

Perspectivas de la Medicina Andina

**Liesbeth van der Hoogte
Carlos Roersch**

1. INTRODUCCION

EN NOVIEMBRE DE 1981, el Equipo Coordinador en Medicina Natural Popular inició su trabajo como iniciativa de unos equipos de salud de campo. Se fijaron estos objetivos:

- a. Elaborar un sistema de salud para el Surandino a base de la medicina moderna y la medicina tradicional andina, al alcance de todos, tanto cultural como económicamente.
- b. Dar una base científica a la medicina tradicional andina.

En este artículo queremos hablar sobre el valor de la medicina tradicional en general, casi siempre subestimado y las perspectivas de la medicina tradicional andina.

Siempre se utiliza dos términos, la Medicina Moderna y la Medicina Tradicional como si hubieran solamente dos sistemas. En realidad existe un sistema de medicina moderna y muchos sistemas tradicionales. Medicina tradicional es un término local, siendo un sistema de salud propia de una zona o región, con o sin influencia de afuera. P.e. la medicina china con acupuntura, la medicina ayurvedic y unani en India, la medicina musulmana, sistemas de salud en Africa, etc., todos 'medicinas tradicionales' en

comparación con la medicina moderna por ser más antigua y precursores de la medicina moderna.

La medicina tradicional andina es una medicina autóctona de la zona, fundada en la medicina precolombina y la influencia de la medicina medioeval europea que trajeron los conquistadores.

Nos parece mejor usar para el Surandino (con Diego Irrarrazabal), el término Medicina Andina para valorizar la autoctoneidad de su valor como medicina. Hablando sobre medicina tradicional nos referimos al conjunto de sistemas tradicionales.

Lo aclararemos porque no usamos otros términos consignados en la bibliografía, como son:

- * La medicina folklórica: compuesto de Folk y Lore, significa el conocimiento del pueblo(27). Etimológicamente una palabra exacta, pero su significación ha cambiado y muchas veces está usado en un sentido negativo para desvalorizar el sistema.
- * La etnomedicina: no es un término para un sistema, es más la ciencia del estudio de los diferentes sistemas de salud y su significación en la vida de un pueblo. La etnomedicina puede ser parte de diferentes disciplinas como antropología, sociología, medicina, psicología, etc.
- * La medicina natural: Es una parte de un sistema de salud, siendo los tratamientos individuales, olvidando la parte cultural y psicológica.
- * La medicina popular: Se refiere al conocimiento del pueblo en general, como son los remedios caseros.

Es parte de cada Sistema de Salud.

La medicina tradicional siempre está comparada con la medicina moderna, y nunca al revés. La ciencia de medicina pareciera ser la única ciencia que ofrece 'alternativas'. En otras ciencias, p.e. en sociología, biología, filosofía, antropología, existen diferentes escuelas con diferentes teorías, pero nunca se habla p.e. sobre la psicología moderna y las alternativas.

El nombre 'medicina alternativa' se utiliza para los sistemas antes tradicionales, que han recuperado valores en la medicina moderna, como son la acupuntura (cada vez hay más médicos que lo ejercen), la homeopatía y la medicina ayurvedic en India (donde existen escuelas reconocidas para los sistemas ayurvedic y unani(9)).

En los capítulos que vienen queremos tratar los siguientes temas:

- * Una comparación de la medicina moderna con la medicina tradicional para contrarrestar el etnocentrismo usado casi siempre. Lo haremos a través de la historia de la medicina y los conceptos actuales de la medicina moderna.
- * La situación de salud en países del Tercer Mundo en dependencia del Sistema Mundial de Salud.
- * La medicina andina y su futuro, tratando los aspectos culturales de medicina en general, unas características de la medicina andina, las líneas de trabajo del E.C.M.N.P. y las perspectivas.

2. UNA COMPARACION DE LA MEDICINA TRADICIONAL CON LA MEDICINA MODERNA

Una comparación de los sistemas tradicionales con la medicina moderna casi siempre lo hacen para poner a prueba la medicina tradicional, suponiendo que la medicina moderna es la única verdad.

Nosotros queremos tratar de comparar la medicina moderna con los sistemas tradicionales, no para una prueba al revés, sino para mirar a los diferentes sistemas de otro punto de vista y mentalidad (cuando nos permiten de ser neutral sin partir de la 'ciencia' o la medicina natural).

Nos parece mejor de mirar a los diferentes sistemas con bastante crítica y conociendo la problemática de salud, para poder elegir lo mejor para solucionar los problemas reales de salud y bienestar.

2.1. La Medicina y su Historia

Siempre se hace empezar la medicina moderna con los griegos, que se desarrollaba de más o menos 500 a.C. — 500 d.C. Es verdad que la influencia es muy grande, pero dudamos de su carácter determinante. Ya existieron medicinas antes de los griegos, como son los sistemas de India, China, Egipto y Babilonia.

Según escrituras antiguas, la historia de la medicina en China va hacia más o menos 2,900 a.C. De esta época es originaria la teoría de yin y Yan, el equilibrium de masculino y femenino, vigente hasta hoy día, la acupuntura y una obra sobre enfermedades internas. Los chinos ya hicieron una descripción de enfermedades como diabetes, viruela, disentería, sarampión y cólera. Pa-

rece que ya conocían un método de vacunación de viruela con antígenos humanos.

Los chinos tenían una farmacopea de 1800 plantas medicinales. Conocían 5 elementos básicos (madera-fuego-tierra-agua-metal) relacionados con 5 planetas-5 estaciones-5 colores-5 sonidos y 5 órganos.

La medicina de India (que ya empezó antes de 1500 a.C., según los libros 'Vedas') en su segunda etapa está muy vinculada con el grupo de los Brahmanes (800 a.C. — 1000 d.C.), quienes son los curas.

Tienen 5 elementos básicos (tierra-agua-fuego-aire-cielo), 2 calidades (cálido-frío) y 3 humores (aire-bilis-flema).

Ya hacen descripciones de: tétanos, malaria, lepra, diabetes (diagnósticos: probar la orina) y otras. La dieta es una de sus más importantes formas de terapia. También tenían una farmacopea bastante amplia. Como los chinos conocían la vacunación de viruela.

El imperio de Babilonia y Asiria reinó más o menos 3000 a.C. — 500 a.C. Hasta hace 100 años no se creía en una medicina de esta tierra, Mesopotamia, pero el descubrimiento de antiguas tablas de tierra mostró un conocimiento amplio acerca de enfermedades y plantas medicinales. Ya describieron: hepatitis, neumonía, tuberculosis, gastritis y otras.

La historia de Egipto va hacia 3000 a.C. — 500 a.C.

A través de rollos de papiro, momias y la historia de Herodoto se sabe algo de la medicina egipcia. Conocían intervenciones quirúrgicas (fracturas, heridas) y tenían sus escuelas médicas. Muchos médicos fueron especialistas, han experimentado con plantas medicinales y dan recetas muy exactas (pesaban sus medicamentos para evitar efectos tóxicos).

Seguramente existía influencia de un sistema al otro. Saben que comerciantes sirios viajaban de India a Egipto y es muy probable que así trajeron conocimientos y plantas de una zona a la otra.

La época griega se extiende de 500 a.C. — 500 d.C., en que se desarrollaba su medicina, pero no se puede hablar solamente de una medicina.

En este milenio existían muchas doctrinas y escuelas muy diferentes, en su mayoría tenían su sede en las zonas marginales del imperio. Esto puede significar que había influencia de afuera.

La existencia de diferentes escuelas significa la posibilidad de un desarrollo más amplio en más sectores. Hay escuelas en que dominaban la teoría de los 4 humores, otros en que se desarrolla más la farmacología, o sintomatología, o anatomía.

Los antiguos griegos conocían 4 elementos básicos (aire-fuego-agua-tierra) relacionados con 4 humores (sangre-bilis amarilla-flema-bilis negra). Además reconocen 4 calidades (cálido-frío-seco-húmedo).

Hipócrates es el nombre más conocido en la medicina griega, quien reconoció estos elementos, su escuela (porque hay dudas si todos los libros son de su mano) ha publicado mucho sobre tratamientos quirúrgicos y tratamientos por dieta. Lo más conocido es su punto de vista natural (causas naturales en lugar de supernaturales) y su juramento ético (jura de Hipócrates). Galeno es otro nombre muy conocido, trabajando unos siglos después en la época de Roma. De él se conoce su atribución a la anatomía (vigente hasta el siglo XVII) y sus recetas a base de más plantas para un tratamiento (las preparaciones galenos). Dioscorides es conocido por su descripción de más o menos 600 plantas medicinales, muy probablemente con conocimiento influido por el lejano oriente. La teoría de los 4 elementos básicos y humores no era vigente para todos los griegos. Unas escuelas la negaron por otra teoría p.e. que la enfermedad era un desequilibrio mecánico de átomos, influido por el aire extraño por las venas. A pesar de otras teorías la teoría de 4 elementos quedó vigente durante toda la época medioeval.

La anatomía se desarrolló bien en la primera época (Alexandria) pero disminuyó en la época de Roma por la separación de la cirugía de la medicina. Recién en el siglo XVIII, se aceptaron otra vez la cirugía dentro de la medicina.

La teoría anatómica de Galeno se basó en disecciones de animales, pensando en la similitud anatómica entre el hombre y el animal.

Durante la época medioeval la medicina sufre retrocesos. Su estudio se concentra en los conventos, a base de la bibliografía griega y sin hacer nuevos experimentos.

En contrario, los árabes desarrollan la medicina y la extienden hasta España.

Todas las obras griegas se tradujeron al Arabe y de este al Latín, que era el idioma vigente en Europa. Recién en el Renaci-

miento (siglo XVI) toma impulso el desarrollo de la Medicina en Europa y más en Europa del Norte.

La anatomía se desarrolló y el conocimiento de plantas medicinales. Recién traducen directamente las obras griegas al Latín.

En España se frenó el desarrollo por la mayor incidencia de la inquisición, que afectó a muchos médicos inclusive. Con el desarrollo de la botánica, la química y la tecnología, la medicina toma muchas alas en el siglo XVII (fisiología microscopia) y siglo XVIII (desarrollo de plantas medicinales y de la cirugía).

Por los cambios políticos económicos en el siglo XIX (a base de la política del colonialismo) cambian las universidades hacia institutos de investigación, habiendo sido bastiones de conservatismo en los siglos anteriores. Toda la investigación hasta el siglo XIX estaba en manos de individuos o de grupos ligados al poder.

Con la industrialización y urbanización entre la Salud pública y la prevención, más por intereses de los capitalistas que por un real interés de velar por la salud de toda la población (gran demanda de mano de obra).

Con la institucionalización de la investigación, la medicina moderna, se convirtió en la medicina oficial, a pesar de que 'alternativas' nunca desaparecieron, pero que sí estuvieron marginados para volver a llamar la atención en las últimas décadas. Según escritores occidentales los 4 elementos básicos y 4 humores en la medicina griega viene del cerebro de los filósofos griegos(1). Ahora sabemos (apenas hace 100 años están descubriendo las medicinas de Egipto, China e India) que esta teoría no era nueva, sino que ya existió en India y China.

La existencia de las rutas de comercio de India a Egipto y el hecho que Alexandria era el primer centro en la cultura griega nos da dudas sobre este pensamiento. Sin duda hay gran influencia de la medicina griega en el desarrollo de la medicina moderna, pero es muy especulativo no de dar importancia a los demás sistemas descritos por nosotros.

Se considera a Hipócrates como el 'inventor' del juramento médico, pero ahora sabemos que los indios tenían un juramento médico que es muy parecido a la ética de los griegos.

La cirugía no era un invento de los griegos. Según pinturas y herramientas de la antigua India se sabe que la cirugía era muy desarrollada, p.e. operaciones de la catarata y cirugía plástica(29).

La prevención no es un invento de la medicina moderna, los

chinos e indios ya conocían la vacunación de viruela con antígenos humanos.

Todos conocen la influencia de plantas medicinales de diferentes zonas en la farmacología de la medicina moderna. Unos ejemplos: ergometrine (muy usado en partos) de *Claviceps purpúrea* (un hongo parásito en granos), usado por las parteras empíricas en Inglaterra; Reserpine (usada en hipertensión arterial) de *Rauwolfia serpentina* de la farmacopea India; Emetine (todavía uno de los únicos medicamentos para disentería) de la planta ipecacuana (*Euphorbia tirucalli*), usado por los Indios brasileiros; Quinine (el único remedio para Malaria) de la planta *Chinchona pubescens*, usado por los indios peruanos.

No queremos subestimar la medicina griega o moderna, sino queremos que se tome en cuenta también los avances de otros sistemas de salud para valorizarlos y conocer su contribución a la salud. Es un hecho que recién conocemos más y todavía no está descubierto, sobre otros sistemas de salud fuera de la medicina griega. Los filósofos griegos y toda la cultura griega, inclusive su medicina jugaba un rol muy importante en el desarrollo de la vida y cultura en Europa, muy importante en eso es la presencia de libros de esta época y la presencia de un idioma común en Europa hasta el siglo XIX, el Latín, que estimuló su desarrollo.

Pero no podemos cerrar los ojos para la influencia de otras culturas, aunque recién conocidas. Hay que cambiar la historia con nuevos conocimientos a pesar de que significa cambiar sentimientos de superioridad. (La interpretación de la historia no sólo es prepotente en caso de medicina, sabemos muy bien que la historia de Europa y los europeos en los siglos XVI y XIX es muy diferente que su historia en América.

Hasta ahora no hemos mencionado las culturas de América, de las cuales los Aztecas y los Mayas en América Central y las varias culturas de Perú (Chimú, Mochica, Incas y otros) son las más conocidas y más desarrolladas. Los conquistadores han destruido las huellas de estas culturas y lo poco que se guardaron no mereció ningún interés de los investigadores hasta el último siglo.

Hay indicaciones de que algunas culturas centro-americanas, son más antiguas que la cultura griega. Sobre el conocimiento médico no hay muchos estudios; lo único que hasta ahora pueden encontrar son cerámicas con enfermos, y en un caso de muy probablemente, de una cesárea.

De Perú se sabe más sobre la medicina. Los Mochicas han dejado cerámicas que se consideran como los mejores del mundo. Mucho de la historia se puede leer en esta cerámica, p.e. de la medicina. Parece que la cirugía estaba muy desarrollada en la cultura Mochica, hay imágenes de hombres con extremidades amputadas y hay indicaciones que se han hecho intervenciones quirúrgicas en el cráneo, con éxito. En el año 1962, el Dr. Francisco Graña de Lima operó a un paciente para sacarle sangre cuajada de su cráneo, con el tumi y el escoplo, usados por los Mochicas, como prueba de que sí era posible operar con éxito con estas herramientas. El paciente sanó.

La medicina en el Incanato es menos conocida y las únicas transmisiones son a través de los cronistas; los Incas, muy probablemente usaban muchos métodos de los pueblos vencidos dentro de su imperio. Muy probablemente eran buenos herbaleros(19).

Las calidades cálido-frío (vigente en todo el Continente) se atribuye a la influencia de los españoles(10), trayendo las 4 calidades cálido-frío-seco-húmedo, de Europa, perdiendo las calidades seco-húmedo aquí. Existen teorías que los antiguos pueblos de América tenían contacto con pueblos en Asia (p.e. edificios en México en forma de pagoda) y que así existía influencia Asiática en las diferentes culturas americanas.

No se sabe cual es la influencia de la medicina medioeval-español en la medicina popular. En la época de la Conquista, España estaba en la época de cambio en cuanto a la medicina, entre la medicina Arabe y la Inquisición. Es muy posible que parte de la medicina popular es influida por esta medicina, dominado por magia, ocultismo y misticismo y el concepto que las enfermedades fueron causadas por posesiones demoníacas o por el pecado(30).

Según Ackerknecht(1) estos sistemas desaparecieron, pero con esta afirmación niega las tradiciones orales del pueblo indio en que se transmiten su conocimiento popular de generación a generación. Su estado explotado limita sus posibilidades de desarrollar su medicina pero mucho del conocimiento se guardó y el pueblo sigue estando muy preocupado por solucionar sus enfermedades según sus pensamientos y según sus posibilidades.

En otro capítulo(4.1) veremos que no se puede negar la medicina sobreviviente o la medicina andina buscando soluciones en la problemática de salud, porque es imposible olvidar y negar un proceso histórico y cultural.

2.2. Conceptos de la Medicina Moderna

Desde los conceptos de la medicina moderna surgen las críticas a la medicina tradicional, por eso queremos arrojar alguna luz sobre estos conceptos.

1. Se individualiza el enfermo y su enfermedad. La enfermedad es orgánica, causada por un mal funcionamiento de una parte del cuerpo, que se puede sistematizar según sus síntomas. Hasta muchas enfermedades mentales son consideradas orgánicas.
2. Se considera la medicina moderna como una medicina científica, para todo existe una explicación y no es especulativa.

ad 1. En la historia de la medicina moderna existieron 2 visiones sobre enfermedad:

- a) *la visión ontológica*: la enfermedad es objetiva, sin tener ninguna relación con la persona, causada por 'algo' externo, causando los síntomas de la enfermedad.
- b) *la visión fisiológica*: la enfermedad es causada por un desequilibrio en el funcionamiento de un individuo, la enfermedad no es separada de la persona(25).

Poco a poco la visión ontológica ganó a la visión fisiológica. Se distinguen tres clases de causas:

- *Somático*: cuando hay una relación directa entre la causa y la enfermedad (p.e. virus — resistencia baja, etc.)
- *Psíquico*: cuando la enfermedad es causada por problemas personales y
- *Social*: cuando es el ambiente que causó la enfermedad p.e. falta de agua potable, situación de trabajo, etc., o una combinación.

Cual sea la causa, el énfasis siempre está en la curación de la enfermedad, en quitar los síntomas.

En la medicina tradicional la causa es más importante en la clasificación de las enfermedades, y el tratamiento depende de la causa. Más importante es remover las causas que quitar los síntomas. Dentro del concepto de la medicina moderna no se puede clasificar por eso muchas enfermedades de la medicina tradicional y por eso niega muchas veces su existencia o la ponen bajo el capítulo supernatural para que no sea necesario meterse en esto.

Dentro de la medicina moderna venía más críticas en cuanto a la falta de un concepto claro de enfermedad. Por no tomar en serio la causa provocó muchas desilusiones y más gente está conven-

cido que la enfermedad hay que considerar como señal de un mal funcionamiento personal o de la sociedad que hay que tratar: desempleo, un ambiente contaminado, etc.

ad 2. Para cada fenómeno debe existir una aclaración científica. Su crítica a la medicina tradicional es que las aclaraciones son muy especulativas y aún menos aceptan algo de la medicina tradicional donde entran causas supernaturales. En el fondo no hay muchas diferencias, según nuestra opinión, entre una causa supernatural en la medicina tradicional y una causa psíquica en la medicina moderna. Ambos son relacionados con la cultura y vida del paciente. La diferencia es más una diferencia cultural, una diferencia de aceptación o no aceptación.

Otro punto de crítica en cuanto a este concepto es el hecho que la medicina moderna no siempre tiene una explicación científica. Placebos (medicinas de azúcar, sin ningún componente activo) están de mucho uso en la medicina moderna, aunque exige de la medicina tradicional una prueba de su acción medicinal por un componente activo, sino puede ser 'psíquico no más'.

Además la medicina moderna conoce medicamentos (de mucho uso) de los cuales no conocen su reacción en el cuerpo, sólo su acción medicinal por experiencias empíricas (y muchas veces este medicamento viene de plantas medicinales), p.e. aspirina.

Para relativizar la diferencia entre el concepto científico y especulativo quiero citar (a) Prof. Dr. Diesfeld: "Both Systems draw to a large extent their knowledge about disease and treatment from empirical observation and thus are quite comparable"(5). ('Ambos sistemas toman por gran parte su conocimiento de enfermedades y tratamientos de observaciones empíricos y por eso resulta muy comparable').

3. SALUD EN EL TERCER MUNDO

Existen muchas publicaciones sobre este tema (2, 4, 6, 7, 20, 26) pero partiendo de diferentes puntos de vista. Entre los diferentes autores no hay duda que existe una mala distribución de los servicios de salud en países del Tercer Mundo, sin embargo hay discrepancias cuando se trata de aclarar las causas de esta mala distribución. Predominan las teorías que por falta de recursos económicos (capital) y por falta de conocimiento, la salud no está desarrollada como en países industrializados.

La realidad en los países en desarrollo muestran lo contrario. En los capitales existen servicios de salud muy avanzados que no difieren de países industrializados. La enseñanza de médicos en las universidades es occidental, fundado en los curricula de universidades occidentales. En cuanto a la falta de capital los opositores sostienen que es más la falta de distribución de los ingresos que la falta de capital. En la mayoría de los países en desarrollo existe un grupo pequeño que concentra la mayoría de los ingresos (la lumpenbougorisia según Frank(12)) y es este grupo decide que pasa con este dinero, de qué manera lo invierte etc.(21).

Estos puntos de vista son relacionados con la teoría del desarrollo económico en el mundo de Rostow(21) quien afirma que el desarrollo económico se desenvuelve a través de etapas fijas y que los países en desarrollo están atrasados no más en esto. Falta:

1. la difusión de valores culturales (conocimiento tecnológico y organizativo) y
2. la difusión de capital.

Este punto de vista está criticado por Navarro(21), por parte ya descrito arriba. El muestra pruebas de oposición de esta teoría (p.e. la predominancia de los valores culturales por parte de los medios de comunicaciones y la educación, y la mala distribución de los ingresos). La falta de capital en el Sector Salud contrasta con la realidad que en los años sesenta existió un flujo de capital de \$ 200 millones anual de Latino América a los EE.UU. por la mudanza de profesionales médicos adiestrado en Latino América. Esta suma es igual a la suma invertida por EE.UU., en ayuda médica a Latino América en toda la década 60!

Por la influencia occidental en la enseñanza y ayuda médica se origina necesidades que no son apropiadas para los países en desarrollo, como son la utilización y consecuente importación de medicamentos (en 1964 Perú gastó más o menos 30o/o de su presupuesto en Salud a medicinas(21), y su dependencia de la tecnología occidental. La consecuente actitud de los médicos es llamada "Brain Drain" por Elling(7).

La mala distribución de los ingresos y con esto las inversiones no solamente se siente en el sector salud (curativo) pero también en la falta de una infraestructura de saneamiento ambiental, que podría evitar muchas enfermedades.

La XI Región de Salud en Cusco estima que 72o/o de las viviendas en su región no goza de agua potable, 80o/o no goza de

desagüe y 80o/o no goza de luz eléctrica (20a). De los gastos de Salud pública entre 4,5 y 9o/o está usado para saneamiento ambiental en 5 países de Latino América (cifras de 1970 de la OPS, en 21).

La mala nutrición está considerada como otra causa importante en morbilidad y mortalidad, una desnutrición también causada por la mala distribución de ingresos y tierra.

Muchos países en desarrollo utilizan sus mejores tierras para cultivos de exportación y cada año se necesita más recursos para importar alimentos. Por su carácter económico se utiliza el término Comerciogenic Malnutrition(6,7).

Que la política también influye en la mal nutrición, es el ejemplo de Chile de Allende, quien no recibió casi ningún préstamo para importar alimentos. Un mes después del golpe de Estado en 1973, la Junta recibió un crédito de \$ 24 millones de dólares para importar trigo "ocho veces más alta que el crédito a Chile en los 3 años anteriores, cuando un Gobierno democrático gobernó Chile" (Según Senador Kennedy, in 22).

Datos de mortalidad infantil y de PNB en diferentes países muestran que hay una relación entre estos dos, un PNB más alto muestra una mortalidad infantil menor. Excepciones son países como China Comunista, que tiene un BNP comparado con India, pero una mortalidad infantil mucho menor(7). Según datos más recientes Cuba ha disminuido su mortalidad infantil a una tasa comparable con los países industrializados, a pesar de sus ingresos mucho menores. Esto indica que no es la falta de capital únicamente, la que influye la salud, sino el mecanismo de subdesarrollo mismo/la dependencia de los países en desarrollo de los países desarrollados, lo que determina inadecuados servicios de salud. Navarro(21) afirma el contrario de Rostow: que la causa de subdesarrollo es:

1. demasiada difusión de valores culturales y
2. el subuso de los fondos disponibles, todo controlado por grupos nacionales e internacionales. La economía dualística en los países en desarrollo (la existencia de una economía industrial y urbana y una economía marginal, el campesinado) es un requisito en este sistema (la economía marginal le da la plusvalía a la economía urbana) en contrario con las afirmaciones de Rostow, que es una etapa en el desarrollo económico.

El caso de los medicamentos queremos tratarlo por separado,

no porque es separado de los problemas tratados arriba, pero por su gran influencia o impacto en los servicios de salud.

El poder de las transnacionales es muy grande y más aún en los países del Tercer Mundo(3, 20). Los problemas relacionados con el Tercer Mundo son:

1. El aumento del precio. El precio de los medicamentos es mucho más alto que en los países industrializados, provocados por el elevado precio de las materias primas. Muy conocido es el juego de "transporte de medicinas en papel", para aumentar el precio pero disminuir impuestos.
2. Una comercialización y propaganda inapropiada. Esto incluye p.e. la venta de medicamentos por personas incompetentes o la venta sin descripción, avisos o contraindicaciones, o avisos incompletos. Esto, p.e. pasa con jarabes conteniendo hormonas anabólicas, cuyo uso es muy reducido en Europa y EE.UU., pero que está exportado bajo indicaciones de malnutrición en países del Tercer Mundo. (En caso de adolescentes puede provocar inhibición de crecimiento(3)).
3. Promover más los medicamentos caros o los medicamentos menos necesitados en el país. A pesar que el OMS ha hecho una lista de medicamentos esenciales, en la mayoría de los países hay miles de medicamentos en el mercado. (Perú tiene más de 4000 medicamentos registrados en su diccionario(24)). Según una investigación de la OPS en 5 países en Latino América (Perú incluido), sobre el suministro de medicamentos en Centros de Salud, parece que el suministro de medicamentos en lo general no tiene relación con la morbilidad local o su demanda(23).
4. El uso de medicamentos, prohibidos o restringidos en el Tercer Mundo. Por mecanismos de control y una opinión pública más poderosa, muchos medicamentos se han prohibido o restringido su uso en Europa y EE.UU., por efectos negativos muy serios y peligrosos y/o por falta de prueba que fueron efectivos. A pesar de su prohibición o restricción, se están exportando estos medicamentos sin una información adecuada (3, 7, 16, 20). Cloranfenicol es un ejemplo conocido. Restringido su uso en Europa y EE.UU. para meningitis y tifoidea, este medicamento está siendo utilizado en muchos países del Tercer Mundo, casi como aspirina, en cualquier inflamación, hasta en bebés. Cloranfenicol puede provocar una enfermedad irreversible de ane-

mia aplástica, y además su aplicación indiscriminada puede provocar la resistencia de bacterias a este antibiótico (que es un problema general de antibióticos).

En 1972-1973, murieron 20,000 personas en una epidemia de tifoidea en México por la resistencia para Cloranfenicol.

El caso de Clioquinol (Entero Vioform) es otro ejemplo conocido, tiene efectos negativos muy graves (dolores, paralización, ceguera y en unos casos es mortal) en Japón tenía 10,000—30,000 víctimas. En unos países se restringieron su uso, en otros lo prohibieron, pero siguen vendiendo este medicamento indiscriminadamente en muchos países del Tercer Mundo.

El poder económico y la propaganda de las transnacionales farmacéuticas es muy grande (más o menos 15o/o del volumen de venta es para propaganda) igual a lo que se gasta para investigación, como el aval de los países industrializados. Los últimos permiten la exportación de productos peligrosos a otros países y además son protectores activos de sus empresas, p.e. en el caso de Bangladesh. En 1982, este país decidió sacar del mercado una cantidad de medicamentos peligrosos o inútiles. Directamente los embajadores de los países 'afectados' visitaron al Gobierno para rogarles de retirar esta decisión.

Bangladesh es más activo también en la producción propia de los medicamentos. La mayoría de las empresas farmacéuticas en países del Tercer Mundo son casas filiales de transnacionales y no producen, sino envasan y distribuyen los productos.

Mozambique ha disminuido la cantidad de los medicamentos, después de su independencia de 13,000 en 1975 a 343 en 1980. Por la fundación de una empresa estatal de importación han podido importar hasta cuatro veces más medicamentos por el mismo precio. Así han reducido sus gastos en medicamentos hasta 11—17o/o del presupuesto total de salud. En otros países hay un promedio de 30—40o/o del presupuesto. No es imposible entonces cambiar una política acerca de farmacos, pero se necesita por lo menos reconocer los problemas, fundado tanto en la dependencia económica, como en el pensamiento del profesional médico. Decir que el pueblo Latino Americano es inmune al cloranfenicol son tácticas de avestruz.

4. LA MEDICINA ANDINA Y SU FUTURO

En los capítulos anteriores nos hemos ocupado de la historia de la medicina y de la situación de la salud en el Tercer Mundo. El desarrollo de la medicina moderna marginalizó la medicina tradicional por no considerarla científica, por ser "primitiva", por tener conceptos supernaturales, sin considerar su valor y sin conocer las coincidencias entre la medicina moderna y tradicional. La salud en el Tercer Mundo nos mostró que por razones político-económicas la medicina moderna es incapaz de dar una solución para la salud en muchos países. Sabemos además que muchas enfermedades se han extendido por obras de desarrollo, p.e. el aumento de enfermedades contagiosas por la urbanización, la extensión de enfermedades tropicales a otras zonas, por la construcción de carreteras y por viajes, la extensión de enfermedades, como viruela a Latino América por la conquista, etc. (1, 6, 10).

Es sorprendente que casi nadie (los de la línea crítica, conservativa o técnica-médica), trata de involucrar los aspectos culturales en el análisis de la situación de salud. En la última década recién están considerando los sistemas tradicionales como posible solución, pero más para llenar los huecos en los servicios de la medicina moderna que como consecuencia de aceptación como sistema propio. Una indicación para esto es que están aceptando los curanderos, parteras, etc., solamente en las zonas rurales y marginales, a donde no quieren ir los médicos; su apego al mundo occidental y las ciudades todavía es un problema. Bajo el título: "Ciencia médica requiere convivir con curanderismo", el Dr. Manuel Ponce dice en *El Observador*: "En países como el nuestro, donde la cultura es deficitaria y existen bajos niveles de alfabetismo, de salubridad, de información, etc., la cultura y la medicina occidentales no tienen vigencia"(8). Una negación amarga de la existencia de otras culturas. No se puede y no se debe negar la identidad de un pueblo, sus pensamientos, su historia, sus habilidades de solucionar sus problemas, incluido el sector salud.

Estamos convencidos que la valorización de sus normas culturales es indispensable en la solución de sus problemas de salud, sin negar los efectos desastrosos de la situación política-económica y la dependencia. Queremos tratar aquí los aspectos culturales de salud, tanto de la medicina tradicional como de la medicina moderna.

4.1. Aspectos Culturales de la Medicina Tradicional y Moderna:

Ya hemos definido la medicina andina como la forma autóctona y generacional de cuidar la salud en la zona andina. Es uno de los muchos sistemas médicos que existen y existieron en el mundo. Un sistema médico se puede definir como una escala de conocimientos, habilidades, creencias, técnicas, roles, normas, símbolos y rituales que forma un sistema que permite contrarrestar problemas de salud(10). Según su cultura, cada pueblo reacciona de manera distinta en caso de enfermedad, y define a su manera la enfermedad. En la medicina moderna una enfermedad es una función patológica (seguida por la enfermedad).

Con esta definición ocurre que hay enfermos que no se sienten enfermos y que hay enfermos 'sin enfermedad'. El primero pasa p.e. por encontrar valores fisiológicos fuera del promedio, y por eso el médico encontró una enfermedad, sin que el paciente se sienta enfermo. Por el tratamiento que sigue existe la posibilidad que "se enferma" el paciente (iatrogenia). Hay cifras extraoficiales, que dicen que en Europa 100/o de los pacientes de un hospital están allá para ser tratados por un médico.

Recién se están reconociendo otras causas que los somáticos (cuando existe una relación directa y probada entre la causa y la enfermedad) como son las causas psicológicas o sociales (causas por conflictos y dificultades personales y causas por su ambiente en un sentido muy amplio).

Aquí hay una coincidencia con los sistemas tradicionales, las que sin embargo utilizan otros conceptos, otras causas naturales y supernaturales. Un problema psíquico no es otro que un desequilibrium entre (la mente de) una persona y su ambiente, la sociedad (en que hay discusiones, si es un problema de la persona — psiquiatría) o de la sociedad — anti-psiquiatría). La sociedad es todo el conjunto de valores, normas y roles, creencias, etc., propios de la cultura. Una causa supernatural en un sistema tradicional, tiene que ver con un desequilibrium en la relación entre la persona y su ambiente (en que se incluye también sus antepasados, dioses y otros factores que jueguen un rol en su cultura, en su cosmovisión).

Una gran diferencia entre la medicina moderna y un sistema tradicional es que la medicina moderna considera solamente la enfermedad, los síntomas y que la medicina tradicional considera

la causa.

Aquí se encuentra un punto en que la medicina moderna muchas veces falla, y donde la medicina tradicional tiene más éxito. Diferentes investigadores han señalado un comportamiento diferente hacia la medicina moderna y la medicina tradicional, según la enfermedad.

Donde pudieron elegir entre un médico y curandero (u otra ayuda tradicional) acudieron a un médico en caso de enfermedades 'naturales' y emergencias y a un curandero en caso de una enfermedad 'supernatural'(18,11).

La relación entre el paciente y su médico es un aspecto desatendido en la medicina moderna "We forger that modern medicine is only partly scientific. The interaction between doctor and patient is full of traditional concepts only recently scientifically studied by psychologist and sociologist(5). (La relación entre el médico y su paciente es lleno de conceptos tradicionales, investigado recién por psicólogos y sociólogos).

El hospital es la base de la medicina moderna. Hasta unas décadas los pacientes en el mundo occidental tenían miedo del hospital, pensaban que era la última estación para el enfermo (las cifras les daban razón), en su mayoría los pobres (los ricos tenían sus clínicas privadas). Esta situación todavía existe en el área rural de muchos países del Tercer Mundo, donde existe una desconfianza en los hospitales también, y muchas veces con razón. La falta de recursos no les dan a los hospitales las posibilidades que tengan teóricamente. En el mundo occidental y en las ciudades, el gran desarrollo técnico cambió el miedo porque aumentaban las posibilidades de sobrevivir. Queda un miedo para entrar en un mundo tan diferente de la vida cotidiana, los antropólogos hablan de un choque cultural y pérdida de su propia identidad; las más grandes autoridades cambian en niños. El lenguaje usado por el personal de salud es otro problema grande para los pacientes que las extrañan de su vida en la casa.

Estos son datos de Europa y EE.UU., no hay datos, o casi no hay de investigaciones de este tipo de países del Tercer Mundo, pero la situación no sería muy diferente en su principio. El personal de salud tiene la misma enseñanza de sus colegas en Europa y EE.UU., los conceptos de salud son iguales y los hospitales están tan lejos de la realidad cotidiana, como están en el Occidente (¿o más?).

Vemos si la organización de salud no es muy diferente de la situación en Europa y EE.UU., en su principio por lo menos. Pero la desigualdad económica y explotación (interno y externo) de los países del Tercer Mundo no dan la oportunidad de gastar tanto dinero para equipos muy avanzados para la mayoría de sus habitantes. Pero el principio queda así: es el sistema de la organización de Salud, basado en la Medicina Moderna, con sus conceptos extraños para la mayoría de la población. Estamos pensando solamente en términos económicos y políticos, viendo la pésima realidad de la salud. Pero estamos olvidando las diferencias culturales. La gente en el Occidente se siente aislada y robada de su identidad, olvida su comportamiento normal y muchas veces todos parecen niños bajo las manos de los médicos de un hospital.

Sobre las dificultades universales vienen las diferencias culturales entre los profesionales de salud y la mayoría de sus pacientes, cuando un profesional de salud no logra disminuir distancia cultural, nunca puede tener una relación adecuada con el paciente.

Es una lástima que casi no hay investigaciones de este tipo, orientadas a analizar las ideas de la gente y su comportamiento en manos de profesionales de salud. En Europa poco a poco van a comprender más sobre esto por los inmigrantes de otras culturas, quienes venían para el trabajo sucio. Pareció que no eran susceptibles para los servicios de salud por sus conceptos diferentes de salud y otros conceptos de vida.

El valor de los tratamientos psíquicos en la medicina tradicional está reconocido por parte de los defensores de la medicina moderna, en contraste con la opinión de sus tratamientos con plantas medicinales, por falta de prueba. En la medicina tradicional no existe una división muy estricta entre lo espiritual y lo material, por su concepto dualístico, la armonía entre el hombre y su ambiente. Desde este punto de vista es muy difícil valorizar una parte (el psíquico) y negar otra parte (el físico). Es que la medicina moderna conoce pero no quiere admitir este fenómeno: La existencia del placebo, un medicamento sin componente activo pero de mucho uso y con éxito.

Tenemos la convicción de que se puede aprender mucho de la medicina tradicional y encontrar así soluciones para la salud de la gente, cuando dejamos la idea de superioridad y consideramos la medicina tradicional de una manera que merece, con objetividad, o hablando con el Prof. Diesfeld: *Modern medicine has already*

become very 'tradicional in the sense of scientifically or scientifically non proved patterns of behaviour, traditional in the sense of conservatism, reluctant to accept new ideas'(5). (La medicina moderna ya se ha vuelto tradicional en el sentido de maneras de comportamiento no científico o no científicamente probado, tradicional en la significación de conservatismo, rechazando nuevas ideas).

4.2. La Medicina Andina

Antes de dar unas ideas como pensamos realizar un trabajo en salud tomando en cuenta la medicina andina, queremos dar unas características de la medicina andina.

Para los lectores que conocen el mundo andino no es tan difícil conocer su medicina. Esta forma parte de este mundo, ha surgido de este mundo, de sus pensamientos y conceptos. No es un mundo sin cambios, sin influencia de afuera.

Por la educación, los medios de comunicación, los contactos vía la comercialización de sus productos entran influencias de la sociedad global peruana, que a su vez está influenciada por el sistema mundial. Pero el pueblo andino guarda mucho de su propia identidad, es la resistencia del pueblo andino que puede ser creativa y liberadora(17).

En la clasificación de las enfermedades las causas son los más importantes. Aparte de las causas somáticas (biológicas), las causas psicológicas y sociales son muy importantes. La armonía es muy importante en el mundo andino, la armonía entre el hombre y su ambiente, entre el hombre y los dioses y los espíritus.

Una relación rota puede provocar una enfermedad. Cual sea la causa de la enfermedad, es la causa que determina la terapia. No es tan simple como parece, hay que diagnosticar y clasificar más exactamente la enfermedad para conocer la causa exacta y buscar su tratamiento apropiado. En el diagnóstico se consideran cuerpo y alma, todo el hombre en relación con su ambiente.

La terapia no es solamente a base de plantas medicinales, pero muchas veces es un tratamiento mixto entre plantas medicinales y ritos, actos sociales y reconciliación. Cuando familiares son (parte de) la causa, ellas también entran en la terapia.

En general hay una relación íntima entre el curandero y el paciente (que sea herbalista, huesero, partera o altomisayoc) por el

simple hecho que forman parte del mismo mundo, y que hablan el mismo lenguaje. En lo general el paciente concierne a la familia y a la comunidad.

La Pachamama juega un rol muy importante en la sociedad andina, en gran parte responsable de la salud del hombre y los animales. Así hay que ver también a las plantas medicinales, que no son simplemente medicamentos, sino son producto de la Pachamama.

Los primeros resultados de una investigación etnobotánica en Yunguyo nos da la impresión que las plantas medicinales no son comparables con medicamentos de la farmacia; las plantas en general tienen su valor dentro de la cultura, tanto en ritos y fiestas como en la salud. Nos parece que no son reemplazables no más por cualquier otra planta.

4.3. Líneas de Trabajo

Trabajar con el pueblo andino es trabajar con un pueblo con historia, experiencias, conceptos y normas propias. No hay que tener la idea que está entrando en un vacío, que existe un pueblo necesitado esperando las técnicas de cambio como un sediento el agua.

Una de las pautas más importantes en nuestro trabajo de salud es partir del mundo andino de esta realidad, y junto con la gente buscar soluciones adecuadas y apropiadas. De ninguna manera queremos partir de una visión romántica o indigenista, negando la experiencia moderna, hay que buscar una integración adecuada a base de la realidad andina, donde entran las soluciones más adecuadas, cualquiera sea su origen.

Esto implica que no hay que trabajar desde arriba, pero sí desde abajo, partiendo de los problemas reales del campo. Por eso no pueden ser los investigadores y profesionales quienes determinan el camino, pero sí el campesinado a través de sus promotores de salud, y los profesionales quienes les acompañan, parteras, etc.

Qué caminos hay que andar para realizar este trabajo, buscar una solución adaptada para el Surandino?

SISTEMATIZACION DE LOS TRATAMIENTOS

Para conocer la magnitud y las posibilidades de la medicina

andina hay que sistematizar sus conocimientos y su eficacia. Los promotores de salud y parteras deben ser el eje de este trabajo. Ellos son elegidos y aceptados por su comunidad y por eso tienen su confianza. Son además el eslabón entre la comunidad y los profesionales de campo. Ellos deben recoger con ayuda metodológica, los datos.

Por la marginación de la medicina tradicional andina, se han perdido muchos conocimientos; por eso no todas las recetas obtenidas tienen su valor, por ser incompletas.

En la comparación de los datos obtenidos a nivel de Surandino, se puede escoger, en primer plano, las recetas que coincidan en diferentes regiones, las cuales tienen más fiabilidad.

Es importante hacer esta comparación a base de material fidedigno. Lamentablemente hay numerosas publicaciones sobre plantas medicinales usando los nombres vulgares no más. Aún en el Surandino las mismas plantas tienen diferentes nombres. (Maicha en Cusco es igual a Kariwa en la zona de Puno, p.e.) o un nombre puede existir para diferentes plantas (p.e. Pilli — Zapatilla o Mancapaqui). Para una sistematización y comparación exacta hay que coleccionar todas estas plantas y clasificarlas científicamente. Con este nombre científico es posible también comparar los datos del Surandino con la bibliografía internacional.

No queremos usar la bibliografía internacional como prueba de los datos sobre plantas medicinales en el Surandino. Nos puede ayudar en conocer las virtudes reales de las plantas de nuestra zona, pero el no encontrar muchas plantas en la bibliografía internacional no quiere decir que tal planta no vale.

Afuera de la comparación por zona y en la bibliografía, se puede probar la eficacia a través de casos concretos: pacientes curados o no curados con este tratamiento. En esta fase los promotores juegan un papel importante, junto con los equipos de base.

En el análisis químico no es el método único para probar la eficacia de las plantas medicinales por diferentes razones:

1. No se considera en este caso el efecto psíquico de un tratamiento o de una planta medicinal. Hemos visto que en la medicina tradicional no hay que separar el psíquico, del físico, y tomar el análisis químico como la única prueba es violar este punto de vista.

Una prueba de la eficacia para casos concretos debe ser suficiente, no queriendo hacer universal los resultados. Hay que ha-

cer estas pruebas con personas que tienen fe en tal medicamento y no p.e. con ciudadanos arbitrarios, que no tienen esta fe. Ultimamente es una curiosidad científica el saber por qué un tratamiento cura, sin considerar los aspectos psíquicos y sin conocer sus propios límites (vea 2).

2. Buscar el componente activo, biológicamente puede excluir otros componentes co-activos en la planta. Hay farmacognósticos que tienen la idea que en una planta hay más componentes responsables para su efecto curativo.

Puede ser que hay un componente activo con otros componentes que funcionan como antagonismo para evitar efectos negativos (es verdad que tratamientos naturales en general no tienen efectos negativos en comparación con medicamentos químicos, muchas veces componentes biológicos aislados de plantas). Hay otra posibilidad de que no se encuentra un componente activo, pero que diferentes componentes son responsables para una acción activa (27a, 28).

3. El análisis químico con su consecuente análisis clínico, (casos concretos) trae una infraestructura que se va fuera de los alcances y fuera de las proporciones de un trabajo regional, y en muchos casos fuera de los alcances de un país del Tercer Mundo (más aún cuando se quiere hacerlo en escala grande, con muchas plantas).

En un laboratorio medio se puede hacer análisis superficiales. Limitarse no más, sacar conclusiones de análisis superficiales es muy peligroso, porque así se dejan plantas que pueden ser útiles solamente a base de una investigación limitada.

Difusión

Los resultados obtenidos por la sistematización, la comparación y la prueba de eficacia se puede difundir en diferentes maneras, a través de encuentros, cursos, publicaciones. Los promotores otra vez juegan un rol muy importante en esta fase.

De ninguna manera hay que difundir los resultados como los mejores, ni se puede obligar a la gente a usar estos medicamentos. La gente tiene que poder elegir de una oferta abierta, entre los tratamientos naturales y químicos. Esto implica que hay que difundir informaciones también sobre los medicamentos químicos, su precio, sus efectos negativos, sus alternativas, etc. Hay que ser

tan críticos con los medicamentos químicos como con las plantas. Para poder elegir realmente hay que luchar para remedios químicos buenos, baratos y adquiribles. La situación actual es difícil, peor aún en el campo, donde no se puede conseguir los medicamentos necesarios, por falta de recursos de suministro. Una investigación de la OPS en 5 países de Latino América (Perú incluido) muestra que el suministro vía los canales estatales casi nunca está en relación con la morbilidad(23).

Capacitación

La participación de los promotores de salud en todo el proceso de sistematización y difusión implica una capacitación más intensiva a los promotores de salud. La supervisión y apoyo al trabajo de promotores exige más de los profesionales de salud del campo, fuera de su trabajo normal. Hay que adaptar la capacitación de los promotores a esta tarea, fuera de su tarea preventiva y curativa.

La capacitación de los promotores de salud casi siempre está dirigida a su tarea preventiva y curativa en su comunidad, a base de la medicina moderna. Los profesionales de salud han recibido una enseñanza occidental y técnica, sin ninguna preparación al trabajo del campo. Una tarea muy importante es capacitar y supervisar promotores de salud, una tarea específica, fuera de las experiencias y enseñanza de profesionales de salud. Los profesionales en general sienten la necesidad de una ayuda metodológica educativa para poder desempeñar mejor su tarea.

En la luz de una medicina andina que hay que elaborar a base de la realidad andina y a base de lo mejor y lo más aceptable de ambos sistemas de medicina adaptadas a nuestra tarea. Nos parece mejor usar los métodos de Paulo Freire, por su concepto de la educación, tanto del educando como del educador. Este concepto asegura una educación liberadora y creativa, por considerarse tanto el mundo y las experiencias del educador como el mundo y experiencias del educando, que implica que se educa a ambos(13). En cuanto a la integración de la medicina andina, este concepto es indispensable, nunca se puede integrar dos sistemas partiendo del punto de vista de un solo sistema.

LA PARTICIPACION DE LOS PROMOTORES

Hemos enfatizado en todas las fases la participación de los promotores de salud. Desde el punto de vista de investigadores debe ser una demora tremenda en el trabajo hasta tener dudas de la veracidad de los datos recogidos.

En cuanto al primer punto tienen razón cuando la investigación es la meta principal. En este trabajo el proceso de la integración y la búsqueda de soluciones para la salud es la meta principal en que la investigación es una ayuda necesaria.

En cuanto al segundo punto pueden tener razón, pero según nuestra opinión esto es una duda siempre presente. Igual puede pasar cuando investigadores profesionales entran en las comunidades. Por desconfianza de parte de la población y/o por falta de conocimiento del trasfondo cultural pueden coger datos inexac-tos o irrelevantes. Una comparación exacta de datos pueden quitar dudas eventuales.

La participación de los promotores en todas las fases tienen como ventaja muy importante la capacitación continua que lo implica. Además no es necesario buscar métodos para propagar los resultados después de la investigación, porque forman parte de la investigación.

Para terminar esta parte quisiéramos citar unos postulados acerca de la investigación participativa:

- La investigación no puede aceptar la distancia tradicional entre sujeto y objeto de la investigación, entre conocimiento vulgar y conocimiento científico.
- Se debe revalorizar el saber acumulado por el pueblo y considerar que el proceso de generación de conocimientos es continuo.
- Es necesario establecer una nueva relación entre la teoría y la práctica, entendida esta como la acción hacia el cambio(15).

Perspectivas

¿Cuáles son o pueden ser las perspectivas de este trabajo para el Surandino?

Todo el trabajo se ha desarrollado a base de experiencias y esfuerzos de diferentes equipos de salud en campo, iniciado hace unos años por unos agentes pastorales de salud, considerando la mala situación de salud y su incapacidad de cambiarlo dentro del

sistema existente: Fue y es la realidad cotidiana de donde surgió la necesidad de este proyecto, y son las experiencias y esfuerzos juntos que dirigen el camino.

Pensamos que tal organización es un requisito indispensable para llegar al objetivo del proyecto. Los diferentes equipos participantes tienen experiencias y líneas de acción muy diversas, sus opiniones e ideas no coinciden, pero su objetivo común es mejorar la salud, utilizando los conocimientos del pueblo. Las diferentes líneas traen una multiplicidad de experiencias e ideas para realizar el trabajo.

La cultura andina es una cultura reprimida ya hace siglos, dominada por una cultura ajena desde la conquista. La cultura andina se resistió, pero ha tenido influencia de la cultura occidental, es una cultura alienada(17). Reprimir una cultura es reprimir un pueblo, aumentar la dependencia significa cada vez más que disminuya la seguridad de un pueblo y así su fuerza para hacer cambios.

La revalorización de su cultura, p.e. de su medicina, su participación activa, desde su propia historia, en proyectos de cambio significa un reforzamiento de su capacidad de luchar, para una práctica liberadora.

No es necesario presentar al campesinado alternativas que no son soluciones.

La revalorización de su cultura y el reconocimiento de su historia les dan las capacidades y la fuerza de liberarse de la dependencia, tanto en salud como en los demás aspectos político-sociales.

BIBLIOGRAFIA

1. ACKERKNECHT, E. H.
1982 A Short history of Medicine. Baltimore.
2. BRYANT, J.
1971 Mejoramiento Mundial de la Salud Pública. México.
3. BUKO Pharmakampagne
1983 Salud y Medicamentos en el Tercer Mundo. Bielefeld.
4. CASTILLO RIOS, C.
1979 Remedios y Capitalismo. Farmacos, leches en polvo y transnacionales. Lima.
5. DIESFELD, H. J.
1974 The prospect of utilization of existing traditional health-care systems as a complement of the delivery of modern primary health-care. en: *Community Health and health motivation in South-East Asia* ed. por H.J. Diesfeld y E. Kroeger. Wiesbaden.
6. DOYAL, L. y PENNELL, I.
1976 Health, Medicine and underdevelopment. *Race and Class*, XVIII, 2.
7. ELLING, R. H.
1981 The capitalist world system and international health. *Int. J. of Health Services*, 11, 1.
8. EL OBSERVADOR
13.07.82.
9. FENDALL, R.
1982 La medicina ayurvédica y la atención primaria de Salud. *Foro Mundial de la Salud*, 3.1.
10. FOSTER, G. M. & ANDERSON, B.
1978 *Medical Anthropology*. New York.

11. FOSU, G. B.
1981 Disease Classification in rural Ghana. Framework and Implications for Health Behavior. Soc. Sci. & Med. Vol. 15B 471-482.
12. FRANK, A. G.
1973 Lumpenbourgeoisie: Lumpendevelopment. Dependence, Class and Politics in Latin America. N.Y.
13. FREIRE, P.
1976 Pedagogía del Oprimido. Madrid.
14. GOODMAN, A. y otros
1975 The Pharmacological Basis of Therapeutics. 6ta. edición. New York.
15. GRIANOTTEN, V. y de WIT, T.
1983 Desarrollo rural: educación e investigación social. Ideas y Acción 153/5.
16. HERXHEIMER, A.
1983 Medicamentos con problemas. Foro Mundial de la Salud. 4.3.
17. IRARRAZAVAL, D.
1983 Medicina Campesina: Sabiduría y eficacia. Boletín del Instituto de Estudios Aymaras. Serie 2, 15.
18. KROEGER, A.
1982 Health Care utilization by indigenous people in Ecuador. What do they need? Health Research in Developing Countries Medizin in Entwicklungsländern Band 11. Frankfurt am Main.
19. LASTRES, J. B.
1951 Historia de la Medicina Peruana. Tomo V, parte I. Lima.
20. MELROSE, D.
1982 Bitter Pills. Medicines and the third World poor. Oxford.
- 20a. MINISTERIO DE SALUD, XI Región de Salud
1982 Proyecto de Atención Primaria y Desarrollo de Servicios de Salud de Cusco, Apurímac y Madre de Dios. Cusco.
21. NAVARRO, V.
1977 The political and economic origins of the underdevelopment of health in Latin America. En: Medicine under Capitalism. New York.

22. NAVARRO, V.
1977 Allende's Chile: A case Study in the breaking with underdevelopment. En: *Medicine under Capitalism*. New York.
23. OPS
1983 Medicamentos para la Atención Primaria de Salud. Boletín de la OPS, 95.5.
24. PLM, PERU
1982 Diccionario de especialidades farmacéuticas. 1era. edición. Perú. Bogotá.
25. POTHAST, B.
1983 De weg van gezond naar ziek (El camino de Salud a la enfermedad). *Revoloun* 8,3.
26. SANCHEZ, J. y otros
1982 Política de Salud y Comunidad Andina. Colombia.
27. SEGUIN, C.A.
1979 Psiquiatría folklórica. Shamanes y Curanderos. Lima.
- 27a. 8th SYMPOSIUM PHARMACOGNOSY AND CHEMISTRY OF NATURAL PRODUCTS
'Development Cooperation in the Discovery and use of Natural Resources for Drugs in the Third World' October 1977. Univ. of Leiden, The Netherlands.
28. THOMSON, W.A.R.
1981 Guía Práctica de las Plantas Medicinales. Barcelona.
29. THORNALD, J.
1962 Macht und Geheimnis der frühen Ärzte (su traducción holandés). Zürich.
30. VALDIVIA PONCE, O.
1975 Hampicamayoc. Medicina folklórica y su substrato aborigen en el Perú. Lima.
31. VELASQUEZ, G.
1983 Mozambique: una nueva política farmacéutica que da resultado. Foro Mundial de la Salud, 4.3.
32. WIARDI BECKMAN STICKTING
1977 Winst op recept ('Ganancia según receta') Deventer.