviana, en el Sistema Nacional de Salud; regular la estructura, organización y funcionamiento de las instancias asociativas, consultivas, formativas y de investigación; y los derechos y deberes de las usuarias y los usuarios de la medicina tradicional ancestral boliviana en todas sus formas, modalidades y procedimientos terapéuticos; y promover y fortalecer el ejercicio y la práctica de la medicina tradicional ancestral boliviana.⁵¹

La Ley contempla cuestiones regulatorias de competencia del Ministerio de la Salud, como el Registro Único de la Medicina Tradicional Ancestral Boliviana (RUMETRAB), que permite la matriculación de los médicos tradicionales en sus diferentes especialidades (BOLIVIA, MSD/2017).⁵²

Asimismo, Bolivia cuenta con una política de salud denominada Salud Familiar Comunitaria e Intercultural (SAFCI), la cual busca eliminar la barrera cultural que existe entre las poblaciones y las diferencias de personas que viven en el país.⁵³

Cabe mencionar que, Bolivia tiene una lista de 32 plantas medicinales reconocidas por el Viceministerio de Medicina Tradicional e Intercultural y otras 32 plantas están

Lima Metropolitana. Artículo por José Antonio Mejía Gálvez, Eriberto Carrasco, Jenny Luz Miguel, Sandra Anita Flores. Consultado el 4 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/3l3Vb70>

⁵⁰ Ministerio de Salud de Perú. *Op. cit*

⁵¹ Ministerio de Salud de Bolivia. *Ley No. 459*. Consultado el 4 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/3n9SmCn>

⁵² *Ídem*.

⁵³ *Ídem*.

siendo analizadas por científicos, académicos y también por médicos tradicionales. Entre las plantas medicinales se encuentran la maca, la coca, la uña de gato, el ajeno, la artemisa, el boldo, la alcachofa, la cola de caballo, el diente de león, por mencionar algunas.⁵⁴

Además, Bolivia tiene otros instrumentos regulatorios en materia de medicamentos, que incluyen homeopáticos, productos medicinales naturales y tradicionales: Decreto Supremo No. 25235, Reglamento al Ley del Medicamento (1998); y la Ley No. 1737 - Ley del Medicamento (1996).⁵⁵

En el caso de Brasil, este país cuenta con 29 tratamientos de medicina basada en conocimientos tradicionales, los cuales son ofrecidos en hospitales públicos. Entre estas prácticas tradicionales o terapias alternativas se encuentran la hipnosis, la aromaterapia, la cromoterapia y las terapias de esencias florales. Asimismo, dentro de ellos, se incluyen el ayurveda, la homeopatía, la medicina tradicional china, la medicina antroposófica, la fitoterapia con plantas medicinales, la arteterapia, la biodanza, la meditación, la musicoterapia, el reiki, la shantala y el yoga. Con ello, el Gobierno busca promover el bienestar de la población y reducir el estrés y la ansiedad.⁵⁶

Según el Ministerio de Salud de Brasil, la demanda del uso de estas prácticas creció en un 670% en ocho años, atendiendo en un inicio a 271 pacientes en 2008 y llegando a atender hasta 2.1 millones en 2016, en su mayoría estas personas han sido usuarias de acupuntura, medicina tradicional china y yoga. Cabe mencionar que no todas estas terapias son reconocidas por el Consejo Federal de Medicina (CFM), el colegio que reglamenta la actividad profesional de los médicos en Brasil, el cual solo reconoce la acupuntura y la homeopatía, ya que de las otras prácticas señala que no existen evidencias científicas sobre su eficacia.⁵⁷

De igual manera, el Ministerio de Salud apunta que Brasil es el país que ofrece el mayor número de terapias alternativas disponibles en el sistema público. Además, estima que cerca de unos 5 millones de usuarios han buscado este tipo de tratamientos en los 9,350 establecimientos que hay en el país, ubicándose como líder mundial en esta área.⁵⁸

⁵⁴ UNILA. *Usos de los conocimientos y prácticas medicinales indígenas en Bolivia: UnIdentidad Cultural en la Salud Pública*. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/3mWQT1T>

⁵⁵ Ministerio de Salud de Perú. *Op. cit.*

⁵⁶ Agencia EFE. *Salud pública de Brasil ofrece hipnosis entre 10 nuevas terapias alternativas*. Consultado el 4 de noviembre de 2020e en: <https://bit.ly/3mXovwO>

⁵⁷ *Ídem.*

⁵⁸ *Ídem.*

En cuanto al marco legal, Brasil tiene la Portaria N° 971, Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde (2006).⁵⁹

En el caso de Ecuador, el ejercicio de la medicina alternativa lo realiza un médico con especialización de 4° nivel o de posgrado. Las especializaciones que se reconocen en ese país son la acupuntura, la moxibustión (es una técnica tradicional china, la cual consiste en aplicar calor estimulando una serie de puntos del cuerpo), y la homeopatía. En 2017, se contaba con 18 médicos alternativos que atendían en centros de salud de Primer Nivel de Atención.⁶⁰

En su marco legal, Ecuador cuenta con la Ley No. 67 - Ley Orgánica de Salud (incluye disposiciones para medicinas alternativas) (2006);⁶¹ el Acuerdo Ministerial N° 037-2016, cuya normativa es para el ejercicio de las terapias alternativas; y el Acuerdo Ministerial 5001 precisa que para que una persona pueda ejercer estas prácticas medicinales en establecimientos debe contar con el permiso otorgado por la Autoridad Sanitaria.⁶²

Cabe destacar que, en Ecuador, la comunidad de Tsáchila desarrolló su propio reglamento para la práctica de la medicina ancestral, el cual consta de 29 Artículos agrupados en seis capítulos.⁶³

Asimismo, otros países de la región han legislado en la materia para regular la medicina tradicional, complementaria o alternativa. Argentina cuenta con la Ordenanza No. 8.155, la cual señala la necesidad de comenzar a reflexionar y debatir acerca del estudio y la implementación de medicinas tradicionales en el ámbito de la Salud Pública Municipal (2007); la Ley No. 26255, Convenio Marco de Cooperación en Materia de Salud y Ciencias Médicas suscrito entre Argentina y China (2004); la Resolución 997 sobre la Salud pública, en la que considera a la acupuntura como un acto médico (2001); y el Decreto 7123, el cual está relacionado con el ejercicio de la farmacia.⁶⁴

En cuanto a Chile, se tiene la Resolución No. 548, Aprobación de Medicamentos Herbarios Tradicionales (2009) y el Decreto Supremo No. 42, Reglamento para el

⁵⁹ Ministerio de Salud de Perú. *Op. cit.*

⁶⁰ PAHO. Reunión Regional: Avanzando Hacia la Salud Universal, Aportes de la Medicina Tradicional y Complementaria. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/2I80OCT>

⁶¹ Ministerio de Salud de Perú. *Op. cit.*

⁶² PAHO. *Op. cit.*

⁶³ Ministerio de Salud Pública. *Reglamento para la práctica de la medicina ancestral Tsáchila*. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/3mZMEms>

⁶⁴ Ministerio de Salud de Perú. *Op. cit.*

ejercicio de las prácticas médicas alternativas como profesiones auxiliares de la salud y de los recintos en que estas se realizan (2004).⁶⁵

Cuba cuenta con la Resolución Ministerial No.261, Disposiciones para la consolidación de la estrategia y el desarrollo de la Medicina Tradicional y Natural (2002). Por su parte, Nicaragua tiene la Ley No. 774, Ley de Medicina Natural, Terapias Complementarias y Productos naturales en Nicaragua (2012). Asimismo, Paraguay tiene la Ley 1119/97 sobre Productos para la Salud y Otros (1997).⁶⁶

En relación con el marco jurídico mexicano, en su Artículo 39 la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal señala respecto a la medicina tradicional, lo siguiente: A la Secretaría de Salud, corresponde el despacho de los siguientes asuntos: (...) II “Crear y administrar establecimientos de salud, de asistencia pública, de medicina tradicional complementaria y de formación de recursos humanos en salud, priorizando la movilidad y accesibilidad”.⁶⁷

Asimismo, cuenta con la NOM017 SSA3 2012 Acupuntura, la cual tiene por objeto “establecer los criterios y características mínimas de operación, bajo los cuales se debe practicar la acupuntura humana y métodos relacionados”.⁶⁸

Otras referencias respecto a la medicina tradicional se encuentran en la Ley marco en materia de medicinas complementarias y la Resolución No.14MCs de Parlatino.⁶⁹

Además, el Programa Sectorial Derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024 indica en sus líneas de acción lo siguiente:

- 1.5.7 Incorporar elementos de la medicina tradicional en los servicios de salud brindados a población indígena y fortalecer el registro sanitario de medicamentos herbolarios.
- 2.5.3 Promover la atención integral de población indígena, considerando las contribuciones de la medicina tradicional, la participación de intérpretes y traductores de lenguas indígenas, la capacitación en materia de derechos indígenas y el enfoque de interculturalidad.⁷⁰

⁶⁵ *Ídem.*

⁶⁶ *Ídem.*

⁶⁷ DOF. *Ley Orgánica de la Administración Pública Federal*. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/3k4oMfg>

⁶⁸ DOF. *NORMA Oficial Mexicana NOM-017-SSA3-2012, Regulación de servicios de salud. Para la práctica de la acupuntura humana y métodos relacionados*. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/2TV49rq>

⁶⁹ Gobierno de México. *Medicinas Complementarias*. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/2TXuBRf>

⁷⁰ SEGOB. *Secretaría de Salud, Programa sectorial derivado del Plan Nacional de Desarrollo 2019-2024*. Consultado el 5 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/2GBtVxY>

En México existen unos 2,000 profesionistas egresados de universidades con carreras y especialidades relacionadas con la medicina tradicional y alternativa. Desde 1994, se imparten estas licenciaturas en el país. El Instituto Politécnico Nacional (IPN) imparte las carreras de medicina homeopática y acupuntura; mientras que la Universidad Autónoma Metropolitana (UAM) imparte la especialidad en medicina alternativa y fitoterapia; y la Universidad Autónoma de Zacatecas (UAZ) tiene la maestría en medicina tradicional china.⁷¹

Además, México cuenta con el Hospital Nacional Homeopático, ubicado en la Ciudad de México, y los hospitales interculturales (que integran la medicina convencional y la medicina tradicional), los cuales operan en distintas entidades como Chiapas, San Luis Potosí, Oaxaca y Estado de México. Asimismo, el Centro Médico Nacional 20 de Noviembre del ISSSTE en la Ciudad de México y el Centro Médico Adolfo López Mateos de la Secretaría de Salud en el Estado de México cuentan con un área de medicina alternativa.⁷²

Cabe mencionar que los profesionistas que ejercen la medicina tradicional en dichas instituciones suelen estar contratados bajo códigos diferentes a sus carreras, debido a que no existe uno específico para ellos. Además, que son contratados como médicos generales, a pesar de que algunos cuentan con especialidades o maestrías en la rama, ya que como tal no hay reconocimiento de su especialidad.⁷³

Es preciso destacar que, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), 8 de cada 10 mexicanos recurren a la medicina tradicional.⁷⁴ En este sentido se puede resaltar que los mexicanos aceptan las creencias de las terapias alternativas o complementarias. Según un estudio del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), el 74.56% de los encuestados respondió estar muy de acuerdo o de acuerdo en que las enfermedades pueden tratarse adecuadamente por medios no reconocidos por la ciencia, como son las terapias a base de hierbas, naturopatía, acupuntura y terapias manuales tales como la quiropráctica, la osteopatía y otras técnicas afines, incluidos taichí, yoga, medicina termal y otras terapias físicas, mentales, espirituales y psicofísicas. Asimismo, de acuerdo con un estudio (de estudiantes mexicanos) el 72% de los encuestados tenía un consultorio de medicinas tradicionales y terapias alternativas en su colonia.⁷⁵

⁷¹ El Economista. *Piden regular profesionales que ejercen medicinas tradicionales y alternativas*. Consultado el 4 de noviembre de 2020 en: <https://bit.ly/2JxKBHA>

⁷² *Ídem*.

⁷³ *Ídem*.

⁷⁴ *Ídem*.

⁷⁵ Scielo. *Terapeutas alternativos en México y la estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023: comunicación, creencias y factores socio-económicos*.



CENTRO DE ESTUDIOS INTERNACIONALES
GILBERTO BOSQUES
DIPLOMACIA PARLAMENTARIA

Coordinadora General
Aliza Klip Moshinsky

Directora General
María Rosa López González

Colaboraron en la elaboración de este documento:

Miguel Venegas Ramírez
Rosa González Sánchez
Karla Viridiana Zambrano Hernández
Alejandro Osornio Ramos