

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES**



Medicina tradicional y complementaria: una experiencia de innovación desde  
EsSalud

Tesis para obtener el título profesional de Licenciada en Ciencia Política y  
Gobierno presentado por:

Herrera Aramburu, Alejandra Victoria

Asesora:

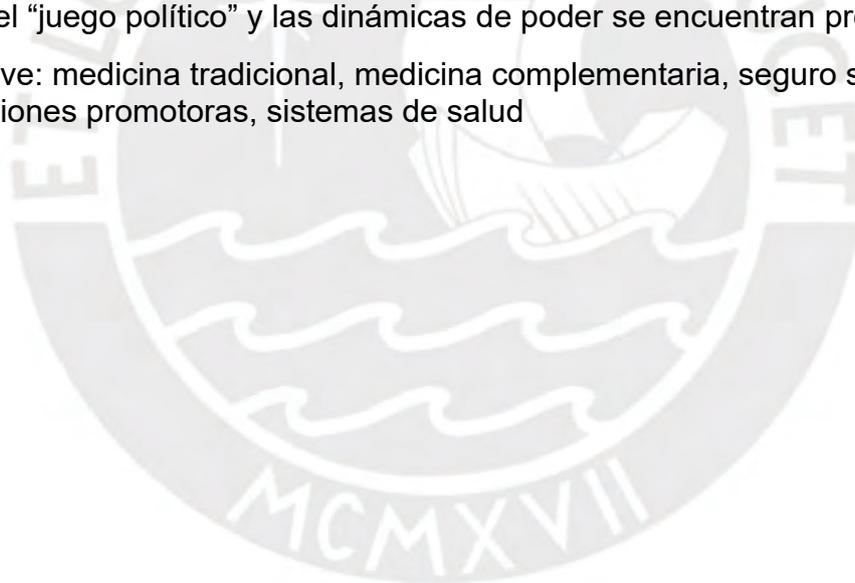
Bensa Morales, Jessica Violeta

Lima, 2022

## Resumen

La investigación busca analizar el proceso de articulación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en los servicios del Seguro Social de Salud entre 1992 y 2020. Se busca identificar los factores que explican el desarrollo de este proceso, pese al paradigma hegemónico de la medicina occidental presente en los servicios de atención de salud en Perú. Para ello, en base a un estudio previo, se analiza el proceso articulador de medicinas – entendido como una innovación en el sector público – a partir de la articulación de elementos explicativos de teorías de transferencias de políticas, comunidades epistémicas y capacidad institucional bajo el marco de análisis de las coaliciones promotoras. La hipótesis plantea que la innovación se da por la activación de una coalición promotora en favor de la medicina tradicional, alternativa y complementaria; mientras los factores dinámicos y estables externos al subsistema constituyen variables intervinientes. Para su comprobación, con un enfoque cualitativo, se realiza un rastreo de procesos, así como un análisis de contenido basado en la teoría fundamentada. Los hallazgos evidencian la existencia de la coalición, las características de su sistema de creencias, sus cambios internos durante el periodo estudiado, sus recursos y estrategias, y el rol de intermediarios que facilitaron la innovación pública. Entre las conclusiones principales se resalta cómo en sectores especializados y disciplinas cercanas a las ciencias duras, las valoraciones, creencias e intereses también tienen relevancia entre actores y en la toma de decisiones: el “juego político” y las dinámicas de poder se encuentran presentes.

Palabras clave: medicina tradicional, medicina complementaria, seguro social de salud, coaliciones promotoras, sistemas de salud



## Índice de contenidos

1. Introducción .....	1
2. Estado de la cuestión .....	5
3. Bases teóricas y metodología.....	12
3.1. Marco Teórico y Conceptual .....	12
3.2. Hipótesis .....	22
3.3. Diseño de investigación y metodología .....	23
4. Caso: MEC en el Seguro Social de Salud .....	27
4.1. Historia del proyecto.....	27
4.1.1. Antecedentes .....	27
4.1.2. Origen y desarrollo del proyecto .....	29
4.1.3. Actualidad .....	32
4.2. Análisis del caso y hallazgos.....	34
4.2.1. Coaliciones y creencias .....	34
4.2.2. Recursos y estrategias.....	40
4.2.3. Intermediarios .....	44
4.2.4. Parámetros relativamente estables y factores dinámicos .....	49
5. Conclusiones .....	52
Bibliografía.....	56
Anexo A .....	61
Anexo B .....	62
Anexo C .....	63
Anexo D .....	64
Anexo E .....	65
Anexo F .....	66
Anexo G.....	67
Anexo H.....	68
Anexo I .....	69
Anexo J.....	70
Anexo K.....	71
Anexo L .....	72
Anexo M .....	73
Anexo N.....	74
Anexo Ñ.....	75
Anexo O.....	76
Anexo P .....	77

Índice de tablas

Tabla 1: Actores entrevistados .....	24
Tabla 2: Diferencias entre coaliciones sobre concepciones de distintos sistemas de salud y de “lo científico” .....	39
Tabla 3: Concepciones sobre salud pública de intermediarios entrevistados .....	46



## Índice de ilustraciones

Ilustración 1: Marco de las Coaliciones Promotoras.....	21
Ilustración 2: Sistema de creencias de Coalición Promotora “pro-MEC” .....	36
Ilustración 3: Sistema de creencias de Coalición Promotora “anti-MEC” .....	38
Ilustración 4: Resumen gráficos de hallazgos sobre el caso .....	51



## 1. Introducción

La presente investigación tiene como propósito comprender y analizar el proceso de incorporación y articulación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria (MTAC) en los servicios del Seguro Social de Salud – EsSalud<sup>1</sup>, así como el rol de los actores involucrados y las estrategias adoptadas por estos en el marco del avance del proyecto articulador de salud. Considerando que estas medicinas no se ubican necesariamente bajo el paradigma hegemónico de la medicina occidental o convencional – el paradigma biomédico – y que han contado históricamente con menores niveles de aceptación entre las y los profesionales prestadores de servicios de salud en contraste a la medicina convencional, la investigación busca responder a la siguiente pregunta: ¿Cómo se explica la incorporación de servicios de Medicina Tradicional y Complementaria en las redes de atención médica de EsSalud entre 1992 y 2020?

El proceso se enmarca como una innovación en el sector público, la cual implica un cambio en las políticas institucionales sobre los servicios de salud brindados por el Seguro Social. Considerando diversos enfoques teóricos orientados a explicar los cambios de políticas, y a partir de un trabajo exploratorio previo del caso, se optó por emplear el marco de análisis de las coaliciones promotoras de políticas, dado que brinda mayores herramientas para explicar cómo operan los actores que impulsan el proyecto estudiado en un marco institucional dado. El marco analítico en cuestión permite además articular elementos explicativos y ciertas categorías analíticas presentes en los otros enfoques revisados. Esto se desarrolla a mayor profundidad en el tercer capítulo, referente a las bases teóricas del estudio.

En ese sentido, la hipótesis plantea que esta innovación o cambio de política se da debido a la activación de una coalición promotora en favor de la medicina tradicional, alternativa y complementaria – Coalición “pro-MEC”. Además, en dicho proceso de innovación, factores externos estables y dinámicos al subsistema de política en cuestión (niveles de capacidad y autonomía de la institución, cambios socioeconómicos, cambios en la opinión pública, entre otros) constituyen variables intervinientes que generan la ventana de oportunidad para el cambio a inicios de la

---

<sup>1</sup> En adelante, referidos como “MEC”: siglas empleadas por el Seguro Social de Salud – EsSalud para hacer referencia al servicio encargado de brindar medicina tradicional y complementaria.

década de 1990. Es dicha ventana de oportunidad la que posibilita el impulso del proyecto articulador a cargo de la coalición “pro-MEC”.

Con respecto a la interculturalidad en salud, hasta antes del 2016, no existía una Política Nacional de Salud Intercultural propiamente dicha en Perú. Los dispositivos legales asociados al tema se encontraban principalmente desarticulados y no contaban con mucho éxito al momento de su implementación (Aliaga, 2014). Aspectos como el parto vertical o la atención en los servicios de salud pública en lenguas indígenas se implementan de manera heterogénea a lo largo del territorio nacional, y en múltiples circunstancias, el personal de salud – principalmente médicos – no se encuentra al tanto de la normativa relacionada a este tipo de procedimientos.

En este contexto, pese a los avances de las últimas décadas, las iniciativas del Estado sobre salud intercultural no han sido del todo efectivas ni debidamente institucionalizadas en los establecimientos encargados de brindar los servicios públicos de salud. Sin embargo, con relación a algunos elementos de la medicina tradicional – principalmente los tratamientos a base de plantas medicinales – y prácticas y saberes de la medicina alternativa y complementaria, sí parecen haberse obtenido avances significativos en cuanto a su incorporación a los sistemas de atención pública en el país, así como en la generación de evidencia científica sobre su efectividad.

El sistema nacional de salud peruano es un sistema de atención sanitaria descentralizado, administrado por cinco entidades principales: el Ministerio de Salud (MINSU), el Seguro Social de Salud - EsSalud, el sector privado, las FFAA y la PNP. Estas dos últimas también se conocen en el rubro de la salud como Sanidades de las Fuerzas Armadas. Actualmente, en todas las entidades mencionadas, existen servicios de medicina tradicional y complementaria, pero la magnitud de la oferta de este tipo de servicios varía entre una y otra. De este modo, la entidad que brinda una mayor cantidad de servicios de medicina tradicional y complementaria es el Seguro Social de Salud – EsSalud.

El avance en la articulación de estos servicios desde 1992 – con la implementación de un proyecto piloto de acupuntura en el policlínico Negreiros – hasta antes del inicio de la crisis sanitaria por COVID-19 en marzo de 2020 (contexto que forzó el cierre de múltiples servicios de atención de salud no orientados a la atención

de la pandemia) muestran lo que podría considerarse una innovación de política. Su avance durante los 18 años sobre los que se enfoca este estudio se evidencia en diversos aspectos, como el aumento progresivo del número de Unidades (UMEC) y Centros (CAMEC) de Atención de Medicina Complementaria en las redes de atención médica de EsSalud. El servicio actualmente cuenta con 85 unidades y centros de atención distribuidos en todo el territorio nacional, en todas las redes asistenciales y desconcentradas de EsSalud, así como en todos los niveles de atención. Entre ellos, además de las UMEC del primer nivel de atención y de los CAMEC del segundo, se encuentra una Unidad de Cuidados Paliativos con Medicina Complementaria (UCPMEC), correspondiente al tercer nivel de atención, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, dedicada a la atención de patologías de mayor complejidad en el centro de atención médica con mayor capacidad resolutive del país. Asimismo, la atención de usuarios a través de estos centros ha ido en aumento ([Anexo A](#)), al igual que sus niveles de satisfacción ([Anexo B](#)), los cuales son superiores a cualquier otro tipo de servicio de atención de salud brindado por el Seguro Social (Dirección de Gestión de Calidad y Comunidad, 2017). Adicionalmente, estos servicios de Medicina Complementaria (MEC) han sido objeto de reconocimiento a nivel nacional e internacional (Gerencia Central de Prestaciones de Salud, 2016).

No obstante, esta innovación de EsSalud no ha sido investigada desde la ciencia política, a pesar de que ha significado considerables reducciones en el gasto del Seguro Social (principalmente en el tratamiento de enfermedades crónicas), y además de haber conseguido una incorporación efectiva de saberes y prácticas correspondientes a la medicina tradicional y complementaria (en contraste a otros proyectos similares impulsados desde otras instituciones estatales prestadoras de servicios de salud en el país y en la región).

Desde la ciencia política, y con un espíritu orientado a la interdisciplinariedad, con el presente estudio se busca aportar al campo de estudio del policy process – enmarcado en la investigación en políticas públicas – aún en desarrollo en Perú. Este estudio de caso se suma a los pocos estudios existentes sobre cambios en las políticas generados por coaliciones promotoras en la disciplina con la particularidad de que, en el caso analizado, se encontró a ciertos intermediarios clave para lograr el cambio de política al interior de la institución sobre la cual se buscaba generar dicho

cambio; es decir, al interior del subsistema de política. Asimismo, el estudio busca aportar a la investigación sobre el sector salud en el país – sumamente complejo y fragmentado – desde una disciplina distinta, mostrando evidencia sobre cómo incluso dentro de marcos institucionales complejos y poco institucionalizados, con la confluencia de ciertos factores, pueden generarse innovaciones públicas, con las ventajas y desventajas correspondientes. Además, este estudio es una muestra aplicada adicional en la literatura sobre cómo ámbitos altamente especializados (como el de la salud) o disciplinas y formas de conocimientos (como la medicina) no son ajenos ni a relaciones de poder, ni a dinámicas políticas, ni a la influencia de creencias y valoraciones de los actores, vinculadas a sus biografías propias y procesos de socialización constantes.

El documento está dividido en seis secciones, contando la introducción. En la segunda parte, se desarrolla un breve estado del arte con respecto a las investigaciones sobre medicina tradicional, alternativa y complementaria; su incorporación en los servicios públicos de salud; y otros estudios en el Perú abordados desde el marco de análisis de las coaliciones promotoras. Luego de ello, se elabora el marco teórico y conceptual a partir del cual se analizó el caso de estudio, además de detallar el tipo de investigación, las herramientas empleadas para el recojo de información y la metodología para el análisis de la información recogida. Posteriormente, se desarrolla el análisis inicial del caso, orientado a responder a las preguntas de investigación, a la luz del marco teórico presentado. Finalmente, se presentan las conclusiones en base al análisis realizado.

## 2. Estado de la cuestión

El interés por la medicina tradicional, alternativa y complementaria ha ido en aumento alrededor del mundo, y se ha reflejado tanto en estudios académicos de diversa índole como en políticas públicas de diferentes países que buscan incorporarlas o articularlas en sus sistemas de atención de salud oficiales. En relación con este último punto, organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) han desempeñado un rol crucial para impulsar la interculturalidad de la salud en los servicios públicos, pese a los efectos diferenciados que han tenido sus recomendaciones en diversos países.

En lo referente a las investigaciones académicas, algunos estudios de corte teórico han girado en torno a las tensiones e incompatibilidades entre la concepción biomédica de la salud de la medicina occidental o convencional, y la medicina tradicional, alternativa y/o complementaria. En esta línea, por ejemplo, Adolfo Peña y Ofelia Paco (2007) estudiaron las bases lógicas y filosóficas de la medicina alternativa, así como su relación con el método científico. En otro artículo, Joan Mora Brugués (2017) compara el carácter ontológico y epistemológico de los tres sistemas médicos más difundidos a nivel internacional: la medicina occidental, la medicina tradicional china y la medicina homeopática.

Estas tensiones, si bien dificultan la integración intercultural de los sistemas de salud – o sistemas médicos – debido a las relaciones de poder que reafirman a la medicina occidental como el sistema de salud hegemónico, simultáneamente resaltan la necesidad de vincularlos. Y es que una integración efectiva de los saberes relacionados a la salud potencia el bienestar de los ciudadanos al mejorar la efectividad de los tratamientos y ampliar el acceso a los servicios de salud. Estos aspectos se abordan en el ensayo La medicina tradicional como un modelo de atención integral en salud, enfocado en el potencial ofrecido por los sistemas médicos tradicionales indígenas de Guatemala (Vides & Álvarez, 2013).

El estudio de la medicina tradicional, alternativa y/o complementaria ha sido ampliamente abordado desde la antropología. Omar Garzón (2015) realiza un estado del arte sobre este tipo de investigaciones en Colombia, Perú, Bolivia, México y España; en el que también incluye aquellas que tienen como fuente teórica a la

etnografía del habla y la semiótica. La mayoría de los trabajos citados en el artículo relacionan la medicina tradicional y popular con prácticas mágicas como el chamanismo o el curanderismo; y muestran que en la interacción intercultural de sistemas de salud se dan ciertos grados de sincretismo, que ocasiona que los mismos saberes médicos varíen en el tiempo y puedan perder algunos elementos provenientes de la tradición que los originó.

Otros estudios se han enfocado en profundizar cómo, desde sistemas médicos tradicionales, alternativos o complementarios en específico, se entienden y tratan patologías determinadas, así como el nivel de efectividad de los tratamientos. Por ejemplo, existen estudios sobre cómo se entienden y cómo se deben tratar problemas de salud como la depresión (Novoa et al., 2012), trastornos de sueño (Forero et al., 2016), enfermedades metabólicas (Rojas et al., 2016), lumbalgias (Sánchez et al., 2016) o migrañas (Gómez et al., 2015) desde la medicina tradicional china, principalmente con el uso de la acupuntura como tratamiento.

Estos estudios también se han realizado a nivel regional. Así, por ejemplo, en México se ha analizado el rol de la medicina alternativa en el tratamiento de trastornos de la salud mental, tales como la ansiedad y la depresión (Berenzon et al., 2009). Sin embargo, los estudios no solo se han desarrollado en función a los sistemas de medicina alternativa, sino también a los sistemas de salud indígenas existentes al interior de los países latinoamericanos. En Ecuador, por ejemplo, un estudio antropológico buscó analizar las prácticas – y el trasfondo simbólico de las mismas – para el tratamiento de enfermedades en la comunidad rural de San Miguel de Chalata (Pasto et al., 2019). En Colombia, un estudio se enfocó en comprender cómo se entienden, desde la medicina tradicional de la comunidad Embera, ciertas enfermedades foráneas como la diabetes, la hipertensión, entre otras (Cardona & Rivera, 2012). Estos autores buscan comprender la cosmovisión en la que se enmarca el entendimiento de estas patologías, con el objetivo de potenciar el diálogo intercultural insipiente entre las autoridades y las comunidades indígenas de sus respectivos países.

En relación con el Perú, se han realizado estudios sobre el uso y efectos de plantas medicinales en el norte del país para el tratamiento de diversas enfermedades (Bussmann et al., 2010; Bussmann & Sharon, 2006), entre ellas, enfermedades

respiratorias (Busmann & Glenn, 2010). En esa misma línea, otro estudio profundizó en el entendimiento de las prácticas tradicionales asociadas a las plantas medicinales del pueblo aimara de Puno, en específico, de la comunidad de Checca (Quispe et al., 2014); mientras otro se centró en el uso de plantas medicinales para las etapas de gestación y el parto en la comunidad awajún de Urakusa (Reyes et al., 2017).

La medicina tradicional, alternativa y complementaria se ha incorporado – al menos de manera parcial – en los servicios públicos de salud de múltiples países. En Europa, Suiza fue el primer país en incorporar formalmente estas medicinas en su sistema de salud (Valenzuela et al., 2014). Estos procesos de incorporación formal e institucional han sido objeto de estudio desde el ámbito académico, tanto a nivel internacional como en la región. Así, por ejemplo, una investigación se centró en analizar esta integración de sistemas médicos en India y en otros países de ingresos bajos e ingresos medios, como Cuba (Lakshmi et al., 2015).

Los países de América Latina y el Caribe no fueron ajenos a estos procesos, por lo que, desde el ámbito académico, también se realizaron estudios al respecto. En el artículo *La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia*, los autores analizan el estado de la regulación de estos sistemas de salud no convencionales en Bolivia, Chile, Costa Rica, Ecuador, Guatemala, México, Nicaragua, Perú y República Dominicana (Nigenda et al., 2001). Para ese año, los únicos países que contaban con algún nivel de incorporación de la medicina tradicional, alternativa y/o complementaria en materia de legislación y regulación fueron Bolivia y Chile, mientras que Perú, Ecuador, Guatemala y México solo contaban con ciertas iniciativas legislativas que parecían encaminar el proceso de incorporación de los sistemas no hegemónicos de la salud (Nigenda et al., 2001). Desde una perspectiva descriptiva, Manuel Ignacio Pinto y Paola Ruiz (2012), médicos colombianos, analizaron la incorporación de la medicina tradicional, alternativa y complementaria en su país. En su investigación, identificaron que esos procesos de incorporación son cada vez más frecuentes y que hay una progresiva aceptación por parte de los profesionales de la salud y los pacientes hacia los tratamientos provenientes de dichos sistemas de salud (Pinto & Ruiz, 2012).

Estudios de mayor profundidad se realizaron en México. Por ejemplo, en una investigación etnográfica se analizó la implementación de las políticas interculturales

a través del estudio del encuentro de sistemas de conocimiento de salud entre el personal médico (Guzmán, 2016). La etnografía evidenció que, pese a las tensiones entre los sistemas de salud, hay una revaloración de la medicina tradicional por parte del personal médico en el marco de la política de atención sanitaria intercultural del país. En otro estudio, en el que se incluyó el gasto público como indicador para evaluar el avance de la incorporación de la medicina tradicional en las políticas públicas del Estado mexicano, se halló que la gestión administrativa gubernamental sí promovió la participación e integración de actores con conocimientos de medicina tradicional, por lo que se pudo dar una incorporación efectiva de conocimientos de salud (Guzmán & Kleiche, 2017). No obstante, en el análisis crítico del estudio, se evidenció que dicha incorporación consideró la medicina tradicional más como una categoría cultural que como conocimiento médico propiamente dicho. Adicionalmente, la implementación de estas políticas también se ha visto afectada por escasos recursos humanos y materiales, lo que cuestiona el nivel de interculturalidad que se ha alcanzado (Navarro et al., 2017).

En Cuba, la incorporación de servicios de medicina tradicional, alternativa y complementaria al sistema de atención de salud del Estado también tuvo lugar: se incorporaron este tipo de servicios en la medicina militar. En un estudio, se realiza un balance del estado de dicho proceso de incorporación, en contraste con el desarrollo que estos servicios de salud han alcanzado en la oferta de salud pública militar de otros países. Los autores concluyen que, a nivel internacional, la medicina tradicional y complementaria sí se ha llegado a incorporar en los servicios militares de salud, y simultáneamente, la aceptación de los usuarios – efectivos militares, veteranos y familiares – ha ido en aumento (González et al., 2014).

En Perú, la incorporación formal de la medicina tradicional y complementaria se ha dado tanto desde el Ministerio de Salud (MINSa) como desde el Seguro Social de Salud (EsSalud). El estudio de mayor profundidad al respecto corresponde a la tesis de posgrado de Carlos Eyzaguirre (2016), en la cual no solo analiza las incorporaciones mencionadas, sino el proceso en general a través del cual la medicina tradicional y complementaria ha pasado a formar parte de las políticas oficiales de salud en el país. Otros artículos encontrados son de carácter descriptivo y cuantitativo: un estudio enfocado en la oferta de servicios de MTAC en Lima y Callao (Lovera &

Fuentes, 2013); otros centrados en evaluar los niveles de aceptación de los servicios de la MTAC entre el personal de salud del seguro social (Villar, Ballinas, et al., 2016) y los usuarios de consulta externa (Mejía et al., 2017); y otro sobre indicadores de producción de los servicios de medicina complementaria de EsSalud, los cuales han ampliado su oferta y demanda en los años de estudio (Villar, Ybáñez, et al., 2016).

Por tanto, el proceso de articulación de la medicina tradicional y complementaria en los servicios de salud estatales no ha sido estudiado a profundidad en el Perú. Los estudios antropológicos han estado principalmente orientados a entender los sistemas de salud y las prácticas de medicina tradicional en el marco de comunidades específicas, y, en algunos casos, su relación con el sistema de salud oficial, pero no se han enfocado específicamente en los servicios de medicina tradicional y complementaria proporcionados por el mismo Estado. La tesis de antropología citada arriba sí analiza estos servicios, pero como parte del desarrollo de la medicina tradicional en las políticas de Estado a nivel general.

Además, desde la ciencia política no se ha desarrollado ningún estudio sobre la articulación de estos servicios desde MINSA o desde EsSalud, pese a que, aun cuando los sistemas médicos que engloban entran en conflicto con el sistema médico occidental preponderante en los servicios de salud estatales, dichos servicios alternativos iniciaron su funcionamiento desde hace más de dos décadas y continúan vigentes – incluso después de la crisis sanitaria por COVID-19. De hecho, a través de los estudios descriptivos citados previamente, se ha llegado a registrar una aceptación creciente de estos tratamientos por parte de los usuarios, por parte del mismo personal de salud, así como una expansión de la oferta estatal de servicios de medicina complementaria, los cuales recogen elementos de la medicina tradicional, principalmente asociados al uso de plantas medicinales.

De acuerdo con la literatura revisada, este tipo de procesos se pueden entender desde la ciencia política como cambios de políticas. En Perú, se han realizado pocos estudios sobre cambios en las políticas a partir de enfoques sistémicos, aún en menor medida sobre los generados por coaliciones promotoras. Así, en materia de salud pública, se encuentra el trabajo de Hayakawa (2018), que explica el policy change en la política de salud mental. La autora identifica tres coaliciones promotoras, entre las cuales se dan aprendizajes recíprocos: una constituida bajo el paradigma biomédico

(correspondiente al sistema de salud occidental o convencional), otra agrupada alrededor del paradigma socioeconómico y las recomendaciones de la CVR, y una tercera cohesionada en torno a la inclusión de las personas con discapacidad mental.

Entre otros estudios con este enfoque se encuentra el desarrollado por Tello (2018) sobre el diseño de Contribuciones Nacionalmente Determinadas de la política de cambio climático. El autor detecta tres coaliciones promotoras en ese subsistema de política: una de carácter productivista, otra de activistas y ONGs que buscan una política de adaptación, y una tercera que genera una propuesta intermedia entre las otras dos posturas. También se encuentra la investigación de Gianfranco Silva (2018) sobre el Lugar de la Memoria y la Inclusión Social (LUM). En esta, el autor identifica dos coaliciones promotoras contrapuestas en un contexto de polarización con respecto del Informe Final de la CVR. Un estudio adicional que recoge este enfoque sistémico es el de Moscoso (2018), en el cual se identifica una coalición promotora de carácter vertical sobre la política del desarrollo alternativo (DA) en Tocache. Frente a esta, la conformación de una coalición opositora fomentó el aprendizaje entre ambas, lo que derivó en la configuración del “modelo Tocache”.

Finalmente, la investigación de Alayza y Bensa (2018) estudia la reforma de transporte urbano en Arequipa a partir del enfoque en cuestión. Además, las investigadoras discuten los hallazgos y aportes de los estudios desarrollados en Perú y otros contextos desde el enfoque de coaliciones promotoras. Así, algunos estudios mencionados presentan un factor “demonizador” de la coalición opuesta, mientras otros encuentran aprendizajes entre coaliciones (Alayza & Bensa, 2018). En todas las investigaciones desarrolladas en Perú, se encuentra que la cooperación internacional y el rol de expertos son centrales, mientras que la presencia de actores como congresistas, políticos, funcionarios o sindicatos es reducida (Alayza & Bensa, 2018). De acuerdo con las autoras, este enfoque sistémico “resulta útil para desentrañar el policy process y entender cómo se desarrollan algunas políticas en un contexto como el peruano, caracterizado por la debilidad de sus actores políticos institucionales y la fragilidad de sus relaciones de representación” (Alayza & Bensa, 2018, p. 26).

El proyecto articulador de EsSalud, iniciado en 1992, constituye un caso sui generis en el país y en la región debido a su despliegue en las últimas dos décadas. Por ello, la pregunta de investigación que se busca responder es la siguiente: ¿Cómo

se explica la incorporación de servicios de Medicina Tradicional y Complementaria en las redes de atención médica de EsSalud entre 1992 y 2020? El caso se entiende como una innovación desarrollada desde el sector público que podría ser explicada a partir del marco de análisis de las coaliciones promotoras, en tanto las creencias en torno a cómo se concibe la salud y la enfermedad, y qué tipo de servicios de salud deberían ser brindados por la entidad estatal en cuestión desempeñan un rol central en el proyecto, así como en la cohesión de actores de diferentes arenas, con distintos recursos y estrategias.

En esa línea, la investigación propuesta permite contribuir a los hallazgos desarrollados en Perú a partir del marco de análisis de las coaliciones promotoras. Es decir, el estudio aporta al campo de estudio del policy process aún incipiente en la ciencia política peruana. Además, a diferencia de los casos estudiados en el país bajo este marco de análisis, con excepción de la política de desarrollo alternativo en Tocache, la incorporación de servicios de medicina tradicional, alternativa y complementaria en las redes de EsSalud ha sido reconocida como exitosa a nivel de la región por parte de la OMS. El análisis de este caso sui géneris también permite profundizar en la comprensión de cómo se innova desde el sector público en el Perú, en particular en subsistemas de políticas que no solamente pueden ser conflictivos, sino en los cuales existen asimetrías de poder en torno a los sistemas de creencias que los actores poseen.

### 3. Bases teóricas y metodología

#### 3.1. Marco Teórico y Conceptual

En un contexto de diversidad cultural, las miradas sobre la salud, la enfermedad y la atención no se restringen al sentido biológico del paradigma biomédico. Por el contrario, tanto en términos relacionales-institucionales como simbólicos, existen diferencias de saberes y prácticas médicas en relación con la cultura. Así, dependiendo de la cultura, los roles de los actores y los procesos institucionalizados en lo referente a la salud y la enfermedad varían: usualmente, estas interacciones involucran a la persona que requiere ser atendida por algún malestar, y la persona que posee el “saber” y los medios para tratar dicho malestar. En el sistema cultural de salud imperante en la oferta de atención estatal - la medicina occidental hegemónica - son los profesionales de la salud (en particular los médicos especialistas) quienes ocupan la máxima jerarquía sobre el rol poseedor del saber, lo que no necesariamente se aplica en otros sistemas culturales de salud. Por otra parte, en la dimensión simbólica, el entendimiento que se tiene al interior de una misma comunidad sobre la salud, es decir, “los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad” (Langdon & Wiik, 2010, p. 183), también se construyen en relación con la cultura. Es a partir de dichas concepciones y saberes que se constituyen las prácticas mediante las cuales se realizan los diferentes tipos de atención ante malestares y enfermedades.

Estas variaciones en los saberes y prácticas en torno a la salud no se encuentran exentas de relaciones de poder y desigualdades. En este sentido, las asimetrías valorativas asociadas a procesos sociohistóricos y culturales de cada contexto también se traducen al plano de la salud, a modo de una estructura jerárquica de “saberes diferenciados” en la que el conocimiento médico biológico ocupa la posición hegemónica. Es a través de esta hegemonía del conocimiento médico que sus saberes, prácticas y técnicas son recibidas, asumidas y recreadas desde su posición de clase como legítimas y únicas (Menéndez, 2012).

Profundizando en estas asimetrías de poder, desde la antropología médica crítica se considera la perspectiva histórica para explorar los modelos construidos en torno a la salud. Esta corriente “propone la lectura radical de la medicina, colonial o

poscolonial, como práctica de dominación y de la enfermedad, o de su interpretación, como manifestación del orden social” (Fassin, 2004, p. 290). De igual modo, desde esta perspectiva teórica, se aborda la aplicación de un sistema de salud intercultural como un modelo que cuestiona - sin descartar necesariamente - la visión occidental hegemónica sobre la salud para poner en valor la praxis médica indígena, así como establecer el diálogo y aprendizaje constante entre estas.

La OMS define la medicina tradicional como la “suma total de los conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, utilizadas para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales” (2013, p. 15). Bajo ese rótulo, entonces, se encuentran incluidos diversos sistemas de salud – diferenciados de la medicina convencional hegemónica – en función a la cultura, en el marco de la cual se inscriben los saberes y entendimientos sobre cómo se relacionan los conceptos de salud, enfermedad y atención, así como las prácticas resultantes de la cosmovisión en cuestión.

Por otra parte, se entiende por medicina complementaria o medicina alternativa al “conjunto de prácticas de atención de salud que no forman parte de la tradición ni de la medicina convencional de un país dado ni están totalmente integradas en el sistema de salud predominante” (Organización Mundial de la Salud, 2013, p. 15). En varios países, se incluyen elementos de la medicina tradicional bajo el rótulo de medicina alternativa o complementaria sin hacer explícita la diferencia. Es decir, las delimitaciones conceptuales de la medicina tradicional, alternativa y complementaria varían entre los Estados, pero conservan los elementos centrales que definen un sistema cultural de salud.

En Perú, se entiende por “medicina tradicional” a los sistemas culturales de salud oriundos, desarrollados históricamente al interior de las actuales fronteras estatales (M. Villar, comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020; V. Andrade, comunicación virtual, 2 de octubre de 2020). Aquí se encuentran tanto los sistemas tradicionales indígenas amazónicos como los andinos, e incluyen principalmente prácticas médicas a base de plantas medicinales. Además, la medicina es denominada “alternativa” o “complementaria” según la relación que guarde con la medicina convencional u occidental. De este modo, si los tratamientos de esos

sistemas médicos se dan de manera conjunta, se trata de medicina complementaria; mientras que, si los tratamientos de dichos sistemas culturales de salud reemplazan a los de la medicina convencional, se trata de medicina alternativa (M. Villar, comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020; V. Andrade, comunicación virtual, 2 de octubre de 2020).

La incorporación de servicios de Medicina Tradicional y Complementaria en el Seguro Social de Salud – denominada únicamente como Medicina Complementaria (MEC) desde EsSalud – se entiende como una innovación del sector público en tanto ha constituido un “proceso de adopción de ideas y prácticas organizacionales/de política pública que son nuevas para una organización pública o un proceso/servicio público determinados” (Cejudo, Dussauge & Michel, 2016, p. 17). Como tal, este proceso puede ser explicado a partir de diversos enfoques teóricos, los cuales conllevan a hipótesis alternativas.

Entre ellos se encuentran los enfoques sistémicos de transferencia de políticas, los cuales se centran en explicar cómo las políticas son importadas a partir de experiencias en otros países o cómo son adecuadas al contexto específico en el que se desean implementar. En esa línea, Mauricio Dussauge (2019), elabora una propuesta teórica que no solo permite comprender cómo los emprendedores de políticas recogen experiencias de otros países y las adaptan a su contexto, sino también cómo es que esas políticas transferidas se van institucionalizando posteriormente. Es decir, considera que los policy makers, en el proceso de una transferencia de política, pueden adoptar estrategias que busquen garantizar la sostenibilidad de la nueva política. El autor clasifica dichas estrategias en dos tipos: estrategias de policy building, centradas en el proceso de diseño y rediseño continuo de los componentes de la política, para establecer así condiciones favorables de implementación; y estrategias de policy institutionalisation, enfocadas en los temas de sostenibilidad a largo plazo de la política (Dussauge, 2019).

Dentro del primer tipo, el autor identifica la estrategia de conceptualización, orientada al desarrollo de una comprensión clara sobre el tema de política que se transfiere (Dussauge, 2019). Esto implica recoger los principales axiomas, conceptos, componentes y tecnicismos de la política. En esta primera categoría de estrategias también se encuentran las de profesionalización, que buscan ampliar y garantizar el

expertise sobre el tema; las de reajuste, enfocadas al ajuste continuo de los componentes de la política transferida; y las de persuasión, que consisten en convencer a otros actores sobre los beneficios de la política (Dussauge, 2019). En el segundo tipo de estrategias se encuentran las siguientes: de codificación, que implica incorporar cambios en el marco legal y regulatorio; de desactivación política, enfocada en anticipar, eliminar o minimizar potenciales conflictos políticos entre actores que puedan afectar la implementación de la política; de marketing, que consiste en producir y difundir información sobre la implementación en foros nacionales e internacionales; y de legitimación internacional, que implica esfuerzos de los actores por ganar reconocimientos y certificaciones externas (Dussauge, 2019).

A partir de este enfoque, una primera hipótesis consideraría la innovación como una transferencia, la cual se explicaría debido al impulso internacional por parte de la OMS hacia América Latina para la incorporación de servicios de medicina tradicional, alternativa y complementaria en la oferta de servicios de salud estatales; y de la capacidad de los emprendedores de políticas internas para desarrollar exitosamente las estrategias de policy building y policy institutionalisation.

Así, entre las estrategias generadas por los emprendedores de políticas del Seguro Social, se encontraría la de conceptualización, en tanto para el diseño del proyecto se identificaron las bases conceptuales y paradigmas compartidos en la medicina tradicional, alternativa y complementaria: el “paradigma de la complejidad” y el enfoque holístico sobre la salud. También se encontrarían estrategias de profesionalización, puesto que se buscó el apoyo de expertos y universidades internacionales y nacionales para llevar a cabo capacitaciones desde el inicio del proyecto de innovación. Además, se generaron estrategias de persuasión, en particular sobre la construcción del framing del proyecto: para convencer a otros actores relevantes sobre los beneficios de la innovación, se afirmó la conveniencia del servicio en países con gran diversidad cultural y de ingresos medios o bajos al destacar su carácter costo efectivo. Esta característica, además, fue sustentada por la OPS y la OMS mediante un estudio de costo efectividad en el año 2000.

Asimismo, se llevaron a cabo estrategias de codificación, tales como la creación de una gerencia de línea en el 2014, la formación de farmacias naturales que permitan un stock regulado de plantas medicinales, o la formalización de la figura de

“promotores de salud” (expacientes que difunden este tipo de servicios entre sus familiares y amigos, y constituyen una red de apoyo externa). Finalmente, se generaron estrategias de marketing, como la promoción en diversos foros de la reducción del consumo de medicamentos conseguida por el servicio; y estrategias de legitimación internacional, como el reconocimiento de la Gerencia de Medicina Complementaria del Seguro Social de Salud como “Centro Colaborador en Medicina Tradicional y Complementaria para las Américas” por parte de la OMS en el 2019.

Un segundo enfoque teórico con potencial explicativo sobre esta innovación sería el de comunidades epistémicas, concepto que hace referencia a “una red de profesionales con reconocida experiencia y competencia en un campo particular” (Maldonado, 2005, p. 108). Emanuel Adler y Peter Haas (1992) emplearon este concepto para analizar la influencia que pueden llegar a tener estas redes de expertos en las políticas públicas y en la consolidación de cierto orden internacional, debido a la legitimidad que poseen en áreas específicas. Si bien las comunidades epistémicas son constituidas por expertos en materias particulares, no implica que dichos expertos sean necesariamente “científicos”. De ese modo, estas redes pueden ser de carácter científico o no científico, gubernamental o no gubernamental (Davis, 2013). Mai'a Davis (2013), en una revisión crítica del concepto, resalta que, además de los diferentes tipos de conocimiento que pueden otorgar la categoría de “expertos” a un grupo de profesionales, el poder de influencia de una comunidad epistémica se encuentra relacionado a los grados de cohesión interna de la red.

En ese sentido, una segunda hipótesis explicaría la innovación de EsSalud en función a las características de la comunidad epistémica nacional-trasnacional de medicina tradicional, alternativa y complementaria, así como su influencia en el proceso de toma de decisiones. Es decir, esta red de expertos tornó posible la innovación debido a su capacidad de hacerse escuchar por los tomadores de decisiones y de generar evidencia que es considerada por el Estado en este proceso.

No solo la agencia de los actores interviene en procesos de innovación: también ciertas características institucionales pueden facilitar – o dificultar – este tipo de procesos. En esa línea, los enfoques de capacidad y autonomía institucional constituyen un tercer enfoque teórico con potencial explicativo para el caso a estudiar. Si bien no existe una conceptualización única de capacidad estatal desde la ciencia

política, para los propósitos de la investigación, se entiende dicho concepto en términos de Hillel Soifer (2008); es decir, como “poder infraestructural”. De acuerdo con la autora, este puede ser entendido desde tres perspectivas: desde un enfoque de capacidades, desde el peso del Estado en la sociedad o desde la variación subnacional (Soifer, 2008). El enfoque de capacidades contempla el aspecto de los inputs; es decir, de todo aquello con lo que el Estado – o la entidad estatal – cuenta para desempeñar sus funciones (Soifer, 2008). Entendiendo la capacidad desde este enfoque, este se encontraría compuesto por los recursos con que cuente la entidad, ya sean monetarios, humanos, o incluso recursos legales.

El concepto de capacidad se encuentra asociado en la literatura de la ciencia política al concepto de autonomía. Este, según Skocpol (2007), está vinculado con los objetivos que puede trazarse el Estado – o la entidad estatal – y que no son un reflejo de las demandas o intereses de grupos. Es decir, el Estado o la entidad pueden ser autónomos respecto de actores o grupos con intereses particulares: actores económicos, grupos sociales o de los propios políticos (Bersch et al., 2017).

Por tanto, una tercera hipótesis que se desprende de estos enfoques explica la innovación en el Seguro Social en base a sus niveles de capacidad y autonomía institucional. Así, en contraste con las otras entidades prestadoras de servicios de salud estatales, EsSalud cuenta con mayores recursos monetarios, humanos y organizacionales para desarrollar innovaciones. En términos monetarios, las prestaciones de salud en el Seguro Social son financiadas con aportaciones de sus propios empleadores y asegurados, mientras que el financiamiento del MINSA proviene principalmente de impuestos generales. Con respecto a los recursos humanos, la competencia por plazas – ya sea para el internado, la residencia o las convocatorias de personal médico o no médico – en el Seguro Social es mayor que en otras entidades, así como la remuneración. Asimismo, el avance considerablemente fluido del proyecto, a diferencia del emprendido en hospitales del MINSA (y que, de hecho, data de años anteriores), podría también relacionarse a una mayor autonomía de la institución para la toma de decisiones frente a otros grupos sociales, políticos y económicos del ámbito de la salud.

Finalmente, un cuarto enfoque teórico que permitiría explicar esta innovación sería el marco de las coaliciones promotoras. De acuerdo con esta teoría sistémica,

actores estatales y no estatales forman coaliciones en función de sus creencias sobre algún problema público o política en específico (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Es a través de estas coaliciones que dichos actores – valiéndose de estrategias y recursos diferenciados – buscan influir sobre la política (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). En otras palabras, a partir de la formación de coaliciones, los actores buscan trasladar sus sistemas de creencias y valores compartidos al plano de las políticas públicas, de lo cual, en conjunto con otras variables externas al subsistema de políticas, puede resultar el policy change (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Dicho sistema de creencias se divide en tres niveles de profundidad. El deep core beliefs o núcleo de creencias profundas se forma, sobre todo, a partir de procesos de socialización de los individuos. Cuando estos, como actores dentro de un subsistema de políticas, trasladan algunos elementos de ese núcleo profundo de creencias a las políticas, dichas ideas constituyen el policy core beliefs o núcleo de creencias sobre políticas. Finalmente, el policy core policy preferences o núcleo de preferencias sobre las políticas es el nivel del sistema de creencias que puede cambiar con mayor facilidad. En este, más que aspectos simbólicos, se encuentran creencias normativas, preferencias sobre reglas, etc.

Como se destacó párrafos arriba, los sistemas médicos no solo son constituidos por un conjunto de prácticas en materia de salud: también cuentan con una dimensión simbólica que dota de sentido dichas prácticas. En ese sentido, la noción de “sistema de atención de salud” hace referencia al conjunto de recursos, conocimientos y actores que contribuyen en medio de redes e infraestructuras a sostener lo que se considera como salud y como enfermedad en cada sociedad (Langdon & Wiik, 2010). Al interior de un mismo Estado pueden coexistir formas distintas de entender la salud, el cuerpo y la enfermedad, así como diferentes mecanismos y prácticas sobre la salud. Estas se encarnan en “sistemas culturales de salud”, los cuales resaltan “la dimensión simbólica del entendimiento que se tiene sobre salud e incluye los conocimientos, percepciones y cogniciones utilizadas para definir, clasificar, percibir y explicar la enfermedad” (Langdon & Wiik, 2010, p. 183).

Los sistemas de atención de salud brindados por el Estado peruano se basan, principalmente, en la medicina occidental o convencional, la cual se rige bajo el paradigma biomédico. Este paradigma engloba la metodología y los conocimientos de

la ciencia moderna de occidente. En contraste, los sistemas médicos tradicionales, alternativos y complementarios cuentan con entendimientos y prácticas en materia de salud que difieren de los preceptos de la medicina hegemónica. Adicionalmente, como se señaló en el estado de la cuestión y en la primera parte de esta sección, entre sistemas médicos también existen asimetrías de poder. Por tanto, las ideas y los sistemas de creencias de los actores dentro de subsistemas de políticas sobre la atención de la salud resultan relevantes al momento de explicar cambios en dicho subsistema.

Como se ha mencionado previamente, para explicar el policy change, Sabatier y Jenkins-Smith (1999) no solo consideran los elementos de la propia dinámica entre las coaliciones promotoras de un subsistema de política, sino también lo que denominan parámetros relativamente estables del sistema y sucesos externos al subsistema de políticas. Los primeros establecen las condiciones en las que los actores del subsistema se desempeñarán: los atributos básicos del área del problema, la distribución natural de recursos, los valores socioculturales fundamentales y la estructura social, y la estructura constitucional básica (Sabatier y Jenkins-Smith, 1999). Los segundos consisten en los factores dinámicos – cambiantes – externos al subsistema de políticas: cambios de aspecto socioeconómico, de la coalición gobernante, de la opinión pública o cambios producidos por decisiones e impactos de políticas pertenecientes a otros subsistemas (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999).

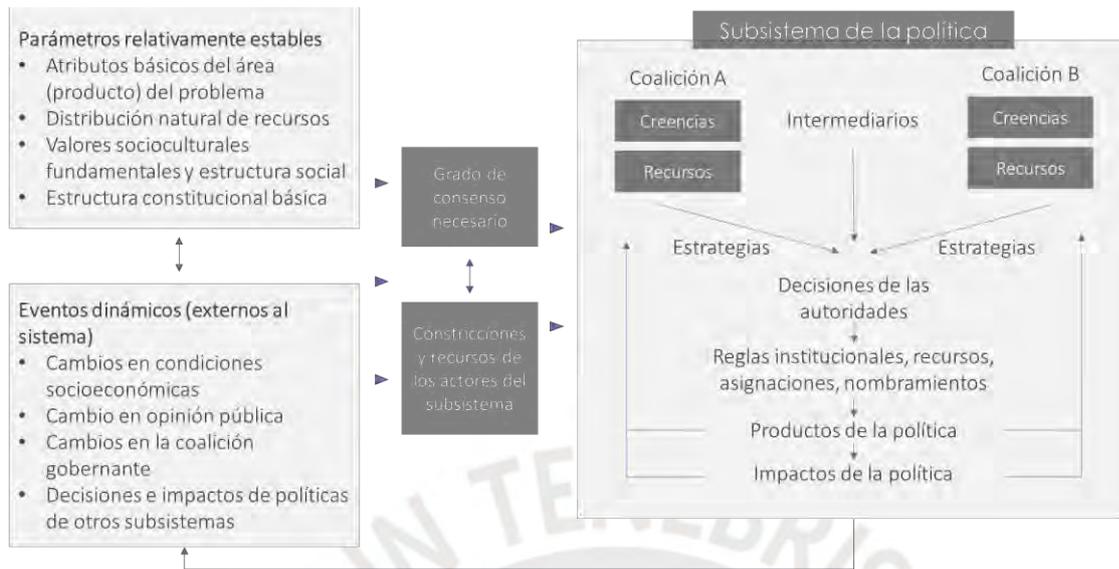
Además, dentro de las dinámicas entre coaliciones promotoras en el marco de un subsistema de política en específico, los autores no solo reconocen que cada coalición cuenta con sistemas de creencias. También se reconoce que los actores que conforman las coaliciones cuentan con diferentes recursos, generan estrategias y se mueven en diferentes arenas. Adicionalmente, otros actores también participan en las dinámicas de un subsistema de política sin formar parte necesariamente de alguna coalición en particular: los policy brokers (Sabatier & Jenkins-Smith, 1999). Estos actores “facilitan la negociación y los aprendizajes entre coaliciones o al interior de una coalición, impulsando el cambio en las políticas” (Alayza & Bensa, 2018).

Considerando lo expuesto en los párrafos anteriores, el marco de análisis de las coaliciones promotoras se muestra con alto potencial explicativo y articulador para el caso analizado debido al nivel de amplitud con el que cuenta. Es decir, permite

articular elementos y categorías analíticas con potencial explicativo presentes en los tres primeros enfoques descritos. Así, la teoría de transferencia de Dussauge puede ser incluida entre las estrategias generadas y empleadas por la coalición promotora que impulsó la innovación. Además, las coaliciones promotoras del subsistema de política en el cual se dio la innovación están también conformadas por comunidades epistémicas nacionales y transnacionales, entre otros tipos de actores que operan en diferentes niveles de gobierno (ONGs, funcionarios públicos u otros actores clave al interior del Estado, etc.). Asimismo, los niveles de capacidad del Seguro Social de Salud forman parte de los parámetros relativamente estables del sistema. De este modo, con la articulación de los enfoques previos, las variables señaladas en el marco de las coaliciones promotoras pueden ser profundizadas. Adicionalmente, dichos conceptos pueden ser útiles para caracterizar a los actores que conforman las redes de advocacy.

Este enfoque, por tanto, resulta pertinente para el estudio del caso señalado, pues permite incorporar los elementos del proceso de innovación detectados mediante el recojo de información empírica como variables explicativas e intervinientes, las cuales no hubiesen podido ser procesadas como tales si se consideraban los enfoques teóricos previos por separado. Es decir, el nivel de amplitud del marco de las coaliciones promotoras, además de permitir la articulación de los enfoques teóricos previos junto con sus capacidades explicativas, permite identificar la diversidad de factores que han intervenido en el desarrollo del caso. En contraste, de haberse considerado solo uno de los enfoques previos, se hubiese podido pasar por alto algunos factores relevantes para el caso de estudio. Adicionalmente, el marco de las coaliciones promotoras es particularmente útil para indagar en los procesos de política de larga duración, y el periodo analizado en esta investigación es de casi dos décadas.

Ilustración 1: Marco de las Coaliciones Promotoras

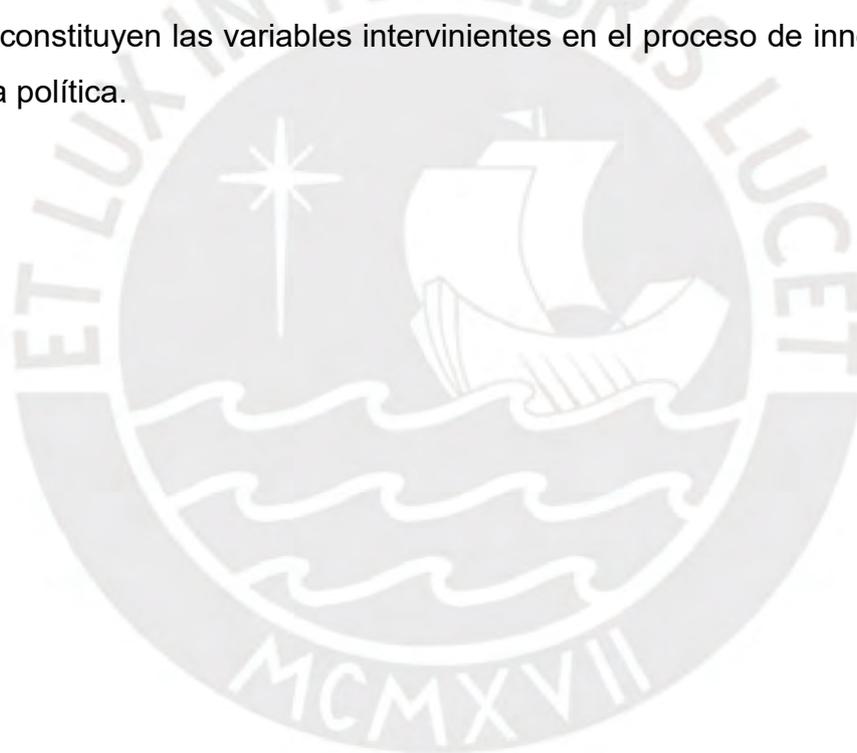


Fuente: Adaptado de Sabatier & Jenkins-Smith, 1999.



### 3.2. Hipótesis

A partir del marco teórico desarrollado, la incorporación de servicios de Medicina Tradicional y Complementaria en las redes de atención médica de EsSalud se explica como una innovación en el sector público generada por la activación de una red de políticas que promueven los saberes y prácticas de sistemas médicos tradicionales, alternativos y complementarios, y que se articulan alrededor de la convicción de su validez en dichas medicinas. Por el carácter de apoyo y promoción – advocacy – de la red de actores, y por el rol articulador y cohesionador de sus creencias sobre la salud, la enfermedad y los servicios de atención médica, dicha red de políticas constituiría una coalición promotora. Así, la variable explicativa o independiente es su activación, mientras los factores externos estables y dinámicos del sistema constituyen las variables intervinientes en el proceso de innovación o de cambio de la política.



### 3.3. Diseño de investigación y metodología

La investigación es de tipo observacional: un estudio de caso, cuyo objeto de análisis es el proceso de articulación de servicios de Medicina Tradicional y Complementaria (MEC) en la oferta del Seguro Social de Salud – EsSalud en el periodo 1992 – 2020. Es decir, el estudio se centra en el desarrollo del proyecto articulador hasta antes de la crisis sanitaria por COVID-19, ya que, por las características del sistema de salud público peruano, la pandemia derivó en un cierre prolongado de todos los servicios de salud “no-COVID”. De ese modo, la pregunta de investigación general es ¿cómo se explica la incorporación de servicios de Medicina Tradicional y Complementaria en las redes de atención médica de EsSalud entre 1992 y 2020?; mientras, en relación con el marco teórico empleado, las preguntas específicas son las siguientes: ¿Quiénes son los actores que intervienen en la innovación? ¿Cuáles son sus creencias? ¿Cuáles son sus recursos y estrategias? ¿Cuáles son los factores dinámicos y estables externos al subsistema de política y qué oportunidades generaron para los actores?

El estudio es de corte cualitativo, de tipo process tracing o rastreo de procesos, de modo que permita falsear la hipótesis propuesta, caracterizar el proceso analizado y detectar los factores que expliquen la innovación en materia de medicina tradicional y complementaria en EsSalud. Esto permitirá abordar el proceso en cuestión a profundidad, y así identificar mecanismos causales que expliquen, en este caso, el avance y la expansión progresiva del servicio MEC (Mahoney, 2010). En ese sentido, la investigación cuenta con una parte descriptiva y otra explicativa.

Para el recojo de información, se realizó una revisión de fuentes secundarias referentes al tema, así como revisión de archivo, con particular énfasis en los informes emitidos por la Gerencia de Medicina Complementaria desde su creación, y de fuentes primarias. Además, se condujeron entrevistas semi-estructuradas a actores directamente involucrados en el proceso de articulación del servicio MEC en el Seguro Social de Salud. Adicionalmente, se llevaron a cabo breves entrevistas informales con otros médicos colegiados y otros profesionales de la salud del Seguro Social familiarizados con el caso de estudio con la finalidad de triangular información, facilitar el contacto con los actores a entrevistar, y corroborar algunos elementos característicos del paradigma biomédico.

Tabla 1: Actores entrevistados

Nombre	Cargo
Dra. Martha Villar López	Presidenta del Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria del Colegio Médico del Perú <sup>2</sup> Gerente de Medicina Complementaria del Seguro Social (2014 – 2020) Fundadora de la Asociación Peruana de Salud Integral (ASPESIN)
Dr. Víctor Andrade Sotomayor	Presidente de la Sociedad Peruana de Medicina Alternativa y Complementaria (SPEMAC) <sup>2</sup>
Médico Complementario 1	Medico parte del proyecto piloto de medicina complementaria en el Hospital Negreiros (1992)
Médico Complementario 2	Medico parte del proyecto piloto de medicina complementaria en el Hospital Negreiros (1992)
Dr. Ciro Maguiña Vargas	Vicedecano del Colegio Médico del Perú <sup>2</sup> Profesor principal de la Universidad Cayetano Heredia <sup>2</sup>
Dra. Ada Pastor	Ex directora del policlínico Negreiros (1992)
Dra. Virginia Baffigo	Expresidenta Ejecutiva de EsSalud (1997) Expresidenta Ejecutiva de EsSalud (2012-2016)

Fuente: Elaboración propia

La Dra. Martha Villar ha sido uno de los actores centrales para el impulso de los servicios MEC en EsSalud. Ya sea como parte de las gerencias correspondientes, de los equipos de docencia y capacitación del PRONAMEC y del posgrado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM), o del Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria en el Colegio Médico del Perú (CMP), ha estado activamente involucrada en el proceso a investigar desde sus inicios hasta la actualidad.

Con relación al CMP, el Dr. Ciro Maguiña fue quien, desde su posición de vicedecano, en el año 2006, impulsó la iniciativa de crear el Comité de Medicina Tradicional, Complementaria y Alternativa al interior del Colegio Médico. Este Comité es precisamente el que preside la Dra. Martha Villar.

Por otra parte, la Sociedad Peruana de Medicina alternativa y Complementaria ha impulsado la incorporación de estos servicios no solo en el Seguro Social, sino

<sup>2</sup> Hasta la fecha en la que concluyó el proceso de recojo de información.

también en los centros de salud del MINSA, pero con resultados distintos. Por ello, se entrevistó al presidente de la organización, el Dr. Víctor Andrade.

Asimismo, se ha entrevistado a médicos que formaron parte del proyecto piloto en el Hospital Negreiros, así como a las doctoras Ada Pastor y Virginia Baffigo, quienes ocuparon altos cargos administrativos en el Seguro Social y se vincularon al proceso de articulación de sistemas de salud sobre el cual versa este estudio.

Las entrevistas se realizaron con el fin de corroborar la existencia o no de coaliciones promotoras, así como posicionar a los actores en las coaliciones correspondientes de acuerdo con los sistemas de creencias identificados. Además, las entrevistas permitieron recoger información sobre las otras variables planteadas por el marco teórico: las estrategias de policy building, las estrategias de policy institutionalisation y la capacidad en términos de recursos del Seguro Social de Salud.

Para analizar la información recolectada a partir de las entrevistas semi estructuradas, se llevó a cabo un análisis de contenido basado en la Teoría Fundamentada. Este método consiste en una forma de codificación que se realiza a partir de los datos, en los cuales se identifica, describe y establece una serie de patrones y de temas. Este tipo de análisis temático permite al investigador poder agrupar la información en categorías más amplias (Braun & Clarke, 2012), las cuales pueden a su vez entrar en relación con las variables propuestas desde el marco teórico o evidenciar de manera inductiva variables no contempladas en el diseño inicial de la investigación. En ese sentido, la categorización es de carácter mixto, en tanto considera las categorías analíticas que emerjan del proceso de codificación abierta inicial y las propuestas por el marco teórico desarrollado previamente.

Para llevar a cabo este proceso de análisis cualitativo, se realizaron transcripciones de las grabaciones de las entrevistas. Posteriormente, se procedió a realizar las codificaciones en una matriz a partir de unidades de texto extraídas de cada transcripción. Dichas unidades de texto han sido seleccionadas de manera inductiva, bajo el criterio de la investigadora, minimizando el nivel de interpretación de las mismas, y cuidando que dichas unidades conserven las ideas expresadas por las y los entrevistados al momento de delimitar el cotexto en el que se encuentran insertas. En este proceso de codificación abierta se identificaron 147 códigos o temas de tipo abierto e in vivo. Luego, se realizaron las vinculaciones y agrupaciones de los

códigos transversales a las entrevistas de los participantes, formando dos niveles de categorías. Esta forma de sistematizar la información permite establecer una estructura en base a la lógica que se identifique detrás de la información relevante al propósito de la investigación, con lo cual se facilitará establecer temas y subtemas específicos de interés. Además, este tipo de análisis de contenido facilita la triangulación de la información recogida en las entrevistas y constituye un mecanismo de control de los sesgos que todo investigador posee al momento de analizar data, en particular si se esta es de carácter cualitativo. De este modo, se han contrastado los temas y categorías identificados con las fuentes primarias y secundarias analizadas, así como entre las propias transcripciones y en las conversaciones informales con informantes especializados.

Por otro lado, durante el desarrollo del estudio, se consideraron los siguientes criterios de rigor científicos: integridad, pues los resultados y conclusiones se fundamentan a partir de la información que emerge de los participantes, siendo contrastada con la evidencia empírica sobre el tema y triangulando la información con las fuentes secundarias analizadas; la coherencia entre las interpretaciones realizadas a partir de la información emergentes con el marco teórico y conceptual del estudio; la transparencia, pues se han descrito los pasos seguidos para el análisis de forma clara y específica; y reflexividad, que permite controlar la subjetividad de la investigadora (Pistrang & Baker, 2012; Meyrick, 2006).

El desarrollo del siguiente capítulo se basó en el análisis cualitativo realizado de acuerdo con los pasos descritos en esta sección. Partes de la matriz de codificación y categorización resultante se encuentran a partir del [Anexo D](#) en adelante.

## 4. Caso: MEC en el Seguro Social de Salud<sup>3</sup>

### 4.1. Historia del proyecto<sup>4</sup>

#### 4.1.1. Antecedentes

La articulación de la medicina tradicional y complementaria en el Seguro Social de Salud se ha dado formalmente en el marco del Programa Nacional de Medicina Complementaria (PRONAMEC), creado en el año 1998, mediante la Resolución de Gerencia General 478-GG-1998. Sin embargo, antes de la promulgación del PRONAMEC en el Seguro Social de Salud, ya se habían realizado diversos intentos – que datan de la década de 1970 – para que la medicina tradicional, alternativa y complementaria tenga un espacio formal al interior del Estado peruano (Eyzaguirre, 2016).

Uno de los antecedentes más destacados en la materia fue la creación del Instituto Nacional de Medicina Tradicional (INMETRA) en 1990, cuya función central fue articular los sistemas de salud tradicionales con el sistema de salud occidental o convencional. Este organismo público descentralizado del MINSA fue posteriormente desactivado: en el año 2002, fue reemplazado por el Centro Nacional de Salud Intercultural (CENSI), órgano de línea del Instituto Nacional de Salud (INS). Por tanto, ya en 1990, en algunos hospitales del MINSA, se llevaron a cabo capacitaciones de personal con el objetivo de incorporar los saberes y prácticas médicas tradicionales, alternativas y complementarias a la oferta de servicios de salud (V. Andrade, comunicación virtual, 2 de octubre de 2020), en coordinación con ONGs como SPEMAC y otras reconocidas progresivamente por el Colegio Médico del Perú (CMP). Por otra parte, en 1992, se creó el Instituto de Medicina Tradicional (IMT), ubicado en Iquitos, el cual posteriormente se tornó un fuerte aliado para la generación de evidencia en materia de medicina tradicional, alternativa y complementaria, en particular en el ámbito de la fitoterapia y el uso de plantas medicinales (Gerencia de Medicina Complementaria, 2016). Dicha generación de evidencia no solo constituyó

---

<sup>3</sup> El capítulo se ha desarrollado a partir del análisis cualitativo mencionado en la sección metodológica, lo que incluye la información recogida mediante las entrevistas y la revisión de fuentes primarias, secundarias y de archivo. Para visualizar a detalle la matriz de codificación y categorización en base a las entrevistas, revisar del [Anexo D](#) al [Anexo P](#).

<sup>4</sup> Para revisar el desarrollo del proyecto en la línea de tiempo proporcionada por el Seguro Social, ver [Anexo C](#).

contribuciones para el impulso del proyecto articulador en el Seguro Social de Salud, sino también en términos de difusión y aumento de la aceptación entre el personal médico y científicos de la salud en el país.

Además, antes de la promulgación del PRONAMEC, al interior del propio Seguro Social, ya se registraban iniciativas articuladoras de prácticas médicas provenientes de sistemas de salud tradicionales y complementarios. Incluso, de manera extraoficial, algunos médicos con conocimientos en estas medicinas trataban a pacientes y colegas haciendo uso de su discrecionalidad y criterio profesional. Es a partir del desarrollo de un proyecto piloto en el entonces policlínico Negreiros en 1992 que se inicia el proyecto articulador estudiado y su progresiva expansión de manera formal en EsSalud.



#### 4.1.2. Origen y desarrollo del proyecto

El servicio de Medicina Tradicional y Complementaria en el Seguro Social de Salud – denominado Servicio de Medicina Complementaria (MEC) – surge en 1992 como una iniciativa de un grupo de médicos liderado por el Dr. Palmiro Ocampo en la que se plantea la utilidad de los saberes y prácticas de la medicina tradicional, alternativa y complementaria frente a un cambio en el perfil epidemiológico de los asegurados a inicios de esa década. Y es que, si bien a nivel nacional se comenzaron a registrar disminuciones progresivas, aunque heterogéneas, en términos territoriales, de enfermedades infecciosas, se registró a su vez un aumento y una posterior prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, tales como ciertos tipos de diabetes, hipertensión, artrosis, entre otras – la gran mayoría vinculadas a estilos de vida poco saludables.

A partir de ese año, se inicia un proyecto piloto en el entonces policlínico Negreiros para evaluar en base a evidencia científica la efectividad de tratamientos de medicina complementarias sobre enfermedades crónicas no transmisibles. El primer estudio se centró en comprobar la efectividad de la acupuntura para el tratamiento de la gonartrosis (M. Villar, comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020). Si bien se obtuvo el permiso requerido para llevar a cabo esa investigación por parte de la Dirección del policlínico Negreiros y la Gerencia de Medicamentos, Materiales y Equipos Médicos del establecimiento, también se encontraron múltiples dificultades para su desarrollo. Según las y los entrevistados, una de las principales limitaciones en este periodo fue la falta de recursos como tiempo y espacios fijos para la atención de los pacientes, materiales para realizar los tratamientos requeridos, y personal preparado para brindar servicios de medicina tradicional y complementaria. Además, al interior de los establecimientos de salud, no se encontró un soporte inmediato por parte del personal prestador de servicios de salud hacia el nuevo servicio, aunque esto fue variando progresivamente ([Anexo M](#) y [Anexo N](#)).

En 1997, tras comprobarse la efectividad de dichos tratamientos, se realizaron estudios sobre la demanda entre los asegurados de este tipo de servicios con la colaboración de ESAN en 3 establecimientos de salud del Seguro Social: uno en Arequipa, otro en La Libertad, y otro en Lima (M. Villar, comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020; V. Andrade, comunicación virtual, 2 de octubre de 2020). Los

resultados de dichos estudios constituyeron la base para la creación del PRONAMEC al año siguiente (Gerencia Central de Prestaciones de Salud, 2016).

En el 2000, en asociación con la OPS y la OMS, se realizó un estudio de costo efectividad de los servicios MEC, desde el cual se comprobó que los servicios eran costo-efectivos, por lo que su implementación desde el Estado peruano resultaba idónea. Para alcanzar este objetivo, la coordinación con la oferta educativa sobre medicina tradicional y complementaria fue central. Por ello, en el año 2002, se lanzó un Programa de Alta Especialización en MEC en conjunto con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM).

Cabe resaltar que, de modo paralelo, la medicina tradicional, alternativa y complementaria también se fue incorporando en instituciones que representaban el paradigma hegemónico en las ciencias médicas. De este modo, en el año 2006, se creó el Comité de Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria dentro del Colegio Médico del Perú (CMP) (Gerencia Central de Prestaciones de Salud, 2016). Además, también al interior del CMP se fueron reconociendo a diversas ONGs médicas orientadas al impulso de la medicina tradicional, alternativa y complementaria, tales como SPEMAC, ASPESIN, entre otras.

Es a partir del 2007 que la oferta de servicios MEC y la atención de salud registrada aumenta con mayor intensidad (Astahuamán & Lescano, 2017). En este año, se implementan las Unidades de Atención de Medicina Complementaria (UMECs), las cuales corresponden al primer nivel de atención de EsSalud, mediante la Resolución 055 GG-EsSalud-2007. Hacia el 2012, se consigue la consolidación de los Centros de Atención de Medicina Complementaria (CAMECs) – pertenecientes al segundo nivel de atención – en todas las redes asistenciales de EsSalud. Ese mismo año se crean las Farmacias Naturales, desde las cuales se busca garantizar que los suplementos y medicinas empleadas en las UMECs y CAMECs se encuentren debidamente regulados. Es decir, a través de las Farmacias Naturales, EsSalud controla que las plantas medicinales empleadas en los servicios MEC cuenten con la certificación botánica necesaria y la calidad correspondiente.

El 2014, en línea con la Estrategia de la OMS sobre Medicina Tradicional 2014-2023, se crea la Gerencia de MEC como órgano adscrito a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud del Seguro Social. Es esta gerencia la que es reconocida en el

año 2019 por la OMS como “Centro Colaborador en Medicina Tradicional y Complementaria para las Américas”. Dicho reconocimiento estaba orientado a difundir la experiencia peruana como una buena práctica y poder replicarla en otros países de la región con las adaptaciones correspondientes a los propios contextos. Así, el servicio MEC del Seguro Social ha sido objeto de reconocimiento nacional e internacional a lo largo de su desarrollo. El primer premio obtenido por el servicio fue el premio Kaellin a la Investigación, otorgado por el propio Seguro Social, en el año 1995. Posteriormente, en el 2009, recibieron el Premio a la Creatividad Empresarial, otorgado por la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas (Gerencia Central de Prestaciones de Salud, 2016); y en el 2012, el servicio MEC se hizo acreedor del Premio a las Buenas Prácticas de Salud, otorgado por la Asociación Interamericana de Seguridad Social (Gerencia Central de Prestaciones de Salud, 2016).



#### 4.1.3. Actualidad

Al 2020, EsSalud cuenta con 85 unidades de atención de medicina tradicional y complementaria, entre las cuales, además de las UMECs y los CAMECs, se encuentra una Unidad de Cuidados Paliativos con Medicina Complementaria (UCPMEC), correspondiente al tercer nivel de atención, en el Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. La atención de asegurados a través de estos centros ha ido en aumento, manteniendo un alto nivel de satisfacción entre los usuarios (Dirección de Gestión de Calidad y Comunidad, 2017).

Estos servicios de Medicina Complementaria mantienen un vínculo estrecho con la medicina tradicional, pues en conjunto con el Instituto de Medicina Tradicional (IMT) de Iquitos y las investigaciones que este realiza, participan en la innovación de productos a base de plantas medicinales para el tratamiento de enfermedades crónicas. Al mismo tiempo, es a través del IMT que se recogen los saberes de sistemas de salud tradicionales indígenas e indígenas amazónicos, en tanto trabajan en coordinación con una red de curanderos. En esa interacción, se comparten conocimientos sobre plantas medicinales y se llevan a cabo investigaciones sobre sus propiedades (M. Villar, comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020). Además, los servicios MEC incluyen en su oferta de terapias ciertos tratamientos que requieren de plantas medicinales y otros productos preparados en las Farmacias Naturales. Entre los tratamientos que brindan se encuentran

la acupuntura (parte de la medicina tradicional china); la fitoterapia con el uso primordial de plantas medicinales oriundas; el uso de las terapias manuales (como la reflexología, la quiropráctica, entre otras); las terapias energéticas o vibratorias (como la homeopatía, terapia floral) y las terapias mente – cuerpo (tai chi, relajación, etc.) (Gerencia Central de Prestaciones de Salud, 2016, p. 30).

De acuerdo con la doctora Martha Villar, ex gerente general de Medicina Complementaria en EsSalud (comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020), la medicina tradicional, alternativa y complementaria cuenta con un enfoque holístico, en tanto diagnostica y trata a los pacientes como un todo. En contraste, la medicina occidental o convencional se rige bajo el paradigma biomédico, de carácter mecanicista, el cual requiere fragmentar el cuerpo humano en sistemas para realizar el diagnóstico y tratamiento. En ese sentido, el enfoque holístico de la medicina complementaria orienta al servicio de salud a adoptar un enfoque preventivo y de

promoción de la salud a través del fomento de estilos de vida saludables. Es en este enfoque en el que se inserta la figura de “promotores” de salud del Seguro Social, quienes ejecutan un rol importante en la difusión de los servicios entre los usuarios:

Una actividad prioritaria desde el inicio, fue la formación de promotores de salud, a partir de la invitación a asegurados que habiendo pasado por la experiencia de atención y mejora en su condición de salud se convertían en abogados del programa; “Nuestra sostenibilidad se debe entre otros a que hemos trabajado en equipos, a que hemos incluido a nuestros asegurados” (Dra. Martha Villar) (Gerencia Central de Prestaciones de Salud, 2016).

A través de la atención brindada desde los servicios MEC, EsSalud consiguió, en el 2017, una disminución del consumo de medicamento por parte de los usuarios de más del 60% para tratar enfermedades frecuentes en la medicina complementaria (Gerencia de Medicina Complementaria, 2017). Esta reducción en el consumo se tradujo en una reducción considerable en el gasto del Seguro en medicamentos para enfermedades crónicas no transmisibles: significó un ahorro de aproximadamente 11 millones de soles en el año (V. Andrade, comunicación virtual, 2 de octubre de 2020). De hecho, con anterioridad, se había conseguido una reducción completa del consumo de medicamentos entre los usuarios para el tratamiento de la depresión y la ansiedad.

No obstante, a fines de 2019 e inicios de 2020, en un contexto de cuestionamiento mundial hacia la homeopatía, el servicio MEC de EsSalud fue puesto en cuestión desde ciertos medios de comunicación peruanos (Livise, 2019) y figuras públicas de la disciplina médica (Huerta, 2019). Se llevó a cabo una evaluación interna sobre estos servicios a cargo de una comisión especializada (M. Villar, comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020). La oferta de servicios mantuvo los enfoques médicos y tratamientos sobre los cuales se pudo generar evidencia científica, se retiraron otros enfoques – la homeopatía entre ellos – y se dio un cambio en la Gerencia de Medicina Complementaria: la Dra. Martha Villar asumió el rol de asesora y la Dra. Claudia Matos Miranda asumió la gerencia del órgano de línea en enero de 2020. Posteriormente, en el marco de la crisis sanitaria por COVID-19, al igual que la mayoría de las áreas “no-COVID” en diferentes niveles de atención del sistema de salud público, el servicio MEC de EsSalud fue suspendido y continúa con su reapertura progresiva durante el 2021.

## 4.2. Análisis del caso y hallazgos

### 4.2.1. Coaliciones y creencias

A partir de las entrevistas realizadas, la revisión de fuentes primarias y secundarias, y considerando el marco teórico desarrollado previamente, el grupo de médicos que impulsó el proyecto articulador de servicios de medicina tradicional y complementaria en el Seguro Social constituiría una coalición promotora internamente compleja que ha variado en el tiempo. Dicha coalición – la coalición “pro-MEC” – estuvo inicialmente conformada por los médicos que participaron en el proyecto piloto del policlínico Negreiros desde 1992, y liderada por el Dr. Palmiro Ocampo, a quien se le reconoce como el especialista que plantea la iniciativa de articulación de sistemas de salud complementarios en el entonces Instituto Peruano de Seguridad Social – IPSS (actualmente Seguro Social de Salud – EsSalud) ([Anexo Ñ](#)). A partir de 1997, la Dra. Martha Villar, quien ingresa al Seguro Social con un equipo de especialistas contratado por la entonces Gerente Central de Prestaciones de Salud, la Dra. Ximena Fernández, va cobrando centralidad en la red. La Dra. Villar es reconocida como quien impulsa la expansión del proyecto de articulación de sistemas de salud tradicionales, complementarios y el convencional ([Anexo Ñ](#)).

Cabe resaltar que una característica de los médicos miembros de esta coalición es que practican alguna de las formas de la medicina tradicional o complementaria. Además, en esta coalición, también se encuentran los expertos y docentes de universidades nacionales e internacionales que participaron en las capacitaciones que tornaron viable la oferta de servicios MEC mediante la generación de recursos humanos capacitados: la universidad de Shanghái, la universidad de Zaragoza, la universidad de Barcelona, entre otras de países como Cuba, Suiza, Italia, etc. (M. Villar, comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020). Asimismo, también se encuentran las ONGs colaboradoras (como ASPESIN), el IMT de Iquitos, la OMS y la OPS, y los promotores de salud de los servicios MEC.

En el sistema de creencias de esta coalición promotora, son valorados los saberes y prácticas de todos los sistemas de salud, sean tradicionales, alternativos, complementarios u occidentales. Por ello, la articulación de dichos sistemas médicos se entiende como beneficiosa para la salud de los ciudadanos. Es decir, se reconocen las diferencias de cada sistema de salud sin que ello implique la desvalorización de

dichos saberes y prácticas médicas. Mientras la medicina convencional u occidental se rige por el paradigma biomédico, junto al método científico correspondiente y un enfoque mecanicista y positivista; los sistemas médicos tradicionales, alternativos y complementarios se fundamentan en un paradigma sistémico con enfoque holístico e integral (M. Villar, comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020). Para los miembros de esta coalición, estas diferencias representan ventajas potenciales para el cuidado de la salud de los pacientes.

Por tanto, en el núcleo de creencias profundas de la coalición ([Anexo D](#)) – el cual se forma principalmente a partir de procesos de socialización – se encuentra la validez que los actores le dan a los saberes y prácticas propias de sistemas médicos tradicionales, alternativos y complementarios, así como a los saberes y prácticas de la medicina convencional. Dicho de otro modo, todos los sistemas médicos mencionados son reconocidos como válidos. En esa línea, tanto la historia de vida de la Dra. Martha Villar como del Dr. Palmiro Ocampo (los médicos más reconocidos en la materia) muestran su relación desde el ámbito privado/personal con los sistemas médicos tradicionales peruanos y chinos respectivamente (de manera más específica, el vínculo con el uso de plantas medicinales y acupuntura) ([Anexo Ñ](#)). Para todos los entrevistados que ejercen o han ejercido esta forma de medicina, la validez de los saberes y prácticas de los sistemas de salud tradicionales, alternativos y complementarios no es puesta en cuestión.

Cuando esta convicción sobre la validez de los sistemas médicos se traslada al plano de las políticas, se constituye el siguiente núcleo de creencias ([Anexo E](#)): en este se encontraría la importancia de articular dichos sistemas médicos en la oferta de servicios de salud brindada a los ciudadanos. Además, al tomar forma de una política en materia de salud, elementos propios de los sistemas de salud tradicionales y complementarios se vinculan y encuentran convergencias con algunas nociones de la salud pública. Entre estas se encuentra el enfoque de prevención y promoción de la salud. No solo ha estado presente en la historia de vida de la Dra. Villar y el Dr. Ocampo, sino que los componentes de sistemas médicos tradicionales y complementarios incluyen en sus respectivos paradigmas un enfoque alineado a la prevención y promoción de la salud. De igual modo, el componente holístico y relacional con el entorno de estos sistemas entra en concordancia con el

reconocimiento desde un enfoque de medicina social de determinantes y determinaciones sociales de la salud (OMS, 2009; Breilh, 2013).

Finalmente, es en el núcleo de preferencias sobre las políticas ([Anexo F](#)) en donde se han encontrado diferencias con relación al proyecto articulador impulsado por la coalición promotora en el Seguro Social de Salud. Las diferencias identificadas se delimitan en torno al nivel de alineamiento de la propuesta de la coalición “pro-MEC” con los protocolos ya establecidos de EsSalud sobre la atención a los pacientes. Así, la cantidad de tiempo por consulta, la prioridad que debe tener el médico durante la consulta, los niveles de automatización del servicio y de occidentalización de la medicina tradicional y complementaria varían entre los miembros de la misma coalición en diferentes etapas.

Ilustración 2: Sistema de creencias de Coalición Promotora “pro-MEC”



Fuente: Elaboración propia

Durante las entrevistas, los médicos que formaron parte del proyecto piloto en el policlínico Negreiros destacaron la necesidad de contar con más tiempo por paciente para una atención adecuada en general, pero en especial si se trata de servicios MEC. Asimismo, resaltaron que la prioridad durante la atención al paciente debía ser la escucha al paciente, antes que los procesos administrativos o incluso

antes que la aplicación automatizada de tratamientos MEC o convencionales. También evidenciaron una percepción de una creciente automatización y occidentalización del servicio en los últimos años. En otras palabras, el proyecto se iba distanciando de su concepción inicial e iba alineándose a la lógica de productividad del Seguro Social. No obstante, también reconocieron que, para que la expansión del servicio se torne viable, alinearse a los protocolos del Seguro parecía inevitable. En ese sentido, la propuesta inicial – con el Dr. Ocampo como líder reconocido – apuntaba al desarrollo sólido del servicio MEC, mientras la propuesta para la articulación de servicios liderada por la Dra. Villar desde 1997 en adelante se enfocó en la expansión del servicio en cuestión, por lo cual encaja parcialmente en la lógica de EsSalud, aunque busca mantener la solidez y las bases estructurales o paradigmas de los sistemas de salud articulados. Es decir, si bien pertenecían a la misma coalición, estos actores y sus diferentes equipos apuntaron a objetivos distintos en etapas diferentes, con agendas propias, pero manteniendo la validez de los sistemas de salud que impulsaban y el reconocimiento de los beneficios para los usuarios y la institución que la articulación de estas medicinas genera.

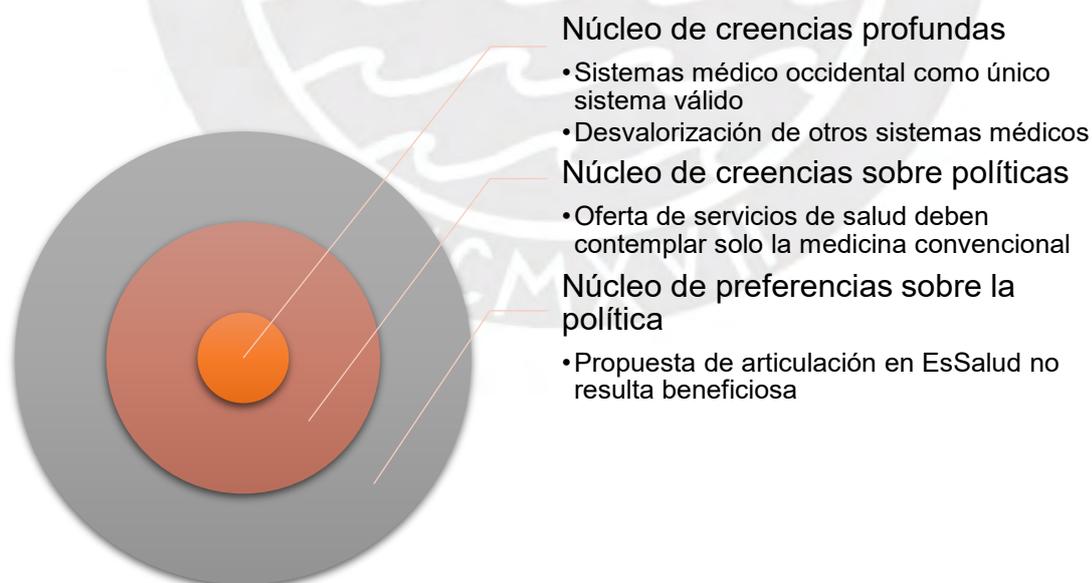
Por otra parte, en las entrevistas realizadas, se identificaron dificultades para el desarrollo fluido de la innovación ([Anexo M](#) y [Anexo N](#)). Mientras algunos estaban relacionados a aspectos materiales, como falta de salarios, de infraestructura adecuada o espacios para la atención de los pacientes, de recursos humanos capacitados, de recursos monetarios y organizacionales; otros contaban con un carácter más simbólico, asociado a la falta de reconocimiento y valoración de la medicina tradicional y complementaria, y la reproducción de estigmas sobre los médicos que la practican. También se identificaron dificultades en las que ambas características se encuentran, particularmente al inicio del proyecto, como es el caso de las pocas referencias por parte de médicos convencionales hacia el servicio MEC, lo que disminuía la demanda del servicio. Así como esta última limitación, otras prácticas obstruccionistas identificadas fueron despidos de personal, y renuencia a la aceptación de la innovación en cuestión desde algunos puestos administrativos del Seguro Social de Salud.

Por ello, a partir de las percepciones de los miembros de la coalición “pro-MEC” y otros entrevistados, se considera la existencia de una segunda coalición promotora

en este subsistema de políticas, aunque el estudio no se enfoca en la caracterización de esta coalición. La mencionada coalición promotora – coalición “anti-MEC” – estaría conformada por algunos médicos y otro personal prestador de servicios de salud con formación puramente biomédica del Seguro Social; por parte del personal administrativo del Seguro; por algunos miembros del CMP. Si bien las limitaciones dirigidas y el reconocimiento de la ambigüedad en el apoyo para el impulso del proyecto articulador por parte de CMP y personal administrativo han podido ser identificadas, la variación durante el periodo estudiado en cuando a la magnitud de esta coalición es aún imprecisa y no se cuenta con suficiente información al respecto.

En cuanto a su sistema de creencias, solo son valorados los saberes y prácticas del sistema médico occidental o convencional; es decir, aquellos fundamentados en el paradigma biomédico. Por ello, los saberes y prácticas correspondientes a sistemas médicos tradicionales, alternativos o complementarios no serían considerados como válidos o útiles, ni deberían ser brindados desde el sistema de atención de salud del Seguro Social. Dichos sistemas médicos no representarían beneficios para la salud de los ciudadanos, e incluso podrían generar perjuicios sobre ella.

Ilustración 3: Sistema de creencias de Coalición Promotora “anti-MEC”



Fuente: Elaboración propia

Durante las entrevistas, cuando los actores hacían referencia a miembros de esta segunda coalición, el eje sobre el cual se marcaban las diferencias era la concepción de ciencia, lo que se entiende como “científico”, y sus vínculos con la validez de los sistemas de salud (Ver Tabla 2). Así, desde la coalición “pro-MEC”, la ciencia excede al método científico moderno: se reconocen otras formas de generación de conocimientos, incluso en el ámbito de la medicina. Esto se refleja en la concepción que tienen de los sistemas de salud tradicionales, alternativos, complementarios y occidentales, así como del cuerpo humano. Es decir, se reconoce que la lógica de especializaciones y de fragmentación para profundizar los conocimientos médicos es necesaria y útil en las ciencias médicas, pero que también resulta necesaria y útil una lógica holística, sin perder el panorama del cuerpo humano como un todo relacionado a los contextos en los que se insertan, en interacción con el ambiente y la comunidad. Esa visión sistémica es la que no se encontraría presente entre los miembros de la coalición “anti-MEC”. En ella, lo biomédico se equipara a lo científico, lo que deriva en la negación de la validez de otros sistemas de salud diferenciados de la medicina convencional.

Tabla 2: Diferencias entre coaliciones sobre concepciones de distintos sistemas de salud y de “lo científico”

	<b>Coalición “pro-MEC”</b>	<b>Coalición “anti-MEC”</b>
<b>Caracterización de la medicina tradicional, alternativa y complementaria</b>	Paradigma de la complejidad Visión holística y sistémica de la salud y el cuerpo humano	Conocimientos y prácticas no válidas como medicina
<b>Caracterización de la medicina convencional u occidental</b>	Paradigma biomédico Visión mecanicista y fragmentada de la salud y el cuerpo humano	Única medicina válida
<b>Concepción de “lo científico”</b>	Métodos de la ciencia moderna entendidos como una forma de generar conocimiento y evidencia, aunque no la única	Método científico como única forma válida de generar conocimiento y evidencia Negación de otras formas de generación de conocimientos médicos

Fuente: Elaboración propia

#### 4.2.2. Recursos y estrategias

Las coaliciones promotoras cuentan con recursos diferenciados que movilizan mediante estrategias para influir en las decisiones de las autoridades competentes. En el caso de la coalición “pro-MEC”, sobre la cual se encuentra el foco de estudio con relación al proceso de innovación en EsSalud, los recursos disponibles han sido particularmente cambiantes. Así, al inicio del proyecto, no contaban con mayores recursos excepto el recurso humano, el cual también era escaso. La Dra. Villar lo reconocía del siguiente modo: "En ese momento no teníamos recurso humano capacitado, no teníamos áreas, infraestructura, no teníamos nada, realmente, había que armar todo de 0" (comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020). En esa línea, uno de los médicos involucrados en el proyecto piloto mencionaba: “No teníamos espacio al principio. Al principio estábamos como... ni siquiera recibíamos sueldo tampoco” (comunicación telefónica, 8 de enero de 2021).

Parte de esta falta de recursos se explicaba por aspectos normativos y de formación académica:

Normativamente, en el país, el ejercicio de la medicina no tenía incluido como parte de la formación de los profesionales de la salud ni en posgrado ni en pregrado el reconocimiento de la medicina complementaria o alternativa. El CMP, que es el que reconoce el ejercicio profesional, tampoco lo reconocía. Al contrario. Había inclusive algunas corrientes que se oponían al uso de estas opciones alternativas para calmar el dolor y tratar algunas enfermedades (A. Pastor, comunicación virtual, 7 de setiembre de 2021).

Yo diría la dificultad académica: en cuanto a formación de pregrado, era poca o nula en gran parte, entonces los médicos salían con esta visión occidental, que todo lo resuelve una aspirina (C. Maguiña, comunicación telefónica, 21 de noviembre de 2021).

De acuerdo con el marco teórico empleado, el uso de los recursos y estrategias para influir las decisiones de las autoridades dan como resultado productos e impactos de la política al interior del subsistema, los cuales repercuten y reestructuran las coaliciones, sus recursos y las estrategias que ponen en práctica. En ese sentido, los recursos de la coalición “pro-MEC” se van reconfigurando a lo largo de los 18 años del proyecto articulador que impulsan mediante un conjunto de estrategias que derivan en un aumento progresivo de recursos humanos capacitados, recursos monetarios y organizacionales. Además, es mediante las estrategias que las coaliciones ejercen su

carácter de promoción o advocacy. La Dra. Villar lo reconocía de manera explícita durante la entrevista:

Esto lleva entonces a plantear la posibilidad de hacer toda una estrategia, y yo ingreso en ese momento y armo toda la estrategia. Se arma la estrategia, que fue bastante difícil armarla, porque en ese momento ... no teníamos nada, realmente, había que armar todo de 0. (M. Villar, comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020).

Los demás entrevistados reconocían a la Dra. Villar como una administradora con gran capacidad o como una destacada estratega ([Anexo Ñ](#)). En concordancia con ello, se identificaron estrategias relevantes ejecutadas por la coalición “pro-MEC” en sus dos etapas para el desarrollo del programa MEC en EsSalud. Entre ellas se señalaron las capacitaciones de recursos humanos, con amplio apoyo internacional. Además de dichas capacitaciones y de la coordinación con universidades dentro y fuera del país, entre las estrategias del proyecto se incluía el establecimiento de una gerencia de línea, la obtención de reconocimientos nacionales e internacionales, la creación de farmacias naturales, de biohuertos, de una “red de soporte para el cambio” (conformada por los promotores de vida sana), la articulación con el Instituto de Medicina Tradicional en Iquitos, la generación de evidencia para dar sustento al servicio y el encuadre que destaca el ahorro que representa el servicio para la institución. Con relación a las investigaciones que conformaban la evidencia de la validez de la medicina tradicional y complementaria, se contaba con un Centro de Información y una revista propia para la publicación de investigaciones en la materia, por autores nacionales e internacionales.

Considerando la tipología propuesta por Dussauge (2019), esta coalición ha aplicado – haciendo uso de sus recursos cambiantes – estrategias de policy building ([Anexo H](#)) y de policy institutionalisation ([Anexo I](#)). Como se detalló en la sección del marco teórico, el primer tipo de estrategias mencionadas se encuentran enfocadas en el proceso de diseño y rediseño continuo de los componentes de la política, con el objetivo de generar condiciones favorables para la implementación de la política de interés.

Entre ellas, se encontraron estrategias de profesionalización, las cuales buscan ampliar y garantizar el expertise necesario para el desarrollo del proyecto. Esto se refleja de manera concreta en la búsqueda de apoyo de expertos y universidades internacionales y nacionales para llevar a cabo capacitaciones desde el inicio del

proyecto de innovación; y se impulsaron desde la primera etapa de la coalición “pro-MEC”. Además, se encontraron estrategias de persuasión, las cuales, según el autor, se orientan a convencer a los demás actores sobre los beneficios de la política que se busca implementar. Aplicado al caso de estudio, la estrategia en cuestión fue la construcción del framing o encuadre del proyecto, destacando su carácter costo efectivo en base a evidencia sustentada por la OMS. De esa manera, frente a las dificultades para convencer a los demás actores (como colegas, autoridades de establecimientos de salud, autoridades universitarias) que los saberes y prácticas médicas pertenecientes a sistemas de salud tradicionales sí pueden ser consideradas como medicina y pueden resultar beneficiosas para la salud pública, el enfoque de la coalición en resaltar su potencial beneficio en temas de ahorro en el gasto de medicamentos para enfermedades crónicas no transmisibles resultó útil. Esto se aplicó tanto en la fase inicial del proyecto como en su fase de expansión. Al inicio, con el Dr. Ocampo como actor central de la coalición, se destacó la costo-efectividad de la medicina tradicional y complementaria frente a la Gerencia de Medicamentos, Materiales y Equipos Médicos del policlínico Negreiros. Posteriormente, cuando la Dra. Villar cobra mayor centralidad, se resaltó esa misma característica para la expansión del proyecto y se consiguió el soporte de la OMS y la OPS.

También se identificaron estrategias del segundo tipo – estrategias de policy institutionalisation – las cuales se enfocan principalmente en tornar sostenible hacia el largo plazo la política de interés. Entre ellas, se encontraron estrategias de codificación, las cuales implican incorporar cambios en el marco legal y regulatorio. En este caso, dichas estrategias fueron la formación de Farmacias Naturales que permitan un stock regulado de plantas medicinales, la formalización de la figura de “promotores de salud” como red de soporte del servicio, y un logro normativo central: la creación de una gerencia de línea en el 2014 con el apoyo de personal administrativo en altos niveles del Seguro Social (todas estas aplicadas en la fase de expansión del proyecto articulador). Adicionalmente, la coalición también ha ejecutado estrategias de desactivación política: aquellas que buscan anticipar, eliminar o minimizar potenciales conflictos políticos entre actores que puedan afectar la implementación de la política. Entre ellas se identificaron mecanismos diversos de generación de evidencia dirigida a médicos convencionales y gerentes del Seguro,

tanto en la fase inicial como en la fase de expansión de la innovación pública. Aquí se ubica el estudio de ESAN de 1997, orientado a evaluar los niveles de aceptación de tratamientos MEC por parte de los asegurados; así como las publicaciones en la revista Documenta desde 1992, que muestran desde una mirada científica la validez y efectividad de las prácticas propias de sistemas de salud tradicionales y complementarios. También se han valido de estrategias de marketing, las cuales consisten en producir y difundir información sobre la implementación de la política en foros nacionales e internacionales (también impulsadas desde las dos etapas de la misma coalición). En este caso, se encontró la promoción y difusión en diversos espacios sobre la reducción del consumo de medicamentos conseguida por el servicio, así como diálogos grupales sobre las experiencias del servicio al interior de los propios establecimientos de salud. A su vez, han aplicado estrategias de legitimación internacional, las cuales implican esfuerzos de los actores de la coalición por obtener reconocimientos y certificaciones externas. Esto se muestra durante la fase de expansión de la innovación, en la búsqueda y la obtención del reconocimiento por parte de la OMS hacia la Gerencia de Medicina Complementaria del Seguro Social de Salud como “Centro Colaborador en Medicina Tradicional y Complementaria para las Américas” en el 2019, o, con anterioridad, el estudio de la OPS en el 2000 sobre servicios MEC en tres departamentos del país.

De este modo, se evidencia una concordancia entre las estrategias aplicadas y su utilidad según la tipología de Dussauge con los objetivos diferenciados de las dos fases del proyecto articulador a cargo de actores distintos, pero pertenecientes a la misma coalición promotora. Además, cabe resaltar que la aplicación de las estrategias mencionadas, además de tener repercusiones en la reestructuración de recursos de la coalición, posibilitaban el desarrollo posterior de otras estrategias. El vínculo secuencial más claro se encuentra en la creación de la gerencia MEC, pues sin esta, el reconocimiento de la OMS en 2019 no hubiese sido posible de acuerdo con las y los entrevistados (dados los estándares y requerimientos de la OMS/OPS). Así, la creación de la gerencia MEC no solo se da para contar con mayor disponibilidad de recursos, sino también para posibilitar el reconocimiento internacional y poder impulsar la articulación de medicinas y el reconocimiento de sistemas de salud desvalorizados a nivel local, nacional, y regional.

### 4.2.3. Intermediarios

A partir de las entrevistas y la revisión de fuentes, también se han podido identificar ciertos actores que, de acuerdo con el marco teórico desarrollado, ejercerían el rol de intermediarios en el subsistema de política o policy brokers en el desarrollo de esta innovación. Estos son aquellos actores que no necesariamente forman parte de una coalición promotora, pero que intervienen en las negociaciones y/o aprendizajes entre coaliciones. En este caso, como instituciones, el CMP y el MINSA han desempeñado dicho papel, en particular durante los últimos años, al constituir un punto de encuentro e intercambio de saberes de los distintos sistemas médicos, e incluso de difusión de la medicina tradicional y complementaria (M. Villar, comunicación virtual, 10 de setiembre de 2020). Ambos participaron en la generación de congresos en la materia, pese a los conflictos y la ambigüedad interna inicial. Además, en ambas instituciones, se fueron incluyendo recientemente espacios formales internos y estables para el impulso y desarrollo de la medicina tradicional y complementaria. Por ejemplo, en el caso del CMP, se creó en el 2006 la CMTAC, la cual cuatro años después se consolidó como una Comisión Permanente de MEC (Gerencia Central de Prestaciones de Salud, 2016). Al interior del CMP, el rol mediador del vicedecano, el Dr. Ciro Maguiña, resultó crucial para la creación de este comité. Y es que según documentos de la propia institución y declaraciones de las y los entrevistados, fue él quien propuso la creación del comité y convocó a la Dra. Villar y otros expertos para conformarlo.

Asimismo, ciertos médicos del mismo Seguro Social de Salud, al ejercer roles administrativos en gerencias o direcciones dentro de la institución, facilitaron oportunidades para el desarrollo del proyecto, sin que necesariamente practiquen la medicina tradicional y complementaria. A partir del análisis cualitativo de las entrevistas realizadas, uno de los primeros intermediarios identificados en el proceso de innovación estudiado es el Dr. Manuel Castro Baca. Si bien no es un médico especialista en medicina tradicional o complementaria, durante su gestión en la Gerencia de Medicamentos, Material y Equipos Médicos del Instituto Peruano de Seguridad Social en el año 1992, dio la aprobación al Dr. Ocampo para iniciar la prestación de servicios de acupuntura en el policlínico Negreiros. Es decir, permitió que la iniciativa del Dr. Ocampo se llevara a la práctica.

También durante esos años, la Dra. Ada Pastor ejerció el rol de intermediario desde su posición como Directora del policlínico Negreiros. Apoyó y se encargó del monitoreo del proyecto piloto liderado por el Dr. Ocampo. Como resultado de esa investigación experimental para probar la efectividad de la acupuntura en el tratamiento del dolor producido por la artrosis, el establecimiento ganó el premio Kaellin a la investigación otorgado por el Seguro Social de Salud.

Otro intermediario identificado es la Dra. Ximena Fernández. Ocupó la Gerencia Central de Prestaciones de Salud en 1992, y en 1995 incorporó a la experiencia de innovación emprendida por el Dr. Ocampo y sus colegas a un grupo de médicos especializados, entre los cuales se encontraba la Dra. Villar, persona clave para la posterior expansión del servicio MEC en el Seguro Social.

Finalmente, se identificó a la Dra. Virginia Baffigo como intermediario en este subsistema de política durante sus dos gestiones como Presidente Ejecutiva de EsSalud. Durante su primera gestión, en 1997, pese a la brevedad, apoyó las iniciativas en materia de industrialización de plantas medicinales de la Dra. Villar. El proceso no pudo completarse, aunque la coalición “pro-MEC” consiguió una vía alternativa: la formación de las Farmacias Naturales. Durante su segunda gestión (2012-2016), aprobó la modificación del ROF institucional en el año 2014 en coordinación con la Dra. Villar para la creación de una unidad estructural adscrita a la Gerencia de Prestaciones de Salud con nivel jerárquico suficiente para manejar presupuestos y programas propios: la Gerencia de Medicina Complementaria. La creación de la Gerencia MEC era un factor relevante para poder convertir a EsSalud en un Centro Colaborador de la OMS, acreditación que se obtuvo el 2019.

En este caso de estudio, los intermediarios no institucionales no practicaban ni practican en la actualidad ninguna forma de medicina tradicional, alternativa o complementaria. Aun así, valoran los saberes y prácticas médicas de estos sistemas de salud, y los vinculan a otros aspectos de la salud pública como los enfoques de promoción y prevención de la salud, el reconocimiento de los determinantes y determinaciones sociales de la salud, o la generación de servicios de salud en función a los pacientes. Además, otra característica que comparten es su concepción de “lo científico”: para estos actores, la ciencia no es equivalente al paradigma biomédico del sistema de salud occidental descrito previamente (con características

mecanicistas), sino que implica una apertura hacia evidencia que pueda ser generada, aún si esta cuestiona sus presupuestos. En esa línea, la evidencia es parte importante de los saberes y prácticas de los profesionales de la salud, pero también la experiencia en el ejercicio de la medicina y el desarrollo de capacidades profesionales orientadas al diagnóstico y tratamiento al no tratarse de una ciencia exacta. La falta de evidencia, por tanto, no niega algún saber o práctica médica, sino que no la sustenta por el momento.

Tabla 3: Concepciones sobre salud pública de intermediarios entrevistados

Intermediario	Concepción sobre la salud pública y el ejercicio de la medicina
Dra. Ada Pastor	Enfoque de prevención y promoción de la salud. Organización de los servicios de salud debe darse en función a las necesidades del ciudadano. Reconocimiento de determinantes y determinaciones sociales de la salud. Apertura a otras formas de ejercer la medicina si muestra ser beneficioso para el usuario.
Dra. Virginia Baffigo	Enfoque de prevención y promoción de la salud. Apertura a otras formas de ejercer la medicina si muestra ser beneficioso para el usuario.
Dr. Ciro Maguiña	El ejercicio de la medicina excede al desarrollo de ensayos clínicos; también involucra la experiencia profesional y el desarrollo crítico y analítico del médico. Apertura a otras formas de ejercer la medicina si muestra ser beneficioso para el usuario.

Fuente: Elaboración propia

Son estas posturas en torno a la salud pública y la concepción de la ciencia las que entran en armonía con elementos centrales de sistemas de salud tradicionales y complementarios. Así, el enfoque de prevención y promoción de la salud se encuentra en los servicios MEC, en particular en su programa de Estilos de Vida. Y es que, desde sus inicios, los servicios MEC en el Seguro Social se orientaron hacia el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles, las cuales se encuentran íntimamente relacionadas a los estilos de vida de las personas. En las siguientes citas, se muestra de manera explícita el enfoque de prevención y promoción de la salud, así como el

vínculo de los estilos de vida con las enfermedades crónicas no transmisibles y el potencial de los servicios MEC:

Yo soy médico internista. Hice la especialidad en la Universidad Nacional Autónoma de México, en el seguro social, y desde ahí tuve mucha inquietud en el ejercicio de la medicina interna en la búsqueda de cómo mirar no solamente el tratamiento de las enfermedades y su restablecimiento en la salud de las personas, sino también la búsqueda de información hacia las personas, a los ciudadanos, de la importancia de promover hábitos saludables y prevenir enfermedades. No solamente recuperar la salud, que es el campo de la medicina interna, sino sobre todo prevenir y promover una vida saludable (A. Pastor, comunicación virtual, 7 de setiembre de 2021).

En este tiempo nadie recusa la bondad de los productos naturales. Al contrario, están en auge. Muchísimas personas llevan un estilo de vida natural, con una nutrición más saludable, con consumo de menos medicamentos. Creo que el contexto a nivel global era bastante propicio para esto [para impulsar el servicio MEC] (V. Baffigo, comunicación virtual, 5 de octubre de 2021).

En esa línea, las enfermedades crónicas no transmisibles – por su naturaleza – suelen presentarse en personas mayores y de edades avanzadas. Esto también entra en concordancia con la visión de que los servicios de salud pública deben ser contruidos y organizados en función a las necesidades de los usuarios. Además, como se mencionó anteriormente, el componente holístico y relacional con el entorno de los sistemas de salud tradicionales y complementarios entra en concordancia con el reconocimiento de determinantes y determinaciones sociales de la salud. Este enfoque reconoce que elementos del entorno socioeconómico, cultural, político y ambiental tienen repercusiones en la salud de las personas (OMS, 2009; Breilh, 2013) Es decir, parte de las causas de diversos malestares y enfermedades se encuentran fuera del individuo, y guardan relación a elementos sociales y comunitarios en los que estos se encuentran insertos (OMS, 2009; Breilh, 2013):

La salud publica versa sobre la salud en conjunto, de todos, de reconocer que una enfermedad no es la enfermedad del paciente, sino que afecta de distintas formas al ámbito de la familia y el entorno social. Bueno, yo entendí eso ... llegué a sentirme frustrada de tener que tratar un problema de intoxicación por plomo a un paciente que llegaba a consultar por intoxicación por plomo, por dolor abdominal, y tener la certeza de que, si había uno que trabajaba en una fábrica de baterías, tenía que haber bastantes con ese problema. Y tratar de ir a la fábrica para prevenir que los demás no tuvieran intoxicación por plomo. (A. Pastor, comunicación virtual, 7 de setiembre de 2021).

Adicionalmente, la concepción de ciencia por parte de los intermediarios facilitó una posición de apertura a otras formas de ejercer la medicina, siempre y cuando demuestren ser beneficiosas para el usuario bajo parámetros de ciencias abiertas. Así, el Dr. Maguiña destacaba que “la evidencia se produce en el tiempo” (comunicación telefónica, 21 de noviembre de 2021). Además, reconoció las dificultades presentes fuera del Seguro Social de Salud en torno a las variaciones de la concepción de ciencia por parte de profesionales de la medicina y su correlato en la aceptación (o negación) de los saberes y prácticas provenientes de sistemas de salud tradicionales y complementarios: “me enfrenté a gente que tiene esos dogmas, que todo es la medicina occidental. O sea, hay que ser consecuentes con las ciencias abiertas” (comunicación telefónica, 21 de noviembre de 2021). En general, las y los entrevistados identificados como intermediarios señalaron que la apertura científica no implica la aceptación dogmática de propuestas en temas de salud, al margen del paradigma médico que se encuentre detrás; y que, frente a innovaciones en medicina, es necesario mantener una posición crítica y de análisis constante para evitar posibles “charlatanerías”. Como señaló la Dra. Pastor: “Nosotros [las y los médicos] estamos formados por lo negativo y lo positivo; y tenemos que buscar siempre el equilibrio y hay que reconocerlo” (comunicación virtual, 7 de setiembre de 2021).

#### 4.2.4. Parámetros relativamente estables y factores dinámicos

En relación con las variables intervinientes ([Anexo G](#)), dentro de los parámetros relativamente estables (aquellos que establecen las condiciones en las que los actores del subsistema de políticas se desempeñarán) se encuentran los niveles de capacidad – en términos de recursos – del Seguro Social, los cuales son mayores a los de las otras entidades públicas prestadoras de servicios de salud en el país, debido al número menor de establecimientos que requieren manejar, a los recursos organizacionales con los que cuenta la institución y a su forma de financiamiento. También se encuentra dentro de estos parámetros las asimetrías de poder estructurales entre sistemas culturales de salud: el paradigma hegemónico en los servicios de salud aún corresponde al sistema médico occidental o convencional. Estas asimetrías a su vez sostienen los estigmas aún presentes, sobre todo en el entorno biomédico, sobre quienes ejercen la medicina tradicional y complementaria. En simultáneo, otro factor que se ha mantenido presente ha sido la demanda por servicios de medicina tradicional y complementaria por parte de la ciudadanía. Desde los primeros estudios de aceptación del servicio hasta la actualidad, se continúa registrando una alta demanda y aceptación de este tipo de sistemas de salud.

Por otra parte, dentro de los sucesos dinámicos externos (que incluyen los factores cambiantes que toman lugar fuera del subsistema de políticas) se encuentran los cambios en las condiciones socioeconómicas. Así, la confluencia a inicios de la década de 1990 de un aumento epidemiológico de enfermedades crónicas no transmisibles – asociadas a los estilos de vida – y un contexto complejo en materia económica, constituyeron una ventana de oportunidad para que la medicina tradicional y complementaria se pueda empezar a aplicar en el Seguro, en tanto una de sus ventajas es su costo efectividad. De igual modo, la crisis sanitaria contemporánea debido a la pandemia por COVID-19 tuvo repercusiones en la prestación de servicios MEC, al igual que otros servicios de salud “no-COVID”.

También se encuentran entre estos sucesos dinámicos los cambios en la opinión pública. El cambio en el reconocimiento a nivel global de los sistemas de salud distintos al convencional por parte de la OMS favoreció a una corriente de opinión útil para el desarrollo de la innovación. Por otra parte, en años posteriores, mientras ningún aspecto de la medicina tradicional, alternativa y complementaria se

cuestionaba de manera visible a nivel global, el proyecto de innovación contaba con un contexto favorable para desarrollarse; en cambio, con los cuestionamientos públicos y mediáticos sobre la homeopatía durante el 2019 a nivel internacional y nacional, el contexto resultaba menos favorable para el avance del proyecto del Seguro Social.

Asimismo, entre estos factores se encuentran también las decisiones e impactos de políticas de otros subsistemas, tales como la creación en 1992 y posterior consolidación del Instituto de Medicina Tradicional en Iquitos, actualmente adscrito a EsSalud, los cambios en las políticas del Ministerio de Salud asociadas a la articulación de la medicina complementaria en sus propios establecimientos de salud, y los cambios internos del CMP ya mencionados.

En suma, frente a la confluencia de estos factores en medio de la ventana de oportunidad arriba descrita, constituyó la posibilidad de activación de la coalición promotora “pro-MEC”, la cual cambió significativamente a partir de 1997 en adelante.

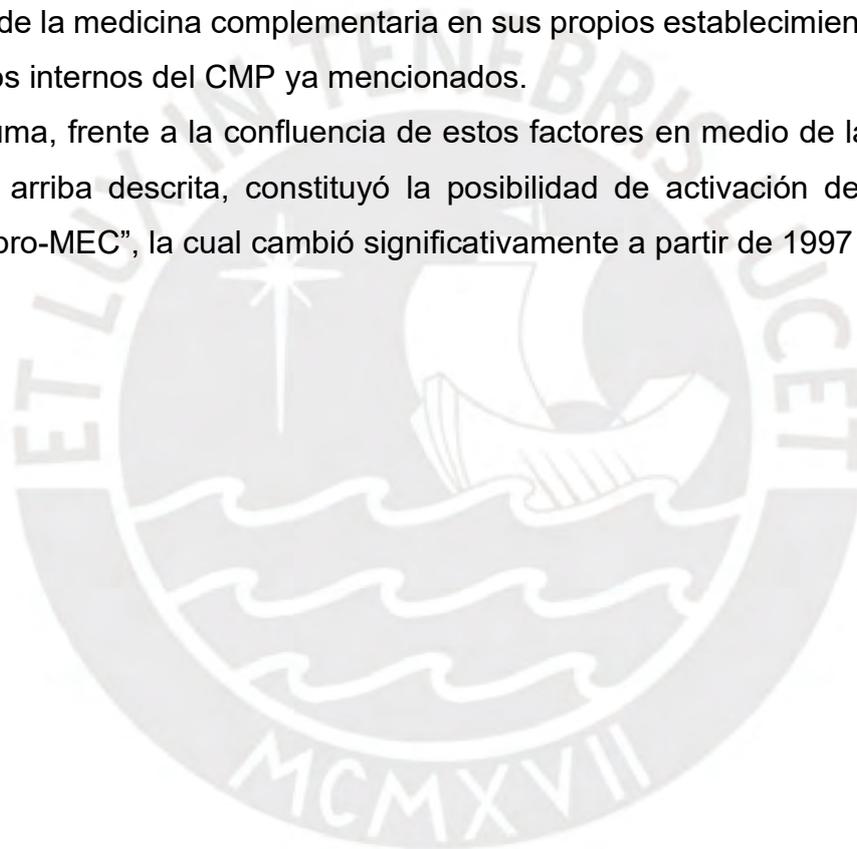
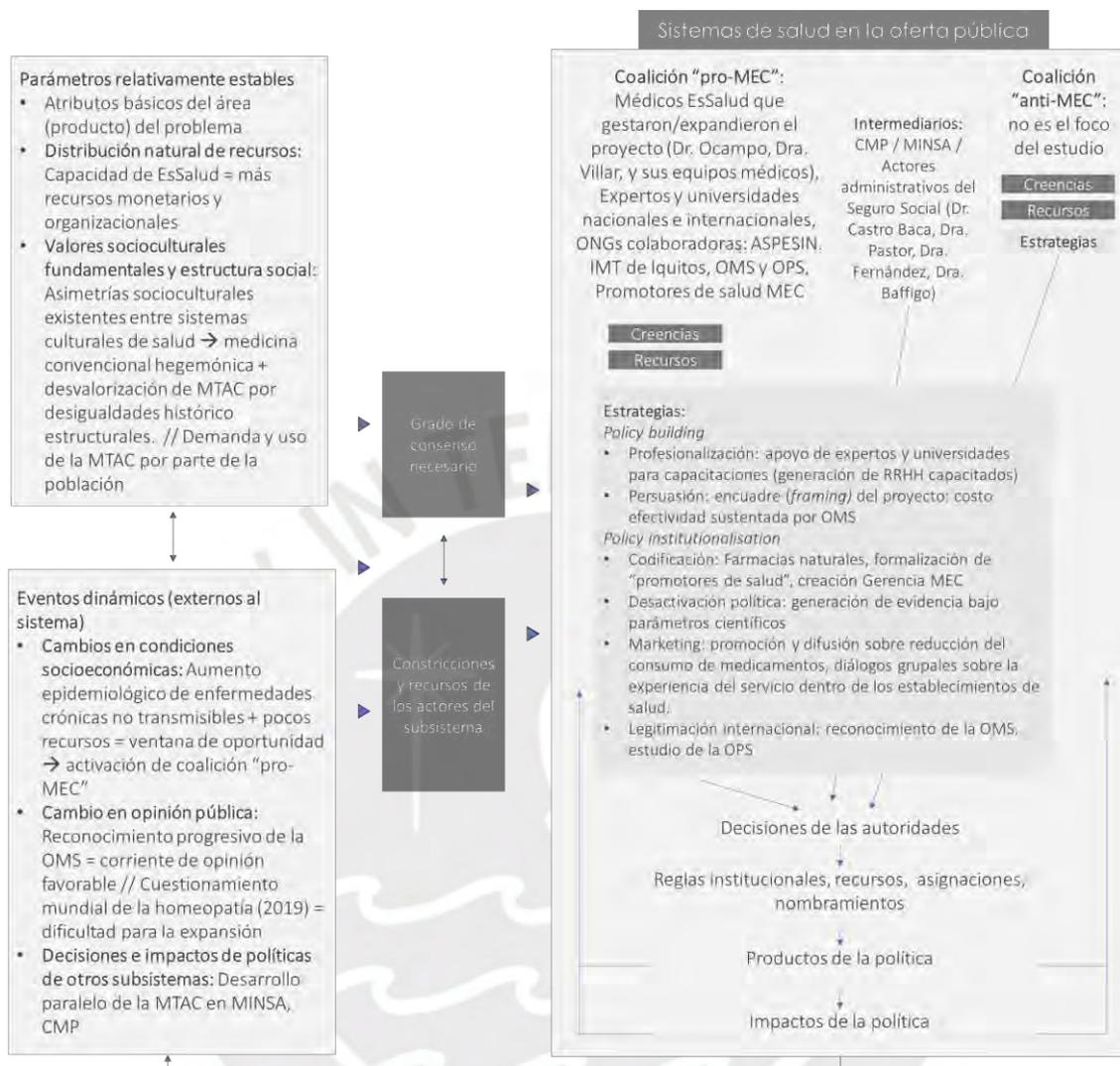


Ilustración 4: Resumen gráfico de hallazgos sobre el caso



Fuente: Elaboración propia

## 5. Conclusiones

La investigación se enfocó en analizar el proceso de articulación de servicios de medicina tradicional, alternativa y complementaria en el Seguro Social de Salud, considerando que las asimetrías de poder existentes entre los sistemas de salud tradicionales, alternativos, complementarios y convencionales constituían potentes dificultades para lograr el desarrollo de un proyecto de esa naturaleza. Para ello, y en base a un estudio previo, se tomó el marco de coaliciones promotoras como enfoque analítico para el caso, entendido como una innovación en el sector público. La hipótesis de la activación de una coalición promotora en favor de la medicina tradicional, alternativa y complementaria dentro del subsistema de política referente a los sistemas de salud que conforman la oferta pública en EsSalud como explicación para la innovación estudiada se pudo confirmar parcialmente.

Se identificaron 2 coaliciones promotoras en torno al servicio MEC en el Seguro Social. La coalición que considera los servicios MEC como válidos – coalición “pro-MEC” – ha variado en el tiempo. En su fase inicial (1992-1997), el actor con mayor centralidad fue el Dr. Palmiro Ocampo, reconocido como quien tuvo la iniciativa y emprendió el proceso de articulación de medicina tradicional y complementaria en el Seguro Social. A partir de 1997, la Dra. Martha Villar cobra mayor centralidad, y es reconocida como quien dirigió la expansión del servicio MEC en las demás redes asistenciales de EsSalud. La coalición que considera los servicios MEC como no válidos se identificó por las referencias a obstrucciones y dificultades, tanto en el plano simbólico como en el administrativo y material para el desarrollo y expansión del proyecto.

En ambas coaliciones, el núcleo de creencias profundas guarda relación con la validez de los sistemas de salud en cuestión. La validez de la medicina tradicional y complementaria se ha abordado en dos planos: con relación a la posibilidad de ser considerada o no como medicina per se por los actores especializados; y con respecto a sus costos y su efectividad para el Seguro Social como institución prestadora de servicios de salud pública. El análisis realizado sugiere que la validez en torno al segundo punto es más aceptable por otros actores del subsistema de políticas en contraste al primero. Por ello, el encuadre empleado como una de las estrategias de persuasión recae en la costo-efectividad de los servicios MEC.

Si bien la coalición “pro-MEC” ha contado con recursos monetarios limitados al inicio del proceso de articulación, el avance progresivo a partir de las estrategias empleadas aprovechando principalmente el recurso humano permitió un posterior acceso a una mayor cantidad de recursos materiales. Esto se aprecia con mayor claridad a partir de la creación de la Gerencia MEC.

Este despliegue progresivo, sin embargo, llevó a los miembros de la coalición a adaptarse y entrar en el juego político y de negociación sobre el programa de servicios MEC. Los aspectos del servicio que se van adaptando para la expansión buscada son los referentes a la cercanía o lejanía de la lógica del servicio MEC con el protocolo de atención del Seguro Social. En esta dimensión se identificaron diferencias sobre las preferencias de políticas.

En ese proceso de negociación, los intermediarios tuvieron un rol relevante. Las características de este subsistema de política y de la entidad en la que se produce la innovación abre espacios para que desde la gestión de la propia entidad se desarrolle el juego político. Es decir, con las características organizacionales del Seguro Social, los intermediarios se ubican en los cargos administrativos de la propia institución, y cuentan con poder en la mediación y la toma de decisiones interna. En el caso analizado, esta flexibilidad institucional es otro de los factores que posibilita la innovación pública analizada.

El estudio ilustra, desde la mirada de la ciencia política, cómo dentro de marcos institucionales complejos, poco institucionalizados (como es característico en Perú), y con la confluencia de múltiples factores pueden generarse innovaciones en el sector público o cambios de política a nivel institucional. En ese sentido, se suma a otros estudios de caso sobre cambios de política, con la particularidad previamente señalada con relación a las características de los intermediarios en el subsistema de políticas. Además, muestra cómo ámbitos altamente especializados como el de la salud, o disciplinas y formas de conocimientos como la medicina, no son ajenos a las relaciones de poder ni a las dinámicas políticas entre actores diversos. A su vez, evidencia que incluso una disciplina tan cercana a las ciencias duras como es la medicina no se encuentra exenta de la influencia de creencias y valoraciones de los actores, las cuales se encuentran vinculadas a sus biografías y procesos de socialización constantes.

Abordar un caso de estudio que involucra directamente al sector salud durante la crisis sanitaria por COVID-19, sobre el cual no se encontraron fuentes secundarias en abundancia y que además data de la década de 1990, representó dificultades para el recojo de información. Por ende, no se pudieron verificar a cabalidad todos los factores contemplados en la hipótesis con relación al cambio de política. No obstante, y a propósito del tema investigado, una de las características de la ciencia y la investigación es la generación progresiva de conocimientos. En ese sentido, los factores no abordados – o no abordados con la profundidad esperada – así como los hallazgos presentados pueden ser retomados, revisados o cuestionados en futuras investigaciones desde otros enfoques, desde la disciplina o fuera de ella.

Por ejemplo, si bien el estudio se centra en el proceso de innovación o el cambio de la política, no se ha podido profundizar hasta qué punto el servicio cuenta con un enfoque intercultural crítico – por emplear la categorización de interculturalidad propuesta por Tubino (2015) – y reivindicador de los saberes y prácticas pertenecientes a sistemas de salud tradicionales, así como de las comunidades que hacen uso de ellos; o de qué manera se conectan las prestaciones de estos servicios de salud con personas que poseen estos saberes pero no son miembros del cuerpo médico del país.

Además, la investigación refleja que las innovaciones públicas, por su carácter de novedad, cuentan con elementos positivos y negativos. En el caso de estudio, se evidenciaron considerables avances en torno a los servicios MEC, en particular respecto a la generación de evidencia sobre la efectividad del uso de plantas medicinales recogidas del saber popular. No obstante, dentro de la oferta de estos servicios, también se encuentran componentes polémicos, como lo ilustra el cuestionamiento mundial hacia la homeopatía. En ese sentido, se podría indagar a mayor profundidad en el balance de beneficios y riesgos de las innovaciones públicas.

Finalmente, en la investigación no se pudo profundizar en las dinámicas internacionales de la red de políticas estudiada. Considerando que la coyuntura sanitaria ha puesto de relieve las relaciones entre China y la OMS, y que los sistemas de salud complementarios aplicados en el servicio no se restringen a las medicinas locales, continuar la línea de investigación desde una mirada internacional podría resultar relevante.

En suma, las investigaciones en Perú sobre el sector salud desde la ciencia política, así como las investigaciones referentes al cambio de políticas o innovaciones en el sector público desde la disciplina son aún escasas, por lo que, a la luz de este estudio de caso, se busca contribuir al desarrollo colectivo de estas áreas de investigación.



### Bibliografía

- Adler, E. & Haas, P. (1992). Conclusion: Epistemic Communities, World Order, and the Creation of a Reflective Research Program. *International Organization*, 46(1), 367-390.
- Alayza, R. & Bensa, J. (2018). Las coaliciones promotoras de políticas en diferentes contextos: el caso de la reforma de transporte en Arequipa (Perú) 1999-2019. *Revista de Ciencia Política y Gobierno*, 5(9), 7-30
- Aliaga, G. (2014). *Avances, desafíos y oportunidades hacia la construcción de una Política de Salud Intercultural en el Perú* (Tesis de Maestría). UNMSM.
- Astahuamán, D., & Lescano, O. (2017). *Informe anual de Producción de Medicina Complementaria – 2017*. EsSalud.
- Berenzon, S., Alanís, S., & Saavedra, N. (2009). El uso de las terapias alternativas y complementarias en población mexicana con trastornos depresivos y de ansiedad: Resultados de una encuesta en la ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 107-115.
- Bersch, K. Praza, S., & Taylor, M. (2017). "Bureaucratic Capacity and Political Autonomy within National States: Mapping the Archipelago of Excellence in Brazil". En M. Centeno, A. Kohli & D. Yashar (Eds.), *States in the Developing World*. Cambridge University Press, 157-183.
- Braun, V., & Clarke, V. (2012). Using thematic analysis in psychology. In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology: Volume 2. Research designs: Quantitative, qualitative neuropsychological, and biological*. American Psychological Association, 57- 71.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(Suppl. 1), 13-27.
- Bussmann, R., & Glenn, A. (2010). Medicinal plants used in Peru for the treatment of respiratory disorders. *Revista Peruana de Biología*, 17(2), 331-346.
- Bussmann, R., Glenn, A., Meyer, K., Kuhlman, A., & Townesmith, A. (2010). Herbal mixtures in traditional medicine in Northern Peru. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 6(10), 1-12.
- Bussmann, R., & Sharon, D. (2006). Traditional medicinal plant use in Northern Peru: Tracking two thousand years of healing culture. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2(47), 60-70.
- Cardona, J., & Rivera, Y. (2012). Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 38(3), 471-483.

- Cejudo, G., Dussauge, M., & Michel, C. (2016). *La Innovación en el Sector Público: Tendencias internacionales y experiencias mexicanas*. Instituto Nacional de Administración Pública.
- Davis, M. (2013). Rethinking epistemic communities twenty years later. *Review of International Studies*, 39, 137-160.
- Dirección de Gestión de Calidad y Comunidad. (2017). *Informe de satisfacción del usuario del servicio de Medicina Complementaria*. EsSalud.
- Dussauge, M. (2019). "Policy transfer strategies: how agents' actions ensure lessons from abroad stick at home". En T. Baker & C. Walker (Ed.), *Public Policy Circulation: Arenas, Agents and Actions*. Edward Elgar Publishing.
- Eyzaguirre, C. (2016). *El proceso de incorporación de la medicina tradicional y alternativa y complementaria en las políticas oficiales de salud* (Tesis de maestría). UNMSM.
- Fassin, D. (2004). Entre las políticas de lo viviente y las políticas de la vida. Hacia una antropología de la salud. *Revista Colombiana de Antropología*, 40, 283-318.
- Forero, A., Mercado, M., & Macías, M. (2016). Enfoque y manejo con acupuntura de los trastornos del sueño desde la perspectiva interpretativa de la Medicina Tradicional China, en mujeres que se encuentran en la transición menopáusica. *Revista Internacional de Acupuntura*, 10(2), 42-48.
- Garzón, O. (2015). Aproximación a un estado del arte sobre prácticas de medicina tradicional y popular en Hispanoamérica. *Folios*, 41, 157-168.
- Gerencia Central de Prestaciones de Salud. (2016). *Implementación de Medicina Complementaria*. EsSalud.
- Gerencia de Medicina Complementaria. (2016). 18 años de Medicina Complementaria en EsSalud. Vida y Salud Integral. *Boletín Informativo de Medicina Complementaria*, 8(5), 2-4.
- Gerencia de Medicina Complementaria. (2017). *Informe memoria Medicina Complementaria 2017*. EsSalud.
- Gómez, M., González, C., & Martínez, M. (2015). Enfoque diagnóstico de la migraña clásica desde la Medicina Tradicional China. *Revista Internacional de Acupuntura*, 9(1), 28-32.
- González, E., Perdomo, J., Estrada, J., McFarlane, E., & Otero, M. (2014). Medicina tradicional, complementaria o alternativa en la medicina militar. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 43(1), 105-112
- Guzmán, S. (2016). La interculturalidad en salud: espacio de convergencia entre dos sistemas de conocimiento. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 15(31), 10-29.
- Guzmán, S., & Kleiche, M. (2017). La inclusión del conocimiento tradicional indígena en las políticas públicas del Estado mexicano. *Gestión y Política Pública*, XXVI (2), 297-339.

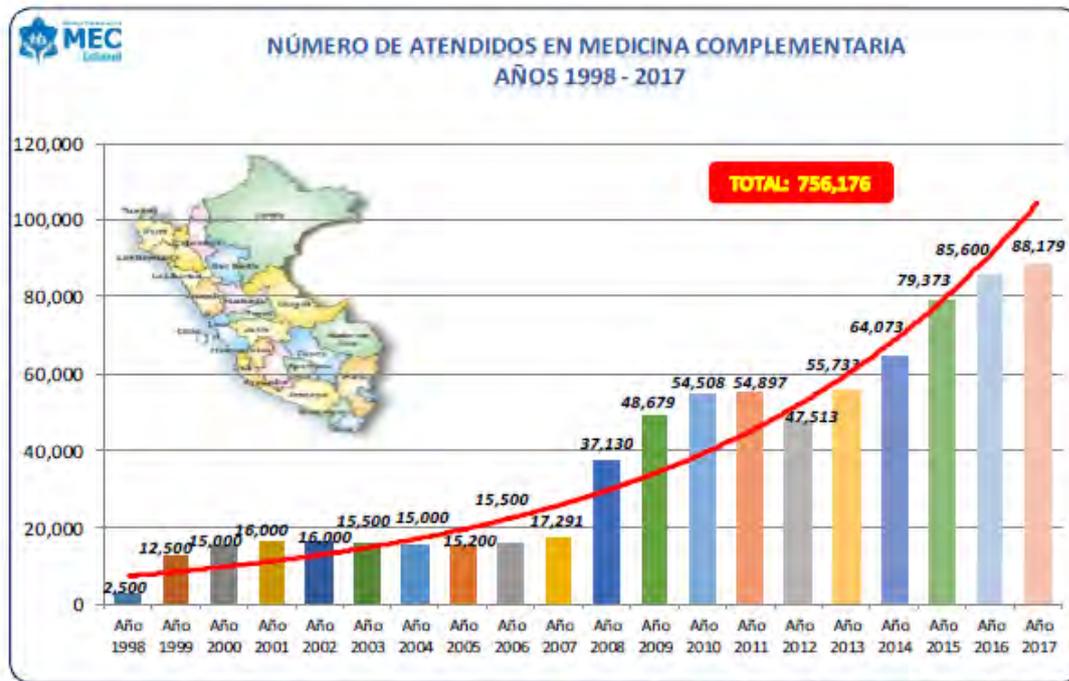
- Hayakawa, M. (2018). *La locura en los valores de la sociedad: explicando el policy change en la formulación de la política de salud mental en Perú entre 2003 y 2016* (tesis de licenciatura). PUCP.
- Huerta, E. [@drhuerta]. (7 de julio de 2019). Creo que es momento que @EsSaludPeru evalúe la integridad científica de todos sus programas. Si desean dar placebos caros [Tweet]. Twitter. [https://twitter.com/drhuerta/status/1147923309343969281?ref\\_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwtterm%5E1147923309343969281%7Ctwgr%5E%7Ctwcon%5Es1&ref\\_url=http%3A%2F%2Futero.pe%2F2019%2F07%2F09%2Fhablemos-de-la-homeopatia-la-medicina-alternativa-sin-fundamento-cientifico-que-essalud-aplica%2F](https://twitter.com/drhuerta/status/1147923309343969281?ref_src=twsrc%5Etfw%7Ctwcamp%5Etweetembed%7Ctwtterm%5E1147923309343969281%7Ctwgr%5E%7Ctwcon%5Es1&ref_url=http%3A%2F%2Futero.pe%2F2019%2F07%2F09%2Fhablemos-de-la-homeopatia-la-medicina-alternativa-sin-fundamento-cientifico-que-essalud-aplica%2F)
- Langdon, E. & Wiik, F. (2010). Antropología, salud y enfermedad: Una introducción al concepto de cultura aplicado a las ciencias de la salud. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 177-185
- Lakshmi, J., Nambiar, D., Narayan, V., Sathyanarayana, T., Porter, J., & Sheikh, K. (2015). Cultural consonance, constructions of science and co-existence: a review of the integration of traditional, complementary, and alternative medicine in low- and middle-income countries. *Health Policy and Planning*, 30, 1067-1077.
- Livise, A. (2019, julio 9). Hablemos de la homeopatía, la 'medicina alternativa' sin fundamento científico que EsSalud aplica. Útero.pe. <http://utero.pe/2019/07/09/hablemos-de-la-homeopatia-la-medicina-alternativa-sin-fundamento-cientifico-que-essalud-aplica/>
- Lovera, A., & Fuentes, D. (2013). Tipos de terapias de medicina alternativa y complementaria en Lima y Callao (Perú). *Vitae, Revista de la Facultad de Química Farmacéutica*, 20(2), 118-124.
- Mahoney, J. (2010). After KKV: The New Methodology of Qualitative Research. *World Politics*, 62(1), 120–47
- Maldonado, A. (2005). Comunidades epistémicas: una propuesta para estudiar el papel de los expertos en la definición de políticas de educación superior en México. *Revista de Educación Superior*, 2(134), 107-122.
- Mejía, J., Carrasco, R., Miguel, R., & Flores, S. (2017). Conocimiento, aceptación y uso de medicina tradicional peruana y de medicina alternativa y complementaria en usuarios de consulta externa en Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 2(1), 47-57.
- Menéndez, E. L. (2012). Antropología Médica. Una genealogía más o menos autobiográfica. *Gazeta de Antropología*, 28(3), 1-8.
- Meyrick, J. (2006). What is good qualitative research?: a first step towards a comprehensive approach to judging rigour/quality. *Journal of health psychology*, 11(5), 799 – 808.

- Mora, J. (2017). Las espirales del conocimiento. La medicina científica occidental, la medicina homeopática y la medicina tradicional china. *Revista Médica de Homeopatía*, 10(3), 71-78.
- Moscoso, W. (2018). *¿Desarrollo hacia dónde?: el análisis de la coalición promotora del desarrollo alternativo en Tocache* (tesis de licenciatura). PUCP, Lima.
- Navarro, R., Sánchez, E., & Maya, A. (2017). Aproximación crítica a las políticas públicas en salud indígena, medicina tradicional e interculturalidad en México (1990-2016). *Salud Colectiva*, 13(3), 443-455.
- Nigenda, G., Mora, G., Aldama, S., & Orozco, E. (2001). La práctica de la medicina tradicional en América Latina y el Caribe: el dilema entre regulación y tolerancia. *Salud Pública de México*, 43, 41-51.
- Novoa, S., Plazas, E., & Torres, L. (2012). Enfoque e interpretación de las manifestaciones del síndrome depresivo desde la Medicina Tradicional China. *Revista Internacional de Acupuntura*, 6(3), 114-120.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2009). *Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes de la Salud*. OMS
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. OMS
- Pasto, J., Francisco, J., & Blanco, M. (2019). ¿Quién cura y cómo cura? Tratamiento de la enfermedad en una comunidad rural de Ecuador. Cultura de los cuidados. *Revista de Enfermería y Humanidades*, 23(54), 244-254.
- Peña, A., & Paco, O. (2007). Medicina alternativa: intento de análisis. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(1), 87-96.
- Pinto, M., & Ruiz, P. (2012). Integración de la medicina alternativa en los servicios de salud de Colombia. *Aquichan*, 12(2), 183-193.
- Pistrang, N., & Barker, C. (2012). "Varieties of qualitative research: A pragmatic approach to selecting methods". In H. Cooper, P. M. Camic, D. L. Long, A. T. Panter, D. Rindskopf & K. J. Sher (Eds.), *APA handbook of research methods in psychology: Volume 2. Research designs: Quantitative, qualitative neuropsychological, and biological* (pp. 5-18). American Psychological Association.
- Quispe, R., Cabrera, J., & Chevarría, M. (2014). Uso de plantas medicinales en la atención primaria de la salud familiar aimara, comunidad de Checca, Puno. *Boletín del Instituto Nacional de Salud*, 20(7-8), 186-191.
- Reyes, I., Alarcón, J., Paico, L., & La Rosa, R. (2017). Plantas medicinales de uso tradicional en el embarazo, parto y posparto en la población awajún de Urakusa, Condorcanqui – Amazonas. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34.

- Rojas, P., Díaz, J., & Macías, M. (2016). Abordaje terapéutico de los síndromes equivalentes al trastorno metabólico desde la cosmovisión de la Medicina Tradicional China. *Revista Internacional de Acupuntura*, 10(2), 49-55.
- Sabatier, P. & Jenkins-Smith, H. (1999). *Advocacy coalition Framework*
- Sánchez, A., Rodríguez, M, & Macías, M. (2016). Abordaje y manejo terapéutico del paciente con síndrome equivalente a dolor lumbar en Medicina Tradicional China. *Revista Internacional de Acupuntura*, 10(3), 95-101.
- Silva, G. (2018). *Prevenir antes que lamentar: luchas políticas y la formación de coaliciones promotoras en torno a la creación de Lugar de la Memoria, la Tolerancia o la Inclusión Social en el polarizado Perú post conflicto (2003-2015)* (tesis de licenciatura). PUCP.
- Skocpol, T. (2007). “El Estado regresa al primer plano: estrategia de análisis en la investigación actual”. En C. Acuña (Ed.), *Lecturas sobre el Estado y las políticas públicas: retomando el debate de ayer para fortalecer el actual*. Jefatura de Gabinete de Ministros.
- Soifer, H. (2008). State Infrastructural Power: Approaches to Conceptualization and Measurement. *Studies in Comparative International Development*, 43(3/4), 231-251.
- Tello, H. (2018). *¿Quién decide sobre la política climática?: coaliciones detrás del diseño de las Contribuciones Nacionalmente Determinadas (NDC) del Perú* (tesis de licenciatura). PUCP.
- Tubino, F. (2015). *La interculturalidad en cuestión*. Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Valenzuela, F., Salaverry, O., & Reyes, I. (2014). Formación, registro y la práctica autorizada de la Medicina Tradicional, Alternativa y Complementaria – OMS – Macao/China 2014. *Boletín del Instituto Nacional de Salud*, 20(9-10), 239-246.
- Vides, A., & Álvarez, A. (2013). La medicina tradicional como un modelo de atención integral en salud. *Revista de La Universidad del Valle de Guatemala*, 25, 58-60.
- Villar, M., Ballinas, Y., Soto, J., & Medina, N. (2016). Conocimiento, aceptación y uso de la medicina tradicional, alternativa y/o complementaria por médicos del Seguro Social de Salud. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 1(1), 13-18.
- Villar, M., Ybáñez, E., Arévalo, C., Astahuamán, D., Angulo, Y., & Alarcón, S. (2016). Caracterización de las actividades de Medicina Complementaria en pacientes de Essalud-Perú (2010-2014). *Revista Peruana de Medicina Integrativa*, 1(1), 5-12.

## Anexo A

Número de usuarios atendidos en MEC 1998-2017



Fuente: Gerencia de Medicina Complementaria 2017: p. 16

## Anexo B

Calificación global de Satisfacción del Usuario en Servicios MEC a nivel Nacional 2017

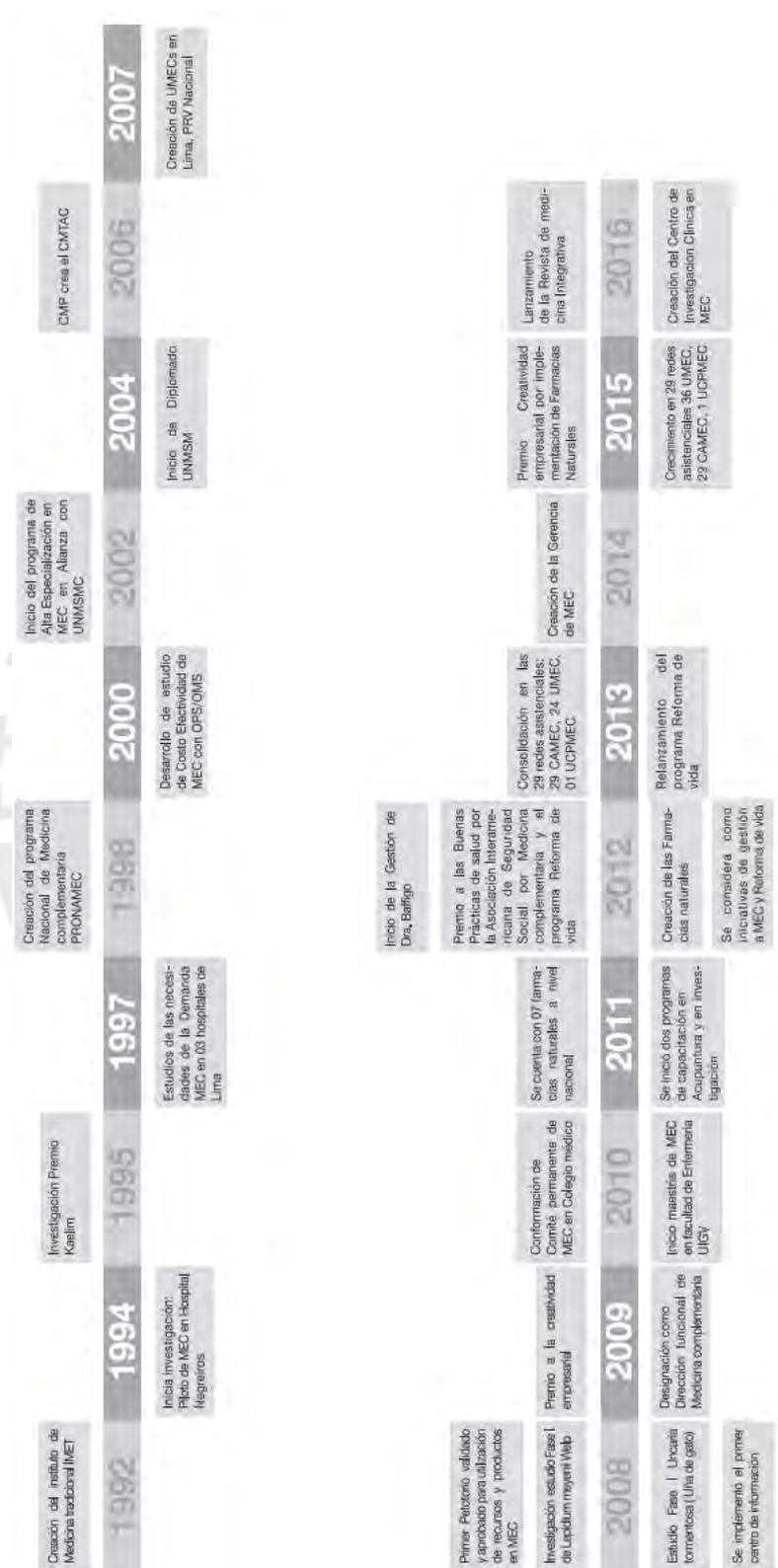
Gráfico N° 01: Calificación global de la Satisfacción del Usuario en Servicio de Medicina Complementaria a nivel Nacional



Fuente: Gerencia de Medicina Complementaria 2017: p. 24

## Anexo C

### Línea de tiempo del proyecto de articulación MEC en EsSalud



Fuente: Gerencia Central de Prestaciones de Salud 2016: p. 10

## Anexo D

### Matriz de codificación y categorización: Creencias profundas

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Medicina tradicional y complementaria como forma de vida de la Dra. Villar
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Contacto de la Dra. Villar con la medicina tradicional y complementaria desde edad temprana y desde el ámbito personal
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Contacto de la Dra. Villar con la medicina tradicional durante su formación de pregrado: investigación en plantas medicinales
Núcleo de creencias profundas	Enfoque de prevención y promoción de la salud	Contacto de la Dra. Villar con el enfoque de prevención y promoción de la salud durante actividades extracurriculares en CESDAC
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Contacto de la Dra. Villar con la medicina tradicional durante actividades extracurriculares en CESDAC
Núcleo de creencias profundas	Interés en la MTAC	Interés personal de la Dra. Villar en las plantas medicinales
Núcleo de creencias profundas	Interés en la MTAC	Interés personal de la Dra. Villar en la medicina tradicional
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Experiencia profesional de la Dra. Villar en IPIFA en medicina tradicional y uso de plantas medicinales
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Experiencia profesional de la Dra. Villar en medicina tradicional y plantas medicinales durante su SERUMS en Cusco
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Acercamiento y aprendizaje inicial de acupuntura a partir del ámbito personal/amical
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Acercamiento inicial de la Dra. Baffigo al servicio de Medicina Complementaria
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Vínculo con la medicina tradicional a través del entorno familiar
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Vínculo con la medicina tradicional a través del servicio rural
Núcleo de creencias profundas	Validez de la MTAC por procesos de socialización	Importancia de los vínculos personales y familiares para que los médicos tengan algún acercamiento a la MTAC

## Anexo E

### Matriz de codificación y categorización: Creencias sobre políticas

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Núcleo de creencias sobre políticas	Posicionamiento sobre la relación entre sistemas de salud	Mezcla de experiencia personal en Cajamarca (lugar de origen) y experiencia académica y profesional de la Dra. Villar como catalizador de una percepción diferente sobre la medicina convencional
Núcleo de creencias sobre políticas	Posicionamiento sobre la relación entre sistemas de salud	Búsqueda de la Dra. Villar de formas diferentes a la medicina convencional de ejercer la práctica médica en sistemas de salud tradicionales peruanos y foráneos
Núcleo de creencias sobre políticas	Posicionamiento sobre la relación entre sistemas de salud	Valoración de la Dra. Villar de la medicina tradicional peruana y la medicina convencional como igual de relevantes
Núcleo de creencias sobre políticas	Posicionamiento sobre la relación entre sistemas de salud	Necesidad de articular la medicina convencional y la medicina tradicional para mejorar el cuidado de la salud de las personas
Núcleo de creencias sobre políticas	Posicionamiento sobre la relación entre sistemas de salud	La articulación permite que las partes articuladas conserven su estructura
Núcleo de creencias sobre políticas	Posicionamiento sobre la relación entre sistemas de salud	La integración implica la pérdida de peculiaridades de aquello que se integra
Núcleo de creencias sobre políticas	Posicionamiento sobre la relación entre sistemas de salud	La articulación de los sistemas de salud permite que los paradigmas de cada sistema se conserven
Núcleo de creencias sobre políticas	Posicionamiento sobre la relación entre sistemas de salud	Reconocimiento de la utilidad de la medicina tradicional, alternativa y complementaria
Núcleo de creencias sobre políticas	Posicionamiento sobre la relación entre sistemas de salud	Reconocimiento de los sistemas de salud tradicionales alternativos y complementarios como conocimientos de la salud propiamente dichos

## Anexo F

### Matriz de codificación y categorización: Preferencias sobre las políticas

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Núcleo de preferencias sobre las políticas	Cambios en las preferencias sobre la política	Médico participante en el proyecto piloto de Negreiros percibe que el servicio de medicina complementaria en la actualidad ha perdido la lógica inicial de escuchar a los pacientes debido al protocolo del Seguro Social
Núcleo de preferencias sobre las políticas	Cambios en las preferencias sobre la política	Percepción de occidentalización de la medicina tradicional y complementaria
Núcleo de preferencias sobre las políticas	Problema de tiempo en la atención de salud en el Seguro Social	La medicina complementaria requiere de mayor tiempo dedicado al paciente, en contraste con los requerimientos sobre el tiempo de atención en el Seguro Social
Núcleo de preferencias sobre las políticas	Cambios en las preferencias sobre la política	Automatización de la atención de la salud en la medicina convencional, las instituciones y la seguridad social



## Anexo G

### Matriz de codificación y categorización: Factores dinámicos y estables

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Parámetros relativamente estables del sistema	Demanda de MTAC	Percepción de la Dra. Villar sobre el uso de la medicina tradicional por parte de grupos poblacionales
Factores dinámicos externos al subsistema de políticas	Ventana de oportunidad para articulación de la medicina tradicional y complementaria en el Seguro Social de Salud	Cambio epidemiológico en Perú hacia 1992: aumento de enfermedades crónicas no transmisibles, asociadas a los estilos de vida de las personas
Factores dinámicos externos al subsistema de políticas	Ventana de oportunidad para articulación de la medicina tradicional y complementaria en el Seguro Social de Salud	El carácter crónico de las enfermedades genera altos costos para las instituciones públicas
Parámetros relativamente estables del sistema	Estigmas sobre el ejercicio de la MTAC	Rechazo a la medicina tradicional por ser "de chamanes"
Factores dinámicos externos al subsistema de políticas	Ventana de oportunidad para articulación de la medicina tradicional y complementaria en el Seguro Social de Salud	Inicio de la aplicación de medicina alternativa en el Seguro Social de Salud y en el Ministerio de Salud a partir del aumento de enfermedades crónicas
Parámetros relativamente estables del sistema	Estigmas sobre el ejercicio de la MTAC	"ellos nos critican porque somos pseudo chamanes"
Parámetros relativamente estables del sistema	Estigmas sobre el ejercicio de la MTAC	"todos se reían, se burlaban, así era antes."
Factores dinámicos externos al subsistema de políticas	Contexto global favorable	Reconocimiento de la OMS como relevante para el avance de los servicios de medicina complementaria
Factores dinámicos externos al subsistema de políticas	Contexto local favorable	Creación en el CMP de una comisión de medicina tradicional y complementaria con la participación de la Dra. Villar
Factores dinámicos externos al subsistema de políticas	Contexto global favorable	Contexto global actual favorece el desarrollo y la aceptación de la medicina complementaria
Factores dinámicos externos al subsistema de políticas	Cambio de las creencias sobre la medicina tradicional, alternativa y complementaria con el paso de los años entre los profesionales de la salud	Cambio de las creencias sobre la medicina tradicional, alternativa y complementaria con el paso de los años entre los profesionales de la salud
Parámetros relativamente estables del sistema	Estigmas sobre el ejercicio de la MTAC	Falta de reconocimiento y discriminación de la MTAC

## Anexo H

### Matriz de codificación y categorización: Estrategias de policy building

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	Directora de la clínica Negreiros, la dra. Ada Pastor, se encarga de conducir una investigación sobre los efectos de la aplicación de la acupuntura y plantas medicinales para tratar la gonartrosis: se genera evidencia de mejoras sustantivas en el grupo de tratamiento y el estudio gana el premio Kelly a la investigación
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	Generación de evidencia a partir de proyectos piloto en Arequipa, Lima y La Libertad en 1998
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	La OMS demuestra la costo-efectividad del servicio de medicina complementaria en el Seguro Social de Salud
Estrategias de policy building	Estrategias de profesionalización	Generación de un programa de capacitación de 3 años de duración en alianza con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos
Estrategias de policy building	Estrategias de profesionalización	Generación de un programa de capacitación de 3 años de duración en alianza con universidades y especialistas de otras partes del mundo
Estrategias de policy building	Estrategias de profesionalización	Creación de Diplomatura en Terapias Alternativas en alianza con la Universidad Nacional Mayor de San Marcos para continuar la generación de recursos humanos capacitados para el servicio de medicina complementaria
Estrategias de policy building	Estrategias de profesionalización	"Los aliados internacionales nos apoyaron fundamentalmente en capacitar"
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	Creación de corriente de opinión favorable a partir de artículos en la revista Documenta al inicio del proyecto de articulación de medicina complementaria en el Seguro Social de Salud
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	Percepción de que la Dra. Villar resaltó más el ahorro que generaba la articulación de servicios de medicina complementaria al Seguro Social para impulsar el proyecto
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	Medicina complementaria como ahorro para el Seguro Social
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	Medicina complementaria para la reducción de consumo de medicamentos por parte de los pacientes
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	El Dr. Ocampo le comenta a la presidente ejecutiva, la Dra. Baffigo, la evidencia generada localmente desde inicios de 1990 y menciona que ya existe evidencia en otros países
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	La Dra. Baffigo recibe evidencia científica que le genera interés sobre la efectividad clínica de principios en plantas medicinales estudiadas desde el Instituto de Medicina Tradicional de Iquitos
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	Investigación sobre medicina complementaria para convencer con evidencia a colegas sobre su validez
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	Generación y publicación de evidencia sobre medicina complementaria en la Revista de Medicina Integrativa creada desde la Gerencia de Medicina Complementaria
Estrategias de policy building	Estrategias de persuasión	"la investigación permitió que haya más credibilidad"

## Anexo I

### Matriz de codificación y categorización: Estrategias de policy institutionalisation

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de desactivación política	ESAN conduce un estudio para evaluar la aceptación de tratamientos de medicina tradicional y complementaria entre los asegurados en 1997: resultados muestran una amplia aceptación
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de legitimación internacional	Evaluación a cargo de la OPS de los pilotos de 1998 en el año 2000
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de legitimación internacional	"Nuestra meta era volvernos un centro colaborador de la OMS"
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de codificación	Creación de la Gerencia de Medicina Complementaria, adscrita a la Gerencia Central de Prestaciones de Salud con apoyo de la Dra. Baffigo
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de codificación	Generación de red de soporte para el cambio conformada por expacientes: "promotores de vida sana"
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de codificación	Los promotores de vida sana expanden la red de soporte en su familia y su comunidad mediante la educación
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de codificación	Creación de Farmacias Naturales para contar con recursos de calidad
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de desactivación política	Generación de evidencia científica sobre la validez de la medicina complementaria y alternativa en 1995
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de desactivación política	Reconocimiento de la necesidad del enfoque científico para que la medicina complementaria sea considerada por quienes ocupaban las gerencias del Seguro Social de Salud en 1995
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de marketing	Diálogos grupales sobre la experiencia en el servicio de medicina complementaria incentivado por el Dr. Ocampo
Estrategias de policy institutionalisation	Estrategias de desactivación política	Desarrollo de encuesta a asegurados en 2015 para contar con respaldo en la toma de decisiones referente al servicio de Medicina Complementaria

## Anexo J

### Matriz de codificación y categorización: Definiciones

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Definiciones	Definiciones de MT	Definición de medicina tradicional según la OMS
Definiciones	Definiciones de MAC	Definición de medicina alternativa y/o complementaria según la OMS
Definiciones	Definiciones de MT	Se denomina medicina tradicional a un sistema de salud diferenciado de la medicina convencional que se mantiene en su zona de origen
Definiciones	Definiciones de MA	Se denomina medicina alternativa a los sistemas de salud tradicionales que se encuentran fuera de su zona de origen y que se emplean en lugar de la medicina convencional
Definiciones	Definiciones de MC	Se denomina medicina complementaria a los sistemas de salud tradicionales que se encuentran fuera de su zona de origen y se emplean junto a la medicina convencional
Definiciones	Definiciones de MAC	"La medicina alternativa y complementaria, como su nombre lo dice, son dos opciones. Una opción es la de ser o el reemplazo perfecto, y la otra opción, el complemento perfecto."
Definiciones	Definiciones de MTC	Terminología manejada por la OMS sobre la medicina tradicional y complementaria no es precisa y las equipara pese a ser diferentes
Definiciones	Definiciones de MT	"La medicina tradicional es la medicina que utilizan las minorías nacionales selváticas, parte de la sierra la costa, y eso es medicina tradicional"
Definiciones	Definiciones de MI	Medicina integrativa como la armonización de la medicina tradicional, convencional, alternativa y complementaria

## Anexo K

Matriz de codificación y categorización: Características de la medicina convencional, tradicional y complementaria

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Características de la medicina convencional	Características de la medicina convencional	El paradigma biomédico de la medicina convencional implica una visión mecanicista del mundo y la persona
Características de la medicina convencional	Características de la medicina convencional	Paradigma biomédico como paradigma de la medicina convencional
Características de la medicina convencional	Características de la medicina convencional	Fragmentación de la medicina convencional
Características de la medicina convencional	Características de la medicina convencional	Paradigma biomédico de la medicina convencional implica un enfoque mecanicista y de fragmentación para la generación y sustento del conocimiento
Características de la medicina convencional	Características de la medicina convencional	La fragmentación propia del paradigma biomédico genera la pérdida progresiva de una visión médica integral y holística del ser humano
Características de la MTAC	Características de la MTAC	Paradigma de la complejidad como paradigma de la articulación de los sistemas médicos tradicionales, convencional, alternativos y complementarios
Características de la MTAC	Características de la MTAC	Reconocimiento del uso de plantas medicinales en el marco de un sistema cultural de salud indígena, con sus propios criterios
Características de la medicina convencional	Características de la medicina convencional	Reconocimiento de la importancia de la validez científica para los médicos convencionales para considerar un sistema de salud como válido

### Anexo L

Matriz de codificación y categorización: Sobre la iniciativa y Percepción de la ciencia

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Iniciativa	Iniciativa	Desde la gerencia de medicamentos del Seguro Social, el Dr. Ocampo propone el uso de acupuntura frente al aumento en el gasto en medicinas para enfermedades crónicas no transmisibles
Iniciativa	Iniciativa	Iniciativa de articulación de medicina alternativa propuesta en la Gerencia de Medicamentos, material y equipos médicos del Seguro Social de Salud
Iniciativa	Iniciativa	Inicio de la aplicación de acupuntura para problemas de salud de adultos mayores en la clínica Negreiros
Percepción de la ciencia	Percepción de la ciencia	Las ciencias abiertas no son equivalentes a los elementos dogmáticos del enfoque de la medicina occidental como medicina única
Percepción de la ciencia	Percepción de la ciencia	"tal y como yo he aprendido, la evidencia se produce en el tiempo."
Percepción de la ciencia	Percepción de la ciencia	Reconocimiento del avance progresivo de la ciencia
Percepción de la ciencia	Percepción de la ciencia	La ciencia excede al desarrollo de ensayos clínicos, también involucra experiencia profesional y otros elementos

## Anexo M

### Matriz de codificación y categorización: Dificultades (parte 1)

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Dificultades para el proyecto	Percepción de dificultades	Percepción de médico participante en el proyecto piloto de Negreiros sobre dificultades para impulsar la medicina complementaria y alcanzar el estado actual del servicio
Dificultades para el proyecto	Limitación sobre el tiempo de la consulta	El protocolo del Seguro Social de Salud sobre los horarios para la atención de pacientes genera dificultades para una atención de calidad
Dificultades para el proyecto	Obstrucciones al desarrollo del proyecto	Despidos de personal durante el proyecto piloto en la clínica Negreiros
Dificultades para el proyecto	Dificultades en las referencias al servicio MEC	Renuencia por parte de médicos convencionales a derivar pacientes al servicio de Medicina Complementaria al inicio del proyecto
Dificultades para el proyecto	Limitaciones legales	Falta de reconocimiento legal de la medicina complementaria y alternativa a inicios de 1990
Dificultades para el proyecto	Obstrucciones al desarrollo del proyecto	Conflicto con la Gerente de Prestaciones de Salud a raíz de la creación de la Gerencia de Medicina Complementaria
Dificultades para el proyecto	Obstrucciones al desarrollo del proyecto	Rechazo de la Gerente de Prestaciones de Salud a la creación de la Gerencia de Medicina Complementaria
Dificultades para el proyecto	Dificultades en las referencias al servicio MEC	Importancia de referencias hacia los consultorios de medicina complementaria para la atención de pacientes en estos servicios
Dificultades para el proyecto	Obstrucciones al desarrollo del proyecto	Falta de apoyo inicial por parte de universidades para la formación de pregrado en MTAC
Dificultades para el proyecto	Obstrucciones al desarrollo del proyecto	Falta de apoyo inicial por parte de universidades para la formación de pregrado en MTAC

## Anexo N

### Matriz de codificación y categorización: Dificultades (parte 2)

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Dificultades para el proyecto	Limitaciones de recursos	Falta de recursos humanos, infraestructura y otros recursos dificultan la elaboración del proyecto de articulación de sistemas de salud a cargo de la Dra. Villar
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	Oposición al proyecto desde las personas con un paradigma biomédico exclusivista
Dificultades para el proyecto	Limitaciones de recursos	Limitaciones de recursos y espacios fijos durante el inicio del servicio de Medicina Complementaria
Dificultades para el proyecto	Limitaciones de recursos	Ausencia de espacios fijos de trabajo al inicio del servicio de Medicina Complementaria
Dificultades para el proyecto	Limitaciones de recursos	Falta de espacio fijo de trabajo y salario al inicio del servicio de Medicina Complementaria
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	La falta de información sobre la validez científica de la medicina complementaria como motivo del rechazo a esta medicina
Dificultades para el proyecto	Limitaciones de recursos	Falta de oferta para la formación de profesionales en pre y posgrado en medicina complementaria a inicios de 1990
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	Falta de reconocimiento del CMP de la medicina complementaria y alternativa a inicios de 1990
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	Reconocimiento de corrientes de oposición hacia el ejercicio de la medicina complementaria y alternativa a inicios de 1990
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	Rechazo inicial por parte del personal prestador de servicios de salud en Negreiros al servicio de medicina complementaria y cambio actitudinal a partir del aumento en las interconsultas
Dificultades para el proyecto	Limitaciones de recursos	El número de médicos complementarios hacia 1997 era bastante reducido
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	Percepción de superioridad en efectividad y materia científica de la medicina convencional en contraste a la medicina complementaria por parte de la mayoría de médicos.
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	Explicación de la Dra. Villar sobre la renuencia de algunos médicos a la medicina complementaria
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	"Entonces vamos entendiendo el por qué los médicos eran reacios, y básicamente era por falta de evidencias."
Dificultades para el proyecto	Limitaciones de recursos	Falta de formación sobre medicina tradicional, alternativa y complementaria en las universidades peruanas de pregrado
Dificultades para el proyecto	Limitaciones de recursos	Limitaciones de recursos materiales para la creación del comité de MTAC en el CMP
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	Reacciones de rechazo frente a la creación del comité de MTAC en el CMP por parte del cuerpo médico
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	Reconocimiento del rechazo histórico hacia la MTAC
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	La falta de formación en MTAC en el pregrado fomentaba la visión occidental de la medicina entre los médicos
Dificultades para el proyecto	Limitaciones simbólicas	Negación de saberes y prácticas médicas de sistemas de salud tradicionales, alternativos y complementarios por parte de universidades

## Anexo Ñ

### Matriz de codificación y categorización: Alianzas y reconocimiento de roles

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Alianzas entre actores	Vínculos con expertos extranjeros	Vínculo de la Dra. Villar con especialista polaco en medicina tradicional y plantas medicinales
Alianzas entre actores	Vínculos con expertos extranjeros	Edmund Szeliga como botánico experto en plantas medicinales y medicina tradicional vinculado a la población indígena Machiguenga
Alianzas entre actores	Relación maestro-aprendiz	Edmund Szeliga como maestro de la Dra. Villar en el uso de plantas medicinales
Alianzas entre actores	Vínculos con usuarios locales de MT	Vínculo de la Dra. Villar con el pueblo indígena Machiguenga en el aprendizaje de la medicina tradicional y el uso de plantas medicinales
Alianzas entre actores	Alianzas entre instituciones	Instituto de Medicina Tradicional de Iquitos como aliado para el proyecto de articulación de medicina complementaria en EsSalud
Alianzas entre actores	Vínculos con usuarios locales de MT	Instituto de Medicina Tradicional de Iquitos como puente para vincular a curanderos con saberes locales sobre plantas medicinales y medicina tradicional peruana
Alianzas entre actores	Relación maestro-aprendiz	Formación del entrevistado en acupuntura a partir de las enseñanzas de su maestro y posteriormente de talleres
Reconocimiento de roles	Reconocimiento de roles	Reconocimiento de la Dra. Villar como quien expande el servicio de medicina complementaria
Reconocimiento de roles	Reconocimiento de roles	Reconocimiento del Dr. Ocampo como creador del curso de Medicina Tradicional en la UNMSM
Reconocimiento de roles	Reconocimiento de roles	Reconocimiento del Dr. Ocampo como quien tuvo la iniciativa de articular el servicio de medicina complementaria en el Seguro Social
Reconocimiento de roles	Reconocimiento de roles	Reconocimiento de la labor del Dr. Ocampo en la generación de evidencia sobre los efectos de la medicina complementaria
Reconocimiento de roles	Reconocimiento de roles	Reconocimiento del Dr. Ocampo y la Dra. Villar como quienes iniciaron el servicio de medicina complementaria en el Seguro Social
Alianzas entre actores	Alianzas entre instituciones	Establecimiento de vínculos y alianzas con otras organizaciones
Alianzas entre actores	Alianzas entre instituciones	Reconocimiento del CMP como institución que debía dar espacio a distintos saberes médicos

## Anexo O

### Matriz de codificación y categorización: Apoyo administrativo

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo de la Dra. Pastor a médico despedido durante el proyecto piloto en la clínica Negreiros
Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Reconocimiento del rol facilitador administrativo del Dr. Manuel Castro Baca y la Dra. Ada Pastor sobre la iniciativa de la articulación de la medicina complementaria en el Seguro Social de Salud
Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo de la Dra. Pastor en la prestación de servicios de medicina complementaria iniciales a cargo del Dr. Ocampo, basado en evidencia
Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Participación de la Dra. Ximena Fernández desde la Gerencia Central de Salud en la expansión del servicio de medicina complementaria y la incorporación de la Dra. Villar al proyecto
Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Interés de la Dra. Baffigo en apoyar el desarrollo en materia de plantas medicinales
Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo de la Dra. Baffigo con la creación de la Gerencia de Medicina Complementaria mediante modificación del ROF en coordinación con la Dra. Villar con miras a convertir el Seguro Social en un centro colaborador de la OMS en materia de medicina complementaria
Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo de la Dra. Baffigo al proyecto pese a las fricciones con funcionarios por el convencimiento de la importancia de la medicina complementaria
Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Apoyo administrativo al proyecto de articulación de sistemas de salud	Importancia del apoyo desde puestos administrativos para el desarrollo del proyecto de articulación de medicina complementaria en EsSalud

## Anexo P

Matriz de codificación y categorización: Códigos únicos

Macro-categorías	Categorías	Código/Tema
Validez de la MTAC por efectividad	Validez de la MTAC por efectividad	Reconocimiento de la Dra. Villar sobre la efectividad de sistemas tradicionales de salud en la conservación de la salud de las personas
Elaboración de proyecto de expansión	Elaboración de proyecto de expansión	Reconocimiento de la Dra. Villar de la generación de una estrategia para impulsar la articulación de sistemas de salud frente a la oportunidad
Enfoque de prevención y promoción de la salud	Enfoque de prevención y promoción de la salud	Interés de la Dra. Pastor en el enfoque de promoción y prevención de la salud desde el pregrado
Organización de los servicios de salud debe darse en función a las necesidades del ciudadano	Organización de los servicios de salud debe darse en función a las necesidades del ciudadano	Organización de los servicios de salud debe darse en función a las necesidades del ciudadano
Convergencia de resultados positivos y de formación de actividades en función a las necesidades de los pacientes en el servicio de medicina complementaria del Seguro Social	Convergencia de resultados positivos y de formación de actividades en función a las necesidades de los pacientes en el servicio de medicina complementaria del Seguro Social	Convergencia de resultados positivos y de formación de actividades en función a las necesidades de los pacientes en el servicio de medicina complementaria del Seguro Social