

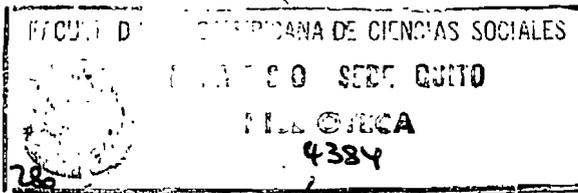
POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



cuadernos de
discusion
popular N°5

José Sánchez Parga
Claudio Barahona
Galo Ramón
Raúl Harari
Oswaldo Flores
Allan P. Castelnuovo

POLITICA DE SALUD Y COMUNIDAD ANDINA



CAAP: Editores

REG. 113224
CUT.
BIBLIOTECA - FLACSO

PRIMERA EDICION

**Auspiciada por el Consejo Provincial de Pichincha
Cuartas Jornadas Culturales de Mayo. 1982**

INDICE

<i>Presentación</i>	5
<i>Editorial</i>	7
<i>Introducción</i>	
<i>Carlos Coloma</i>	11

REFERENTES

<i>Marginalización de la Medicina o Medicalización de la Marginalidad: José Sánchez - Parga</i>	21
<i>El Proceso de Morbimortalidad en la Comunidad Andina: Documento CAAP</i>	39

EXPERIENCIAS

<i>Los Caminos de la Cura José Sánchez - Parga</i>	121
<i>La Soba de Cuy Claudio Barahona</i>	139

<i>Fitoterapia en Medicina Tradicional: Guantualó</i> <i>José Sánchez - Parga</i>	155
<i>La Odontología en el Sistema No Formal</i> <i>Oswaldo Flores</i>	179

ALTERNATIVAS

<i>Sistema de Salud Comunitario y Poder Popular</i> <i>Galo Ramón</i>	197
<i>Concepción y Metodología del Proceso Salud- Enfermedad en la Comunidad Andina</i> <i>Raúl Harari</i>	255
<i>Aproximación Transcultural al Problema de Salud Mental en Ecuador</i> <i>Allan P. Castelnuovo</i>	281

LOS CAMINOS DE LA CURA

José Sánchez-Parga

Sánchez Parga, José (1982). **Los caminos de la cura**. En *Política de salud y comunidad Andina*, ed. CAAP, 121-138. Quito: CAAP.

“Aquí no hay enfermos; sólo hay muertos” (Campesino de Isinlivi).

A pesar de los esfuerzos realizados en los diez últimos años por los gobiernos de los Países Andinos (Bolivia, Perú y Ecuador) para integrar los sectores más tradicionales de la población, principalmente campesinos, al sistema médico nacional, y a pesar también de los programas médicos implementados por los organismos internacionales y los proyectos de cooperación extranjeros, la población andina sigue recurriendo en casi un 70 o/o a las prácticas de una medicina tradicional.

Según resultados de una encuesta—muestreo en la Comuna de Morales Chupa (Cotacachi) la curación del 24,5 o/o de los enfermos—enfermedades es asumido solamente por la familia nuclear; y en el 40 o/o de las familias los enfermos son atendidos exclusivamente por agentes del sistema tradicional o no—formal de salud (familia, otros comuneros, brujos—curanderos).

Una segunda constatación apunta a la diferencia entre las necesidades médicas sentidas por las poblaciones urbanas, que pueden ser procesados en un 80 o/o, y el porcentaje de la demanda médica que se manifiesta en un grado muy inferior.

De acuerdo a la misma encuesta de Morales Chupa, de los comuneros entrevistados, el 43 o/o manifestaron haber padecido una enfermedad durante los últimos tres meses, mientras que sólo el 57 o/o no tuvieron problemas de salud.

Una encuesta similar en la Comuna de Cochaló (cantón Pujilí, Provincia de Cotopaxi), de seis familias entrevistadas todos los padres habían tenido una enfermedad más o menos grave, 4 de las madres, y 11 de los 17 hijos.

Otro dato: la atención de un médico durante tres meses, 4 días por semana arrojó el saldo de 3,3 enfermos tratados diariamente.

El bajo índice en la demanda de asistencia médica en las poblaciones campesinas de la Sierra contribuye a demostrar que la gran frecuencia de la atención de la salud corre a cargo de la medicina "no-formal", y que sólo con una frecuencia muy limitada, que calificaremos más adelante, se recurre a la medicina oficial.

Estas dos últimas constataciones vienen a ilustrar un hecho y un dato: las variables de mortalidad infantil en las comunidades campesinas de la Sierra acusan mayor incidencia allí donde se cuenta con una posta médica oficial (211 sobre 1.000) que en las comunidades que sólo disponen de los recursos de la medicina tradicional (130 sobre 1.000). (Documento CAAP sobre mortalidad en la Sierra ecuatoriana).

El tratamiento y cuidado médicos tradicionales son administrados principalmente al interior de la familia, y de manera muy concreta por la madre en el grupo familiar restringido, o por las mujeres del grupo familiar ampliado. Tan sólo en segunda instancia, en caso de síntomas patológicos extraños o más graves, se apela al curandero, yachaitaita. Y únicamente cuando las diferentes jerarquías en la escala de competencia o especialización de la medicina tradicional se han mostrado incapaces de una cura, como último recurso se accede a los centros de salud del sistema oficial: postas médicas, hospitales, centros médicos urbanos.

Esta jerarquización de la medicina tradicional, que va desde la administración materno-familiar, pasa por los curanderos de la comuna o parroquia, sopladores, sobadores de cuy, hasta llegar al brujo de la región, responde generalmente la gravedad de la dolencia; cuanto más internalizada parece la causa de la enfermedad se requiere un mayor nivel de especialización, siendo el brujo, agente cumbre de la terapia tradicional, el especialista en las "enfermedades del espíritu". Por otra parte, hay enfermedades tradicionales, "viejas", como, por ejemplo el "espanto", "golpes interiores" ("dolor de corazón"), "secándose", "mal viento", "caliente frío", que son directamente reservadas a la competencia de los brujos o curanderos, ya que, según un informante mestizo (!) "de éstas no entienden los médicos del hospital". En caso de "embrujo" el recurso a un agente de la medicina tradicional, concretamente al "brujo", es siempre obligado.

Se da una cierta demarcación de las competencias entre los dos sistemas médicos por los que se refiere a las especies nosológicas; hay enfermedades tradicionales, cuya cura se adjudica a la terapia y agentes tradicionales, y "enfermedades nuevas", "enfermedades de Dios" o "mal blanco" producto del contacto con la cultura colonial en otros tiempos, o en la

actualidad con el medio no rural, las cuales requieren del sistema y prácticas curativas 'importadas'. Así mismo, existe una medicina étnica, interior y propia de cada grupo. Una comunidad morena, por ejemplo, acudirá a sus propios curanderos y no a los de otros grupos, y también se puede hablar de una ecología de la medicina tradicional, diferenciada a acuerdo a la altitud de las zonas y a las características climatológicas.

Esto no impide, sin embargo, que la búsqueda de la curación atraviese no sólo la escala de los distintos agentes del propio sistema médico, sino también los espacios de especialización ecológica, e incluso se traslade a las instancias del otro sistema médico.

Los Caminos de la Cura

Este funcionamiento de la medicina tradicional ha sido puesto de relieve por una observación realizada en el curso de una práctica investigativa en el noroeste del Ecuador, llevada a cabo por el Centro Médico de Antropología (Coloma y Pederesen). En las riberas del río Cayapa se encuentra asentada una comunidad morena, que recurre exclusivamente a su curandero, tanto más que entre las prácticas terapéuticas practicadas en el grupo se cuenta con la magina o canto ritual de la etnia entonado en ritmos propios de ella. Casi paralelamente al Cayapa corre el río Santiago, a lo largo del cual residen comunidades no morenas, que tienen su propio curandero, y al que acuden también con exclusividad. En la confluencia de ambos ríos, donde engrosan un solo caudal que desembocará en el delta de San Lorenzo, hay un grupo de curanderos especialistas, cholos colombianos, que suelen atender indistintamente a la población moreña, Cayapa, y a los no morenos ribereños del río Santiago, que no han encontrado

remedio a sus dolencias en sus respectivos curanderos étnicos. En el caso que tampoco la terapia del cholo colombiano se muestre eficaz, los enfermos de ambos grupos agotarán su peregrinaje en pos de la curación en los centros hospitalarios de San Lorenzo, asistidos por la medicina y recursos sanitarios oficiales.

Vendrán a confirmar este ejemplo la encuesta realizada en la Comuna de Morales Chupa, donde los que acuden a un centro del MSP lo hacen en forma muy esporádica o en casos muy graves.

Pero el camino de la cura puede adoptar en las comunidades campesinas tradicionales una dirección inversa a la observada en el caso precedente. Algunas veces la búsqueda de la salud, iniciada siempre en el ámbito familiar, pasa primero por los agentes de la medicina oficial (lo que depende mucho de la situación de la comuna, que cuente con asistencia médica próxima, y del grado de aculturación de la familia), médicos rurales, centro de salud cantonal y aún provincial, para concluir como último recurso en un especialista reputado de la medicina tradicional, en un curandero o brujo de fama en el país. Tal ha sido el caso, que podemos presentar como típico, en el que se recogen ciertos elementos originales en la concepción y periplo tradicionales de la cura, y en el que se destacan aspectos rituales, de alguna u otra manera nunca ausentes aunque no siempre perceptibles.

Se trató de un campesino de unos 35 años de la comuna de La Provincia (cantón Pujilí, provincia de Cotopaxi), aquejado desde hacia un año de una afección pulmonar (probablemente tuberculosa) y sufriendo una gran anemia; después de haberle sometido a los cuidados médicos en diferentes ocasiones se resuelve acudir a un curandero famoso, Don Lucho Cortés, que atiende en la provincia del Tungurahua, en la carretera que

une Baños con Riobamba. La razón es que la madre del enfermo había sido curada de la misma o similar dolencia hace 9 años por el mismo curandero.

Pero antes de dirigirse al lugar donde atiende Don Lucho Cortés, en Yuntapamba, nuestro campesino y sus padres habían previsto una visita a la milagrosa Virgen del Agua Santa de Baños; después de haber comprado una vela como ofrenda, los tres estuvieron orando casi una hora ante la imagen de la Virgen. A continuación nos dirigimos al complejo habitacional donde atiende Don Lucho, que incluye unas cinco salas de espera donde incluso pueden pernoctar numerosos pacientes. A las 7 p.m. había 90 personas inscritas en la lista de espera. Considerada, sin embargo, la gravedad del caso por la señora responsable que manejaba la lista de pacientes, nuestro compañero campesino pudo ser atendido al día siguiente a las 11 a.m. Según él mismo refirió, fue cuidadosamente auscultado por el curandero, que entre otras dolencias diagnosticó un "golpe interior"; el enfermo recibió medicamentos fabricados por el mismo curandero a base de plantas, y al día siguiente regresaba a su comunidad en claro proceso de mejoría, y con la indicación de volver al cabo de tres meses "para controlar el proceso de la cura". El precio de las medicinas, en el que supone incluidos los honorarios fue de S/. 700 (Junio, 1981).

Esta curación "in extremis" ha sido investida de una característica milagrosa asegurada por la visita a la Virgen de Baños, y que habrá de ser saldada por el voto u ofrecimiento contraído por la cura. Se ha podido notar, además, que el recurso a un agente extraordinario de la medicina tradicional responde a un procedimiento normal en el camino de la cura, al poderse constatar que la mayoría de los pacientes que solicitan la atención de Don Lucho, vienen de lejos y ya han pasado por las instancias de la medicina formal.

Por otra parte, el carácter "milagroso" o ritualidad religiosa investida en la cura no ha de ser tomado como una simple peripecia ocasional de este itinerario hacia la salud. Si bien en el caso descrito representa una etapa en un viaje es porque el proceso de la curación ha tomado una clara forma de itinerario, pero el condimento mágico no está ausente de las prácticas curativas del sistema de salud tradicional. Imágenes sagradas, velas encendidas, agua bendita hacen de una u otra manera acto de presencia en los rituales de los curanderos; y la misma terapia que sigue a la "soba de cuy" exige el agua bendita que ha de ser traída de una iglesia.

Si se puede cuestionar la eficacia terapéutica de estos elementos mágicos, no se puede descartar, sin embargo, el papel que juegan sobre la credibilidad y confianza subjetiva en el procedimiento de la cura. La restitución orgánica que implica la curación conlleva la reconstitución de ese universo mágico—simbólico—religioso, del que supuestamente la enfermedad significa también una descomposición.

El viaje terapéutico:

Si la búsqueda de la salud adopta la forma de un desplazamiento hacia lugares que tienen un significado muy distinto, ya sea conduciendo al enfermo indígena hacia los espacios curativos ajenos a su mundo, o bien devolviéndole a su ámbito tradicional de curación después de haber recorrido aquellos otros, también la misma concepción de la terapia tradicional o "primitiva" tiene mucho de viaje e itinerario.

El pensamiento andino determina la enfermedad (a excepción de aquellos patologías introducidas en los Andes por los europeos) como una ruptura de la unidad personal alma—cuerpo y/o como una pérdida de algunos de los elementos, cuyo equilibrio orgánico constituye la salud. Por ello, la cura—

ción será representada bajo la forma de una restauración de la unidad perdida y como una búsqueda de ese elemento del que adolece el cuerpo enfermo.

Así, el curandero se va a comportar como un viajero que, durante el proceso terapéutico, deberá partir en busca de ese elemento perdido o del alma retenida fuera del cuerpo por algún mal espíritu o algún accidente en el camino. Durante la práctica terapéutica nuestros curanderos de la Sierra no entran en el primitivo trance chamánico evocador del viaje iniciático que les permitió adquirir su conocimiento y sus poderes, sin embargo, una metáfora del viaje se puede entrever a través de las filigranas rituales de la cura. En casi toda curación hay un gran consumo de tabaco y de alcohol, tanto por parte del curandero como del enfermo. Por estas 'evasiones' análogas a las que cumple el psicoanálisis a través de la palabra, como terapia del lenguaje —el espíritu, si se quiere, las competencias o influjos del curandero se desplazan comunicativamente hacia el enfermo soplandole el humo del tabaco o el aliento del trago. De lo que se trata es que las fuerzas curadoras pasen al individuo enfermo.

La danza del chamán primitivo, y aquellos largos y reales viajes de los que habla Levi—Strauss, aparecen sustituidos por frecuentes "pases" de las manos del curador sobre el cuerpo del paciente, o por ciertos masajes y recorridos sobre las partes aquejadas. En ocasiones, la curación toma la forma real de itinerario ya que "se debe hacer en el mismo sitio donde se produjo el susto; se lleva al paciente hasta el lugar, o va el curandero, el cual viene 'llamado y llamando y haciendo adelantar' al espíritu" (cfr. E. Estrella, *Medicina aborigen*, p. 116).

Esta misma situación parece reproducirse en el largo colquio o interrogatorio que el curandero mantiene con su paciente, emprendiendo ambos una expedición mnemónica, por la que el enfermo es obligado a revivir de manera precisa, y más

o menos intensa según los casos, la situación inicial de su dolencia y a percibir mentalmente los detalles más particulares de ella.

Estas formas o figuras del itinerario, del trayecto, traducen una simbólica, a través de la cual se elabora y se modifica continuamente un sistema de oposiciones y correlaciones, que trata de integrar todos los elementos de una situación total, en la que el curandero, el enfermo y los testigos, representaciones y prácticas, ocupan un lugar bien articulado. Como elementos principales de esta estructura, y términos de esa simbólica del movimiento y la comunicación, se ubican el enfermo en cuanto pasividad, alienación de si mismo, bloqueo del pensamiento, y el curandero representante de la actividad, desbordamiento de una afectiva reproducción de simbolismo. La curación, como dice Levi-Strauss, pone así en relación estos dos polos opuestos, y asegura el tránsito de uno al otro.

Socio-política de la medicina tradicional:

Sobre todo en las comunidades campesinas de la Sierra se ha constatado una socio-economía de la salud-enfermedad, que presenta una aparente diferenciación sexual. En la familia suele ser la mujer-madre el sujeto principal de enfermedad, y raramente el hombre; pero mientras aquella tiende a agotar los recursos curativos al interior de la medicina tradicional, el marido, solo enfermo en casos de extrema gravedad recurrirá a los agentes médicos extraordinarios. Respecto de los hijos, suele ser sujeto preferente de curación el varón, no considerándose ni tan urgente ni tan grave la enfermedad en las niñas.

En cuanto al papel desempeñado por los actores de la medicina tradicional en las estructuras de poder de la comu-

nidad o de la región es necesario matizar una serie de distinciones. En primer lugar, dado que el poder político es detentado (no necesariamente ejercido) de manera bastante rígida en las comunidades, se puede decir que los curanderos y el brujo se encuentran al margen de los mecanismos de influencia y decisión políticos dentro de la comunidad. De hecho, en ninguna de las comunidades que conocemos forman ellos parte del Cabildo.

En cambio, ocupan un espacio de prestigio que, siendo de naturaleza diferente, no entra en competitividad con el prestigio del poder político. Su competitividad, sin embargo, mantiene un relativo conflicto con otras instancias de la medicina tradicional, los tenderos, y con los agentes de la medicina oficial, médicos y enfermeros de las postas sanitarias, y los boticarios.

Pero incluso bajo este aspecto, la competitividad es relativa, y el conflicto se resuelve 'políticamente', ya sea por una demarcación de las prácticas curativas, por la adjudicación de determinadas enfermedades a una u otra competencia, asegurándose el curandero las enfermedades más tradicionales del grupo, y dejando a los actores de la medicina formal las enfermedades de una sintomatología más propia del mundo externo al grupo, o en fin, por una especie de transferencias o intercambios que se pueden establecer entre los agentes de ambos sistemas de salud. El curandero solicitará, por ejemplo, del médico determinadas medicaciones a cambio de algunos de sus conocimientos terapéuticos, muy concretamente fitológicos.

Vinculado al grado de prestigio, unido al reconocimiento de su eficiencia, que puede adquirir dentro de su comunidad y dentro incluso de una región, el curandero puede obtener pingües beneficios económicos. Y es, muchas veces, en sus perspec-

tivas gananciales que los curanderos tradicionales pueden encontrar peligrosos competidores en las chicheras o tendero de las proximidades, menos como agentes de salud que como expendedores de una serie de remedios de farmacopea elemental o tradicional, que se han ido introduciendo, con frecuencia a través de las ferias y mercados, y que en la actualidad forman parte del acerbo de la medicina familiar.

Quizás por ser la fitoterapia una técnica y práctica culturales muy arraigadas en algunas zonas, los especialistas de este procedimiento de curación se encuentran mejor integrados en el ámbito social de la comuna que los curanderos y brujos; al no ser ellos más que expertos de un conocimiento difundido en el grupo. En Guantualó (cantón de Pujilí, provincia del Cotopaxi), por ejemplo, los fitoterapeutas están perfectamente insertados en la vida comunal, y uno de ellos, sin pertenecer al Cabildo, preside la asociación de padres de familia, ejerciendo por este cargo una cierta influencia dentro de la vida de la comuna.

El contacto cada vez más amplio e intenso —efecto de las redes de comunicación y del sistema de transportes— entre las comunidades campesinas y la sociedad nacional, urbana, ha repercutido considerablemente en el esquema de la medicina aborigen y en su concepción de la misma. Podemos señalar tres aspectos principales de lo que podríamos considerar la aculturación médica.

- a.— Uno, ya aludido inicialmente, es el proceso de integración médica en los países andinos. Si bien todavía no se ha logrado una extensión efectiva del Seguro Social hasta las poblaciones más periféricas de las áreas campesinas, se han multiplicado considerablemente los enclaves sanitarios del sistema médico oficial, a base de postas de salud en lugares cada vez más alejados. Aunque la po-

lítica integracionista al aparato de la medicina estatal cuenta aún con gran resistencia, entre otras razones por el inveterado enraizamiento de la tradición y por los costos, sus efectos no se dejarán esperar a corto plazo, y lo que se está generando de manera lenta pero sensible es una duplicidad de sistemas médicos.

- b.— El proceso aculturativo ha afectado también, naturalmente, a la concepción y utilización de la medicina y del aparato médico. Cuanto más diferenciado económicamente es un miembro de una comunidad y cuanto más aculturada una comunidad campesina mayor desconfianza —consciente, inconsciente o simplemente demostrativa— abrigará respecto de las prácticas médicas tradicionales, insistiendo en una valoración de la medicina oficial y de los productos farmacéuticos.

Cochaló (cantón Pujilí, Provincia del Cotopaxi, parroquia de Isinliví), sin ser una comuna demasiado mestizada, ha sufrido en los últimos años un gran proceso migratorio. Dos datos de ellos: el actual presidente del Cabildo tiene, de sus 10 hijos, 7 viviendo en Quito; de las 56 familias adscritas a la comuna 4 sólo circunstancialmente regresan a Cochaló por algún tiempo. Pues bien, de 6 jefes de familia entrevistados en esta comuna acerca de su última enfermedad resultó que ésta había sido atendida:

Hospital de Latacunga	2 casos
Hospital de Quito	2 casos
Médico de Quito	1 caso
Médico e Insiliví	1 caso

En la comuna de Morales Chupa (Imbabura) las 5 familias que en caso de enfermedad sólo acuden a un centro del Ministerio de Salud Pública son en su totalidad mestizas.

- c.— Por lo que atañe a los curanderos, y completando lo dicho a propósito de eventuales rivalidades, éstos suelen capitalizar prestigio dentro de sus comunidades al entrar en relación con los agentes de salud del sistema médico oficial. El reconocimiento que éstos pueden prestarles, ya sea en su simple trato como en consultas acerca de sus prácticas y recursos curativos, suele ser sagazmente explotado por el curandero, que, incluso, puede permitirse por ello aumentar el precio de las consultas.

Si bien hay un oculto anhelo por parte de los curanderos y brujos de lograr un reconocimiento oficial de su práctica, ésta se encuentra ampliamente tolerada y aun reconocida más allá incluso de su propio grupo étnico.

Un día que quisimos hacer unas pruebas de sangre y expuso a un enfermo antes de conducirlo a un brujo, como era su deseo, el médico del hospital nos remitió primero al brujo, ya que si las pruebas daban resultado positivo él "tendría la obligación de internarlo".

Más allá, pues, de las incidencias que en el ámbito de la medicina tradicional puedan tener los procesos de aculturación, todo un flujo de acciones médicas y de fármacos contribuyen a crear una mayor dependencia del campesino andino al sistema médico oficial.

Al tratar de la jerarquía entre los agentes terapéuticos en la medicina tradicional, habíamos anotado ya la particular posición ocupada por el brujo en la cumbre de la especialización en el tratamiento de la enfermedad. A una tal situación, profesional corresponde también una particular ubicación socio-económica dentro de la comuna. El brujo no sólo conoce y trata las afecciones más "espirituales" sino que se le atribuye un determinado poder y responsabilidad sobre ellas. El curador de males del espíritu puede ser también un inductor de ellos. Sus competencias alcanzan tanto a las personas y animales como a las cosas, e incluso toda una comunidad puede perjudicarse o beneficiarse de su acción. Esto hace que su persona se mantenga relativamente segregada de la comunidad. Por otra parte, esta misma marginalización del brujo significa o contribuye a significar la transcomunalidad de su rol, que le hace accesible a demandas no sólo de otras comunidades o regiones sino hasta de las mismas ciudades. No es extraño, por ello, que los servicios de un brujo reputado sean susceptibles de contratación temporal por comunidades incluso muy alejadas de la suya.

El brujo puede convertirse, en situaciones extremas, en un peligro y amenaza para la comunidad, hasta el punto que ésta llegue a eliminarlo. Se ha dado el caso que una comunidad haya hecho matar a seis de sus brujos en el lapso de casi diez años. La eliminación de un brujo puede ser sentida y decidida por la comunidad, pero ninguno de sus miembros se prestaría a ser el ejecutor.

Conclusión:

Es incontrovertible que la medicina tradicional posee una vigencia y ocupa un espacio importante en la sociedad, de la que forma parte como institución y como enclave de otras prácticas técnicas, políticas e ideológicas. Pero el recurso proporcio-

nalmente grande del que todavía goza esta medicina no excusa sus limitaciones en cuanto a su eficacia y alcance respecto a una amplia tipología de enfermedades. Y prueba de ello es la elevada morbilidad que acusan estos grupos sociales en comparación con la sociedad moderna, de la que constituyen un sector marginal. Otra situación de hecho es que en la actualidad, y en todos los países andinos, la medicina tradicional se encuentra en posición sino ambigua por lo menos ambivalente, por ubicarse en continuidad con la medicina oficial, en una cierta competitividad con ella, y por definirse ésta como una prolongación y complemento de aquella.

Un programa de *sustitución* de la medicina tradicional por la oficial, formal o académica por llamarla de alguna manera, sólo podría ser planificado a muy largo alcance, a elevados costos, y con una serie de inversiones que cualquier gobierno consideraría políticamente poco rentable. Tal programa sustitutivo, además, no dejaría de lesionar las estructuras ideológico sociales de los grupos campesinos de la Sierra, cuya integración al sistema médico nacional no sólo aceleraría su proceso aculturativo, sino también una mayor desarticulación de las economías del grupo. No ignoremos, en fin, que el enfermo pertenece a un grupo social y culturalmente distinto del representado por el médico oficial, y que su percepción de la enfermedad, su mismo estado enfermo es ajeno, en principio, a la sintomatología, al diagnóstico y en ocasiones hasta de la misma terapia de la medicina oficial.

La otra alternativa programática consistiría en un fortalecimiento o potenciación de la medicina tradicional en su relación con la medicina formal y con los aportes de ésta. Lo cual supondría toda una estrategia de aproximación de ésta no sólo al sistema de diagnóstico y terapia tradicionales, sino también a las condiciones ambientales (ecológicas, laborales o productivas . . .) y culturales de la sociedad tradicional. De

tal manera que el contacto entre ambos sistemas médicos no conlleve una quiebra de las estructuras sociales de la comunidad campesina.

Esta alternativa programática de fortalecimiento tendería a recuperar y potenciar a los agentes, los conocimientos y las prácticas tradicionales, complementándolas con el diagnóstico y la cura allí donde no alcanza su competencia. Aquí interviene toda una estrategia que rebasa las capacidades profesionales del médico, ya que articular un programa de salud a las condiciones de la medicina tradicional supone conocer cuáles son los agentes tradicionales de la cura y el sistema reticular por el que muchas veces se filtra el proceso curativo, y como se engranan, suceden y sustituyen las distintas instancias de la operación. Y la tarea es tanto más árdua si se tiene en cuenta que estos pormenores se encuentran muchas veces particularizados en cada comuna.

Ahora bien, tal proyecto debería trascender la simple medicalización de los grupos campesinos tradicionales con una "política sanitaria", creando las condiciones de salud de dichos grupos sociales; considerando que el alto porcentaje de morbilidad en ellos se debe menos a sus características tradicionales, "no-científicas" de su medicina, que a las condiciones sociales (ecológicas, laborales, nutricionales, migratorias . . .), en las cuales dichos grupos se encuentran sumidos.

Un programa médico, o mejor, según lo propuesto, programa de salud, (y en el cual el Ministerio de Salud Pública asumiere la responsabilidad con que define su función) destinado a reforzar la medicina tradicional, pero que desatendiera las causas y condiciones social-económicas de la enfermedad en la sociedad campesina tradicional, no pasaría de ser una cataplasma sobre un mal endémico. No son tanto los enfermos los que urge curar, sino el estado de enfermedad en que nacen y viven

los miembros de estos grupos. Lo que se necesita, con una prioridad tanto lógica como temporal, son programas de salud más que programas médicos; que este tipo de programas rebasen la competencia de los médicos y de los servicios sanitarios resulta de una inveterada ideología de la medicina tradicional toda ella enfocada hacia la rentabilidad de la enfermedad y no hacia la higiene. Pero de esta desviación ideológica de la medicina es cómplice un sistema económico político, el cual ha considerado siempre más lucrativo curar enfermos que ocuparse de la salud de la población; dotar de médicos, postas sanitarias y hospitales a la nación que elevar las condiciones de vida y de salud de la mayoría de la población empobrecida.