

IV Congreso Mundial de Medicina Tradicional Lima, 5.11. al 8.11.2002.

LA MEDICINA TRADICIONAL EN LIMA: MIGRANTES DE SEGUNDA Y TERCERA GENERACIÓN.

Antropólogo Hugo E. Delgado Súmar¹

I. PRESENTACIÓN

En nuestro país, como resultado de los procesos de urbanización de los últimos 50 años, es posible distinguir a nivel de los grandes aglomerados urbanos, el surgimiento de una nueva medicina producto de un complejo proceso de interacción e integración de las distintas tradiciones médicas, y de éstas, con la medicina occidental. Proceso que implica, básicamente, una permanente "popularización" de los sistemas tradicional y occidental, una permanente "medicalización" de la medicina tradicional y las formas caseras de medicación y, una permanente "impregnación" de la medicina tradicional en la medicina académica. Sumado a ello, el aporte de otras tradiciones médicas que enriquecen y complejizan la realidad. A esta nueva medicina se la ha denominado en muchos contextos, especialmente latinoamericanos, CURANDERISMO URBANO.

En este marco, el presente trabajo es una aproximación a la comprensión y al conocimiento de la Medicina Tradicional en el contexto de Lima Metropolitana a través informantes pertenecientes a tres generaciones sucesivas al interior de una misma familia: una pareja de **migrantes originarios** asentados en la ciudad de Lima, a partir de la cual se originan dos generaciones sucesivas nacidas en el nuevo contexto urbano (**migrantes de segunda y tercera generación**).

II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las técnicas curativas en el campo, en los niveles de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación (a la que llamamos Medicina Tradicional) asumen características rituales que se insertan en la estructura del pensamiento andino (1. concepción de la tierra, de los recursos vegetales, minerales y animales, del universo, etc. y 2. concepción del cuerpo, la salud y la enfermedad) sin por ello dejar de ser sensibles a la introducción de elementos de la medicina académica, por los procesos de mercantilización económica, movilidad social y "mestizaje" cultural.

¹ Antropólogo Social, Investigador Asociado al INMETRA.

El hombre del campo, al ser arrastrado por la corriente migratoria hacia las ciudades, independientemente de las causales, se desarraiga de su terruño, de sus ancestros y de sus pacarinas, y cambia la precariedad de sus cultivos en secano por "seguridad", que generalmente se expresa en la miseria y el hacinamiento del pueblo joven.

Ubicado en su nuevo contexto, "la realidad nos muestra, pues, que el hombre tanto no adquiere todo lo nuevo que se le ofrece o desecha o conserva todo lo viejo de su patrimonio, como no perpetúa, inmoviliza o torna inmutable lo nuevo que ha adquirido, o lo viejo que ha conservado. El Proceso de desarrollo humano resulta así, también, una perpetua tarea de selección, de transformación" (Morote Best; 1991)². En este marco, el migrante, asimilado a la ciudad, adquiere los patrones de conservación de la salud del sistema académico; y cuando éste por insuficiencia de cobertura, o por carencia de recursos económicos deja de ser accesible, el hombre hace desasimilamiento de lo adquirido, y se ve obligado a revalorar y conservar patrones de recuperación de la salud que constituyen parte de su patrimonio.

Esta selección que el hombre se ve obligado a hacer, se traduce en una práctica constante y creciente de la Medicina Tradicional, aplicada por "especialistas"³, o en sus formas de aplicación casera (cuando compromete la participación de madres o ancianos, al margen de los "especialistas"). En términos generales, su aplicación no está condicionada por los niveles culturales ni ocupacionales que pueda alcanzar el migrante.

En espacios urbanos amplios como Lima, la integración de migrantes procedentes de distintas regiones (Costa, Sierra y Selva; Norte, Centro y Sur; Urbano, Rural y Urbano-marginal) da como resultado la integración de distintas medicinas (andina quechua, andina aymara, amazónica, etc.), enriqueciendo la gama de procedimientos, prácticas y elementos curativos de la Medicina Tradicional.

Finalmente, hay que remarcar, que en este proceso quiénes están en contacto son siempre los "individuos que invisten status y roles diferentes y que, en consecuencia, tienen actitudes, normas de comportamiento e intereses específicos: hombres y mujeres, viejos y jóvenes, jefes políticos y brujos, libres y siervos..." (Bastide; 1971)⁴.

III. TAMAÑO DE LA MUESTRA

El estudio comprendió un total de 242 familias integradas por tres generaciones sucesivas (una, de migrantes originarios de la que se derivan dos, nacidas en el nuevo contexto), nucleadas por el origen de la primera generación en 17 grupos departamentales residentes en 7 distritos "populosos" de la ciudad de Lima, conforme se detalla en los cuadros siguientes:

Cuadro No. 01
Tamaño General de la Muestra

Integrantes	1ra. Generación	2da. Generación	3ra. Generación	Total	%
Informantes	0242	0242	0242	0726	15.97
Cónyuges	0242	0242	0242	0726	15.97
Hijos	1539 ⁽¹⁾	1052 ⁽²⁾	0502	3093	68.06
Totales	2023	1536	0986	4545	100.00
%	44.51	33.80	21.69	100.00	

⁽¹⁾ Sin incluir los informantes de la segunda generación

⁽²⁾ Sin incluir los informantes de la tercera generación

2 Morote Best, Efraín. Sobre el Folklore. En: Comité Permanente de Conceptualización del Folklore. Folklore: Bases Teóricas y Metodológicas. Lima, Lluvia eds., 1991. pp. 55-73.

3 Delgado Súmar, Hugo E. Los Especialistas en la Medicina Tradicional. Ayacucho, junio 1984. Serie Apuntes No. 06.

4 Bastide, Roger. Antropología Aplicada. Buenos Aires, Amorrortu, 1971. p. 45.

Cuadro No. 02

Cronología de las generaciones estudiadas

Informantes	Edad			Período Cronológico Comprendido
	Mínima	Máxima	Promedio	
Migrantes Originario (mujeres) - Cónyuges (varones)	48 50	76 80	61.61 64.59	1922 - 1950 / 1998 1918 - 1948 / 1998
Migrantes de 2da. Generación (mujeres) - Cónyuges (varones)	27 30	57 59	41.57 43.33	1941 - 1971 / 1998 1939 - 1968 / 1998
Migrantes de 3ra. Generación (mujeres) - Cónyuges (varones)	13 19	35 39	21.66 24.98	1963 - 1985 / 1998 1959 - 1979 / 1998

Cuadro No. 03

Distribución de la muestra por lugar de residencia y de procedencia: migrantes originarios

Área de Estudio:	Distrito	Procedencia	Cantidad	%	Total	%
Lima 07:		Junín	15	6.20		
Comas		Pasco	15	6.20	030	012.40
Lima 28:		La Libertad	11	4.55		
Independencia		Piura	15	6.20	026	010.74
Lima 29:		Apurímac	15	6.20		
San Juan de Miraflores		Cusco	15	6.20		
		Puno	15	6.20	045	018.60
Lima 31:		Arequipa	15	6.20		
San Martín de Porres		Ica	14	5.78		
		Moquegua	15	6.20	044	018.18
Lima 35:		Amazonas	12	4.96		
Villa María del Triunfo		Cajamarca	14	5.78		
		Huánuco	14	5.78	040	016.53
Lima 39:		Ancash	13	5.37		
Los Olivos		Lima	15	6.20	028	011.57
Lima 42:		Ayacucho	14	5.78		
Villa El Salvador		Huancavelica	15	6.20	029	011.98
Totales			242	100.00	242	100.00

Cuadro No. 04

Procedencia departamental y Lugar de residencia de los informantes

Procedencia Departamental	Lugar de Residencia	Informantes				
		1ra. Gen.	2da. Gen.	3ra. Gen.	Total	%
Amazonas	V. María del T.	12	--	--	12	1.65
Ancash	Los Olivos	13	--	--	13	1.79
Apurímac	S.J. de Miraflores	15	--	--	15	2.07
Arequipa	S. Martín de P.	15	--	--	15	2.07
Ayacucho	V. El Salvador	14	--	--	14	1.92
Cajamarca	V. María del T.	14	--	--	14	1.92
Cusco	S.J. de Miraflores	15	--	--	15	2.07
Huancavelica	V. El Salvador	15	--	--	15	2.07
Huánuco	V. María del T.	14	--	--	14	1.92
Ica	S. Martín de P.	14	--	--	14	1.92
Junín	Comas	15	--	--	15	2.07
La Libertad	Independencia	11	--	--	11	1.51
Lima (prov.)	Los Olivos	15	--	--	15	2.07
Lima ciudad		--	242	242	484	66.67
Moquegua	S. Martín de P.	15	--	--	15	2.07
Pasco	Comas	15	--	--	15	2.07
Piura	Independencia	15	--	--	15	2.07
Puno	S.J. de Miraflores	15	--	--	15	2.07
Totales		242	242	242	726	100.00

Cuadro No. 05

Procedencia departamental de los cónyuges de los informantes

Procedencia Departamental	Cónyuges de los Informantes				
	1ra. Gener.	2da. Gener.	3ra. Gener.	Total	%
Amazonas	012	003	005	020	02.75
Ancash	013	001	002	016	02.20
Apurimac	015	004	005	024	03.31
Arequipa	015	017	003	035	04.82
Ayacucho	014	011	008	033	04.55
Cajamarca	014	004	004	022	03.03
Callao	--	005	002	007	00.96
Cusco	015	012	007	034	04.68
Huancavelica	015	016	005	036	04.96
Huánuco	014	006	004	024	03.31
Ica	014	012	008	034	04.68
Junín	015	010	007	032	04.40
La Libertad	011	012	004	027	03.72
Lambayeque	--	001	--	001	00.14
Lima (prov.)	015	001	008	024	03.31
Lima ciudad	--	084	125	209	28.79
Loreto	--	001	001	002	00.28
Madre de Dios	--	--	001	001	00.14
Moquegua	015	001	003	019	02.62
Pasco	015	015	013	043	05.92
Piura	015	008	010	033	04.55
Puno	015	013	011	039	05.37
Tacna	--	--	002	002	00.27
Tumbes	--	003	003	006	00.83
Ucayali	--	002	001	003	00.41
	242	242	242	726	100.00

IV. RECURRENCIA A LOS SISTEMAS MÉDICOS**Recurrencia a la Automedicación**

El 29.23% (185 casos) de las enfermedades y el 37.68% (130 casos) de los accidentes reportados, fueron objeto de Automedicación; en tanto que, fueron derivadas para su atención por parte de especialistas, el 70.77% (448 casos) de las enfermedades y el 62.32% (215 casos) de los accidentes. Es decir, que de un total de 978 casos (100%) reportados, 315 (32.21%) fueron directamente tratados por los informantes, y 663 (67.79%) requirieron del concurso de algún especialista.

Sin embargo, 543 (85.78%) de los 633 (100.00) casos atendidos por los especialistas, fueron objeto de una automedicación previa, con la finalidad de aliviar la dolencia o enfermedad; recurrencia motivada principalmente 1) por la demora en la determinación del sistema médico y el agente de la curación, 2) por la demora en la obtención de atención médica, 3) por la carencia oportuna de recursos económicos para el pago de servicios o para la adquisición de medicamentos y, (4) en no pocos casos, por desinterés del paciente. Es decir, que en términos generales, 5 de cada 6 personas en el caso de las enfermedades, y 4 de cada 5 personas en el caso de los accidentes, recurren a la automedicación antes de acudir a los especialistas para su tratamiento. Consecuentemente, se puede afirmar que en el 87.73% (858) de los casos reportados, los pacientes acuden a la automedicación: como alternativa única (32.21%) o como alternativa previa (55.52%); significando ello, por parte de las personas, un alto conocimiento de los recursos curativos con que cuentan en su comunidad.

Cuadro No. 06

Recurrencia a la Automedicación en la atención de las Enfermedades

Generación	Total Muestra	Nivel de atención de las Enfermedades				Hogares s/presenc. de Accidentes
		Automedicación		Recurrenc. a Espec.	Total	
		A. Única	A. Previa			
1ra.	242 100.00	065 026.86	153 -- 86.44	177 73.14 100.00	242 100.00 100.00	-- --
2da.	242 100.00	049 024.02	119 -- 76.77	155 75.98 100.00	204 100.00 84.30	038 015.70
3ra.	242 100.00	071 037.97	098 -- 84.48	116 62.03 100.00	187 100.00 0.77.27	055 022.73
Total	726 100.00	185 029.23	370 -- 82.59	448 70.77 100.00	633 100.00 087.19	093 012.81

Cuadro No. 07

Recurrencia a la Automedicación en la atención de los Accidentes

Generación	Total Muestra	Nivel de atención de los Accidentes				Hogares s/presenc. de Accidentes
		Automedicación		Recurrenc. a Espec.	Total	
		A. Única	A. Previa			
1ra.	242 100.00	030 057.69	19 -- 86.36	022 042.31 100.00	052 100.00 021.49	190 078.51
2da.	242 100.00	033 046.48	31 -- 81.58	038 053.52 100.00	071 100.00 029.34	171 070.66
3ra.	242 100.00	067 030.18	123 -- 79.35	155 69.82 100.00	222 100.00 091.74	020 008.26
Total	726 100.00	130 037.68	173 -- 80.47	215 062.32 100.00	345 100.00 047.52	381 052.48

Cuadro No. 08

Recurrencia a la Automedicación en la atención de las Enfermedades y los Accidentes

Generación	Total Muestra	Nivel de atención de los accidentes				Hogares s/presenc. de Enf. y Accidentes
		Automedicación		Recurrenc. a Espec.	Total	
		A. Única	A. Previa			
1ra.	242 100.00	095 032.31	172 -- -- 86.43	199 067.69 100.00	294 100.00	-- --
2da.	242 100.00	082 029.82	150 -- -- 77.72	193 070.18 100.00	275 100.00	017 007.02
3ra.	242 100.00	138 033.74	221 -- -- 81.55	271 66.26 100.00	409 100.00	-- --
Total	726 100.00	315 032.21	543 -- -- 81.90	663 067.79 100.00	978 100.00	017 002.34

Las enfermedades y/o accidentes tratados, que se resumen en 13 grupos generales, según la propia percepción de los informantes, corresponden a un nivel leve para el cual – "cualquier persona"–, cuenta con el conocimiento suficiente. En este nivel de automedicación, la fuente de obtención de información y de recursos para la automedicación está constituida por el conjunto de conocimientos heredados y adquiridos de los parientes, de los especialistas de las distintas tradiciones médicas vigentes y de los medios de comunicación, incluyendo la amplia folletería vendida a nivel ambulatorio.

Cuadro No. 09

Etiologías objeto de Automedicación

Etiologías	M. Orig.	2da. Gen.	3ra. Gen.	Total	%
01. Cólicos	005	008	003	016	005.08
02. Deshidratación	007	008	010	025	007.94
03. Diarreas	006	005	009	020	006.35
04. Dolores	004	006	014	024	007.62
05. Estreñimiento	006	--	004	010	003.17
06. Fiebre	006	008	004	018	005.72
07. Golpes	009	017	034	060	019.05
08. Hemorragias	008	008	006	022	006.98
09. Heridas	021	016	033	070	022.22
10. Hinchazones	007	--	008	015	004.76
11. Inflamaciones	003	--	003	006	001.90
12. Lombrices	007	003	007	017	005.40
13. Resfríos	006	003	003	012	003.81
Total	095	082	138	315	100.00

Cuadro No. 10

Fuentes de obtención de información y de recursos para la Automedicación

Etiologías	Med. Trad.	Med. Occ.	Ambos Sistemas	Total	%
01. Cólicos	005	004	007	016	005.08
02. Deshidratación	009	007	009	025	007.94
03. Diarreas	003	008	009	020	006.35
04. Dolores	004	010	010	024	007.62
05. Estreñimiento	005	002	003	010	003.17
06. Fiebre	002	006	010	018	005.72
07. Golpes	017	012	031	060	019.05
08. Hemorragias	015	003	004	022	006.98
09. Heridas	030	020	020	070	022.22
10. Hinchazones	005	001	009	015	004.76
11. Inflamaciones	003	001	002	006	001.90
12. Lombrices	006	003	008	017	005.40
13. Resfriós	004	003	005	012	003.81
Total	108	080	127	315	100.00
%	34.28	25.40	40.32	100.00	

Recurrencia al Sistema Médico Tradicional

Del total de enfermedades (448) derivadas a los sistemas médicos, el 73.88% (334) fueron atendidas por la Medicina Tradicional en primera o en segunda instancia. De éstas, 254 fueron tratadas en primera instancia: 194 de manera integral y 60 -fracasado el tratamiento- fueron derivadas a la Medicina Occidental. Complementariamente, fueron tratadas un total de 80 enfermedades, inicialmente atendidas por especialistas de la Medicina Occidental.

Del total de accidentes (215) derivados a los sistemas médicos, el 74.88% (161) fueron atendidos por la Medicina Tradicional en primera o en segunda instancia. De éstos, 100 fueron tratados en primera instancia: 69 de manera integral y 31 -fracasado el tratamiento- fueron derivados a la Medicina Occidental. Complementariamente, fueron tratados un total de 61 accidentes, inicialmente atendidos por especialistas de la Medicina Occidental.

Los datos arriba señalados, muestran que 3 de cada 4 personas enfermas o accidentadas, acceden al sistema tradicional; 2 en primera y 1 en segunda instancia; es decir, el 74.66% de las recurrencias a los sistemas médicos. Por otro lado, 1 de cada 4, abandonan la Medicina Tradicional para buscar alivio -por diversa causa- en la Medicina Occidental.

Recurrencia al Sistema Médico Occidental

Paralelamente, del total de enfermedades (448) derivadas a los sistemas médicos, el 56.70% (254) fueron atendidas por la Medicina Occidental en primera o en segunda instancia. De éstas, 194 fueron tratadas en primera instancia: 114 de manera integral y 80 -fracasado el tratamiento- fueron derivadas a la Medicina Tradicional. Complementariamente, fueron tratadas un total de 60 enfermedades, inicialmente atendidas por especialistas de la Medicina Tradicional.

Del total de accidentes (215) derivados a los sistemas médicos, el 67.91% (146) fueron atendidos por la Medicina Occidental en primera o en segunda instancia. De éstos, 115 fueron tratados en primera instancia: 54 de manera integral y 61 -fracasado el tratamiento- fueron derivados a la Medicina Tradicional. Complementariamente, fueron tratados un total de 31 accidentes, inicialmente atendidos por especialistas de la Medicina Tradicional.

Los datos arriba señalados, muestran que 3 de cada 5 personas enfermas o accidentadas, acceden al sistema occidental; 2 en primera y 1 en segunda instancia; es decir, el 60.33% de las recurrencias a los sistemas médicos. Por otro lado, 1 de cada 2, abandonan la Medicina Occidental para buscar alivio -por diversa causa- en la Medicina Tradicional.

Cuadro No. 11

Recurrencia a los Especialistas de los Sistemas Médicos: Enfermedades

Generaciones	Total Recurrencias	En 1ra. Instancia		Ambos sistemas: 2da. Instancia			Total
		Medicina Tradic.	Medicina Occid.	Tradic./ Occid.	Occid./ Tradic.	Total	
1ra.	242 100.00	101 57.06	046 25.99	012 006.78	018 010.17	030 016.95	177 100.00 073.14
2da.	204 100.00	057 36.77	050 32.26	027 017.42	021 013.55	048 030.97	155 100.00 075.98
3ra.	187 100.00	036 31.04	018 15.52	021 018.10	041 035.34	059 050.86	116 100.00 2.03
Total	633 100.00	194 43.30	114 25.45	060 13.39	080 17.86	140 31.25	448 100.00 070.77

Cuadro No. 12

Recurrencia a los Especialistas de los Sistemas Médicos: Accidentes

Generaciones	Total Recurrencias	En 1ra. Instancia		Ambos sistemas: 2da. Instancia			Total
		Medicina Tradic.	Medicina Occid.	Tradic./ Occid.	Occid./ Tradic.	Total	
1ra.	052 100.00	010 45.46	006 27.27	004 18.18	002 09.09	006 27.27	022 100.00 042.31
2da.	071 100.00	015 39.47	015 39.48	003 7.89	005 13.16	008 21.05	038 100.00 053.52
3ra.	222 100.00	044 28.39	033 21.29	024 15.48	054 34.84	078 50.32	155 100.00 069.82
Total	345 100.00	069 32.09	054 25.12	031 14.42	061 28.37	092 42.79	215 100.00 62.32

Cuadro No. 13

Recurrencia a los Especialistas de los Sistemas Médicos: Enfermedades y Accidentes

Generación	Total Recurrencias	En 1ra. Instancia		Ambos sistemas: 2da. Instancia			Total
		Medicina Tradic.	Medicina Occid.	Tradic./ Occid.	Occid./ Tradic.	Total	
1ra.	294 100.00	111 55.78	052 26.13	016 8.04	020 10.05	036 18.09	199 100.00 067.69
2da.	275 100.00	072 37.31	065 33.68	030 15.54	026 13.47	056 29.01	193 100.00 070.18
3ra.	409 100.00	080 29.52	051 18.82	045 16.61	095 35.05	140 51.66	271 100.00 066.26
Total	978 100.00	263 39.67	168 25.34	091 13.72	141 21.27	232 34.99	663 100.00 067.79

Recurrencia a ambos sistemas

El 34.99% (232) de las recurrencias, compromete ambos sistemas, como resultado de los procesos migratorios que provoca la búsqueda de la curación o el alivio de la enfermedad. El 13.72% (91) abandonó el sistema tradicional para buscar alivio en el sistema occidental, y el 21.27% (141), procedió -con el mismo propósito- a la inversa. En ambos casos, la explicación

es la misma, el paciente abandona el sistema que inicialmente eligió, por no haber encontrado la solución a sus problemas de salud.

Sin embargo, las insuficiencias que provocan el abandono de un sistema, en un caso concreto dado, no significa una ruptura definitiva; las personas seguirán optando en lo sucesivo, por uno u otro sistema, guiadas por la naturaleza de sus problemas e influidas por los factores de orden cultural o económico a los que ya hicimos referencia.

Las cifras que resumimos en el siguiente cuadro, ilustran el proceso, permitiendo apreciar el acceso directo a cada uno de los sistemas, así como el flujo que se produce entre ambos; sin considerar -claro está- la recurrencia a los sistemas como fuentes de obtención de conocimiento y recursos, por parte de la Automedicación o Medicina Casera.

Cuadro No. 14
Recurrencia a los especialistas por sistemas médicos

Total Recurrencias			Sistema Médico Tradicional					
Enferme dades	Acciden tes		Total	M.Trad.	MT./MO	MO./MT	M. Occd.	Total
					Sistema Médico Occidental			
448	215	663	495	263	091	141	168	400
67.57	32.43	100.00	74.66	39.67	13.72	21.27	25.34	60.33

V. LA RECURRENCIA A LA MEDICINA TRADICIONAL

Dentro de la primera, entre tres alternativas planteadas a los entrevistados, las razones expresadas para la recurrencia a los especialistas de la Medicina Tradicional, son fundamentalmente culturales para los migrantes originarios, mayoritariamente culturales para la segunda generación y, predominantemente económicas para la tercera.

En una segunda alternativa, prima el criterio económico entre los migrantes originarios y la segunda generación y, los culturales en la tercera. Finalmente, en la tercera alternativa, los criterios médicos son más importantes a nivel de las tres generaciones, y en el caso específico de la tercera, además los de orden psicológico.

De las cinco razones principales declaradas en las tres alternativas, a nivel general, la menos importante (con sólo el 08.85% del total) es la "costumbre", entendida como una pauta de comportamiento tradicional incorporada en el proceso de socialización primaria, y la cual, en la expresión de los informantes no tiene una carga valorativa, ni negativa ni positiva.

Cuadro No. 15
Razones de la recurrencia al sistema tradicional en 1ra. Instancia: Resumen General.

Razones declaradas	Alternativas				
	1ra.	2da.	3ra.	Total	%
ECONÓMICAS					
*porque es más barata	140	205	009	354	33.33
CULTURALES					
*por creencia	134	077	014	225	21.19
*por "costumbre"	061	013	020	094	08.85
MÉDICAS					
*porque el médico no puede/sabe curarla	014	027	205	246	23.16
PSICOLÓGICAS					
*porque ofrece más confianza	005	032	106	143	13.47
Totales	354	354	354	1062	100

Etiologías tratadas por la Medicina Tradicional en primera instancia

Del total de 354 casos (100.00%) tratados en primera instancia por la Medicina Tradicional, el 86.86% (304) corresponde a etiologías reconocidas por la nosología occidental, en tanto que el 14.12% (50) corresponde a síndromes culturales. De este total, fueron

informados como tratamientos exitosos 263 casos (incluyendo la totalidad de los síndromes culturales) que representan el 74.29%; el 25.71% (91 casos), fue derivado a la Medicina Occidental, por no haber encontrado alivio definitivo, es decir, 1 de cada 4 casos.

Cuadro No. 16

Etiologías objeto de la Medicina Tradicional: Tratamientos exitosos

Etiologías	M. Orig.	2da. Gen.	3ra. Gen.	Total	%
Enfermedades	101	057	036	194	073.76
01. Reconocidas por la nosología occidental	077	043	024	144	054.75
02. Síndromes culturales	024	014	012	050	019.01
Accidentes	010	015	044	069	026.24
Totales	111	072	080	263	100.00

Cuadro No. 17

Etiologías objeto de la Medicina Tradicional: Tratamientos derivados a la Med. Occ.

Etiologías	M. Orig.	2da. Gen.	3ra. Gen.	Total	%
Enfermedades	012	027	021	060	065.93
01. Reconocidas por la nosología occidental	012	027	021	060	065.93
02. Síndromes culturales	--	--	--	--	--
Accidentes	004	003	024	031	034.07
Totales	016	030	045	091	100.00

Cuadro No. 18

Etiologías objeto de la Medicina Tradicional: Resumen General

Etiologías	M. Orig.	2da. Gen.	3ra. Gen.	Total	%
Enfermedades	113	084	057	254	071.75
01. Reconocidas por la nosología occidental	089	070	045	204	057.63
02. Síndromes culturales	024	014	012	050	014.12
Accidentes	014	018	068	100	028.25
Totales	127	102	125	354	100.00

Etiologías tratadas por la Medicina Tradicional en segunda instancia

Del total de 309 casos (100.00%) tratados en primera instancia por la Medicina Occidental, 141 (45.63%) fueron informados como tratamientos exitosos y 168 casos (54.37%) fueron derivados a la Medicina Tradicional. Del total de casos derivados, el 47.52% (67), según la explicación de los informantes, no pudo ser curado en primera instancia, por no haberse determinado correctamente el mal o el agente causal.

Cuadro No. 19

Etiologías objeto de la Medicina Occidental, derivadas a la Medicina Tradicional

Etiologías	M. Orig.	2da. Gen.	3ra. Gen.	Total	%
Enfermedades					
01. Con igual denominación	--	--	013	013	009.22
02. Con distinta denominación	018	021	028	067	047.52
Accidentes	002	005	054	061	043.26
Totales	020	026	095	141	100.00

Recurrencia a los Especialistas

Atendiendo al tipo de dolencia o enfermedad declarada, la recurrencia a los especialistas de la medicina tradicional, puede ser resumida de la siguiente manera:

01. Al Huesero, exclusivamente, para el tratamiento de fracturas.

02. Al Brujo, exclusivamente, para el tratamiento del "daño".
03. Al Santiguador, exclusivamente, para el tratamiento del ojo y el susto.
04. A la Comadrona, en ausencia de otros especialistas, para la atención de "enfermedades de la mujer" y, exclusivamente, para la atención de amenazas de aborto.
05. A los otros especialistas, dependiendo de la disponibilidad de éstos, para el tratamiento de cualquier dolencia, enfermedad o accidente.

Cuadro No. 20
Recurrencia a los Especialistas: Medicina Tradicional

Generación	Recurrencia x Tipo de Especialista								
	Curandero	Chamán	Curioso	Brujo	Yerberero	Santiguador	Huesero	Comadrona	Total
1ra.	110	001	009	009	007	--	008	003	147
2da.	097	--	003	005	005	002	015	001	128
3ra.	141	--	007	006	002	012	051	001	220
Total	348	001	019	020	014	014	074	005	495
%	70.30	00.20	03.84	04.04	02.83	02.83	14.95	01.01	100.0

Atendiendo a la procedencia de los migrantes originarios, la recurrencia a los especialistas de la medicina tradicional, puede ser resumida de la siguiente manera:

01. Con carácter exclusivo, a los especialistas de su misma procedencia departamental: informantes de Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Junín y Puno.
02. Con carácter exclusivo, a los especialistas de su misma procedencia departamental, y por carencia de éstos, a los especialistas procedentes de la sierra centro-sur (Ayacucho, Apurímac, Cusco y Puno): informantes de Apurímac, Arequipa, Huancavelica, Ica y Moquegua.
03. Con carácter exclusivo, a los especialistas de su misma procedencia departamental, y por carencia de éstos, a los especialistas procedentes de Junín: informantes de Pasco.
04. A los especialistas de su misma procedencia departamental, y por carencia de éstos, a los especialistas disponibles en el área de residencia, independiente de su procedencia: informantes de Amazonas, Ancash, Huánuco, La Libertad, Lima (Provincias) y Piura.

Número de Especialistas

Un total de 341 familias, acudieron a los servicios de 149 especialistas de la Medicina Tradicional, para solicitar la atención de 495 casos, en primera o segunda instancia. De éstos, 103 (Curanderos, Chamanes, Curiosos y Yerberos), atienden enfermedades en general, y 46 (Santiguadores, Hueseros, Comadronas y Brujos), atienden aspectos específicos.

Las Comadronas (o parteras) que figuran en número reducido en la muestra, corresponde sólo a aquéllas que fueron consultadas para la atención de dolencias propias de la mujer, y no para la atención de partos.

Una proporción superior al 50%, corresponde a los Curanderos, quienes en muchos casos, y en ausencia de otros especialistas, pueden llevar a cabo labores propias de Santiguadores, Hueseros, Comadronas y aún, la de curar daños como los Brujos. Sin embargo, ninguno de éstos, lleva a cabo el diagnóstico y la curación de enfermedades con el uso de sustancias alucinógenas; conservan en cambio el uso de aguardiente, coca y tabaco, como elementos indispensables para tomar "fuerza".

Cuadro No. 21

Cantidad y Tipo de Especialistas de la Medicina Tradicional consultados

Lugar de Residencia	Tipo de Especialista								Total
	Curandero	Chamán	Curioso	Yerbero	Santiguador	Huesero	Comadróna	Brujo	
Lima 07	12	--	02	01	--	02	--	01	18
Lima 28	06	01	01	01	02	02	--	01	14
Lima 29	15	--	02	02	01	03	--	03	26
Lima 31	14	--	03	--	02	03	02	03	27
Lima 35	10	--	03	01	02	05	01	01	23
Lima 39	11	--	--	02	01	03	01	02	20
Lima 42	12	--	01	03	--	02	01	02	21
Total	80	01	12	10	08	20	05	13	149
%	53.69	00.67	08.05	06.71	05.37	13.42	03.36	08.73	100.0

Demanda curativa

Hasta hace relativamente pocos años, se afirmaba y se aceptaba como cierto que el espacio urbano era sinónimo de medicina académica y el espacio rural sinónimo de medicina tradicional; consecuentemente, el médico era a la ciudad, lo que el curandero era a la comunidad. A esta relación dicotómica se sumaba, como era lógico, los criterios de moderno-tradicional, culto-inculto, instruido-analfabeto y ciencia-superstición, entre otros. En esta orientación, se afirmaba y se aceptaba que los inmigrantes de las ciudades se curaban con los médicos aún cuando todavía usaban yerbas, y que volvían a sus lugares de origen para tratarse cuando tenían enfermedades graves o "tradicionales"⁵. Pero, en la década del 60, numerosos investigadores⁶ "descubren" que ya existían terapeutas tradicionales urbanos.

Esta creencia, se sustentaba en el hecho de que la medicina académica es una práctica de orientación fundamentalmente urbana, por ser la ciudad el espacio en el que se originan y desarrollan sus principales estructuras de investigación, enseñanza y aplicación: instituciones y laboratorios, facultades y escuelas, centros médicos e instalaciones hospitalarias. También se sustentaba, en la creencia de que el migrante al incorporarse al espacio urbano, hacía desasimilación de todo conocimiento, práctica y procedimiento curativo de su lugar de origen. Por último, se sustentaba en el olvido de que los procesos de urbanización, son muy anteriores al surgimiento de la llamada medicina "académica". A este respecto, Bock (1977:298)⁷, es sumamente elocuente:

"... todos los pueblos que viven en sociedades modernas que poseen complejas maquinarias tecnológicas y una medicina científica tienden a dar por sentadas estas ventajas, sin darse cuenta de que estos avances se originaron en una época muy reciente de la historia de la cultura humana. ..."

Los migrantes originarios, que abarcan un período cronológico de 80 años, comprendido entre 1917 y 1997, dan cuenta no sólo del traslado de su tradición médica, desde sus lugares de origen hacia la capital, sino y fundamentalmente, de la presencia de los especialistas de la medicina tradicional, al momento de arribar a la gran urbe; es decir, 23 años antes del proceso de urbanización de la década del 40. También dan cuenta de la permanente medicalización de la medicina tradicional y popularización de la medicina académica, como resultado de la interacción de ambos sistemas en el contexto urbano.

"... cuando yo vine a Lima, hace 70 años, vivía cerca del Cuartel de Santa Catalina, en la misma casa de un curandero puneño. "Placeras", barredores, obreros, estudiantes, "gente bien", soldados y militares, y seguro no me va a creer, hasta curas y médicos venían a verlo... Como yo era joven y jaranero, siempre estaba haciendo música en la esquina, y lo veía todo... Venía siempre una monjita viejecita y lo llevaba a un Convento para que cure a sus hermanas..."

5 Lewis, O. Urbanización sin desorganización. México, Grijalbo, 1986.

6 Solien, N. Medical beliefs of the urban folk in Guatemala. En: América Indígena 25(3):321-328. 1965. Press, Irving. (1) Which doctor? MDs, curers and patient preferences in Bogotá, Colombia. Central States Anthropological Society, 1968. (2) Urban illness: Physicians, curers and dual use in Bogotá. En: Journal of Health and Social Behavior 16:209-217.

7 Bock, Philip K. Introducción a la Moderna Antropología Cultural. Madrid, FCE, 1977.

Venía un Comandante bien malcriado y se lo llevaba apurado cuando algún soldado del cuartel estaba enfermo o había tenido un accidente... Venía en las noches, haciéndose el disimulado un médico bien "pituco" y le consultaba muchas cosas, y se llevaba paquetes de yerbas y "compuestos" que le preparaba el curandero para sus pacientes... Lo chistoso fue cuando ese médico trajo donde el curandero a su mamá, porque no podía curarlo él... Venían los municipales "conchudos" y le sacaban plata al curandero diciéndole te vamos a meter preso porque tu no debes curar, y cuando ellos se enfermaban, venían llorando los maricones a pedirle que les cure... I una vez, así es la vida, se lo llevaron en ocultas al hospital para que cure al hijo del dueño de un periódico..." (Don Fabián, Villa María del Triunfo).

Para conocer los alcances y limitaciones de la medicina tradicional en el contexto urbano, a partir de la demanda curativa, se solicitó a los informantes de las tres generaciones, dar cuenta del total de dolencias y enfermedades ocurridas en el seno de la familia y que constituyeron en algún momento causa de recurrencia a los Curanderos. Sobre esta base, se ha elaborado un listado conteniendo las denominaciones de 521 dolencias o enfermedades declaradas, las que han sido ordenadas siguiendo los criterios empleados por Delgado (1984)⁸ y Campos-Navarro (1989)⁹. Dicho ordenamiento, como es lógico, no responde íntegramente a los criterios clasificatorios de orden anatómico-patológico empleado por la medicina occidental ni a los criterios vigentes en la medicina tradicional, por cuanto 1) las enfermedades tienen características irreductibles a un criterio simplificador, por cuanto no son procesos exclusivamente orgánicos, 2) muchas de ellas no tienen correlación directa con la organicidad corporal, 3) otras no pueden ser catalogadas dentro de espacios corporales específicos y, finalmente, (4) no pocas, corresponden a entidades únicamente mentales o psíquicas.

Consecuentemente, y estando la medicina tradicional fuertemente influida por el lenguaje de la medicina occidental, en tanto que los usuarios tiene que transitar por ambos sistemas en su búsqueda de alivio, tentativamente se pueden adoptar los siguientes criterios, a partir de los cuales, profundizar en el conocimiento de las causas potenciales de demanda y las limitaciones de la medicina tradicional:

01. Enfermedades expresadas por síntomas aislados, con o sin expresión de causa o diferenciación del agente etiológico: 263 (50.48%).
02. Enfermedades expresadas por el órgano afectado, sin diferenciación de la sintomatología que presentan: 19 (03.65%).
03. Enfermedades expresadas por la presencia de agentes biológicos causales: 9 (01.73%).
04. Enfermedades que expresan carencias de distinto orden: 14 (02.69%).
05. Enfermedades que expresan estados de ánimo: 20 (03.84%).
06. Enfermedades que expresan agotamiento: 5 (00.96%).
07. Enfermedades expresadas en términos de "suciedad": 6 (01.15%).
08. Enfermedades que expresan el cambio de posición de los órganos: 2 (00.38%).
09. Síndromes culturales: 18 (03.45%).
10. Brujería/daño: 3 (00.58%).
11. Enfermedades como conjunto de síntomas asociados bajo una sola nomenclatura: 71 (13.63%).

8 Delgado Súmar, Hugo E. La Clasificación de las Enfermedades en los Contextos Urbano-Marginales. Ayacucho, 1984. Serie Apuntes No. 05.

9 Campos-Navarro, Roberto. Causas de Consulta del Curanderismo Urbano. En: América Indígena 49(4):703-726. 1989.

12. Accidentes: 51 (09.79%).
13. Enfermedades x uso de recurso curativo: 7 (01.34%).
14. Otras causas: 33 (06.33%).

Utilidad -específica y alternativa- de los Especialistas de la Medicina Tradicional

De la información proporcionada por los informantes, la que corrobora de manera extensa la información etnográfica existente sobre la materia, los Especialistas de la Medicina Tradicional, tienen vigencia en el contexto urbano, por las siguientes razones:

01. Tienen una concepción integral de salud y enfermedad, que difiere del concepto meramente orgánico (o biomédico) de la medicina académica; consecuentemente, consideran la curación como una restitución del estado de equilibrio, para lo cual hay que tomar en consideración 4 aspectos: 1) el psicológico, 2) el fisiológico. 3) el comportamiento y 4) el medio ambiente.¹⁰
02. Derivado de ello, el diagnóstico y los tratamientos que aplican son integrales o globales, por cuanto están destinados a eliminar la dolencia y/o enfermedad, pero también las causas que la motivan, en el plano corporal y en el espiritual. Toma en cuenta al individuo en cuanto componente de un grupo familiar, y no individualmente,¹¹ y en relación a su medio ambiente. "La terapia comprende plantas medicinales y ritos, actos sociales y reconciliación", y cuando son familiares la causas, ellas entran también en la terapia.¹²
03. Los tratamientos que aplican, carecen de efectos colaterales, pues se utilizan plantas medicinales y no principios activos aislados. Cada planta se compone de numerosas sustancias, cada una de las cuales posee propiedades específicas: 1) estimular las funciones del organismo y consecuentemente incrementar su capacidad autocurativa; 2) acelerar o retardar la absorción de los principios activos; 3) reparar los daños en los tejidos; o 4) proteger los órganos internos.
04. Relación coste-eficacia: El especialista de la Medicina Tradicional no requiere de equipamiento y entrenamiento costosos, y la manufactura de sus preparados curativos no requiere de inversiones altas. Esto no quiere decir, que no sea sensible a la introducción de técnicas, procedimientos y recursos terapéuticos de la medicina occidental. La medicina tradicional, ha sido reinterpretada a lo largo del tiempo; muchos tratamientos reproducen el modelo formal, el uso de técnicas, procedimientos y recursos terapéuticos.
05. La relación paciente-curandero no sólo es interpersonal¹³, en contraposición a la relación paciente-médico que hace intervenir la mediación instrumental y la distancia social; en fundamentalmente sensible en tanto que favorece el contacto y proximidad física: "el cuerpo es visto, escuchado, sentido, palpado y tocado".

10 "A diferencia de la medicina oficial, la medicina tradicional sigue siendo mágico-religiosa, por cuanto no separa el cuerpo y el espíritu, el mal biológico y los otros malestares, la salud en la tierra y la salvación en el cielo". Laplantine, Fracois. *Medicinas Tradicionales y Medicina Oficial en Brasil. Doble perspectiva: antropología médica y antropología religiosa*. En: *América Indígena* 49(4):665-674. 1989.

"... El hecho de que la salud y la espiritualidad están integralmente relacionadas es obvio para las personas de cualquier cultura o sistema de creencias. ... Uno de mis desencantos de la vida en Occidente ha sido que la función de curación se haya asignado exclusivamente a los médicos. De ellos se espera que traten los síntomas pero que no establezcan una relación con la vida espiritual de sus pacientes. Por ello, es frecuente que los médicos no comprendan todos los elementos que interactúan conjuntamente para provocar una crisis de salud. Si no se interesan por la persona integral, pierden dimensiones fundamentales del mundo de sus pacientes. ...". Granberg-Michaelson, Karin. *Conservar la Salud: La Dimensión Espiritual*. En: *Contact (Suiza)* No. 140:3-5. 1997.

11 Alvarez Q., Walter. Proyecto para la integración de las Medicinas en Bolivia. En: *II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Área de Integración*. Lima, 1988. pp. 19-31.

12 Roersch, Carlos y Hoogte, Liesbeth van der. *Plantas Medicinales del Sur Andino del Perú*. En: *II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Área de Farmacognosia*. Lima, 1988. pp. 85-94.

13 Delgado Súmar, Hugo E. *La Medicina Tradicional y Casera en Ayacucho*. En: *América Indígena* 49(4):683-701. 1989.

06. Finalmente, el curandero atiende en el contexto urbano al igual que en el contexto rural, además de los problemas de salud, los de orden económico (carencias, necesidades, fracasos, etc.), y emocional (envidia, daño, suerte, infidelidad, nerviosismo, angustia, stress, frustraciones, etc.).

Dicha vigencia, entendida en términos de utilidad a partir del análisis de la demanda curativa, confirma la importancia del Curandero en el contexto urbano y le otorga "una cierta especificidad" (Campos-Navarro; 1989)¹⁴ ya señalada en otros aglomerados urbanos del continente, y que muestra su capacidad para curar total o parcialmente:

01. Las enfermedades no reconocidas por la medicina académica y consideradas por la medicina tradicional como de causalidad 1) natural o 2) sobrenatural, incluyendo aquellas 3) actividades que no remiten necesariamente al concepto de enfermedad;
02. Las enfermedades reconocidas por la medicina académica 1) de causalidad desconocida y tratamiento de control, 2) de causalidad conocida o desconocida pero incurables en etapa tardía y 3) de causalidad conocida o desconocida con infravaloración terapéutica.
03. Las enfermedades de distinto orden no atendidas por la medicina académica por problemas de cobertura, eficacia y eficiencia del sistema, o de accesibilidad (geográfica y económica) y de confianza por parte de las personas.

Limitaciones de los Especialistas de la Medicina Tradicional

Es evidente, como lo manifiestan los propios informantes, que la Medicina Tradicional tiene limitaciones, por cuanto ésta no puede curar todas las dolencias o enfermedades de sus pacientes. Esto es explicable, en primer lugar, por haber sido truncado su desarrollo con la presencia europea en el siglo XVI, y en segundo término, por la imposición de una medicina medieval, fuertemente influida por la magia, el ocultismo y el misticismo¹⁵. Proceso éste que se consolida con el surgimiento de la medicina académica y su imposición vía procesos de industrialización y urbanización "más por intereses de los capitalistas que por un real interés de velar por la salud de toda la población (demanda de mano de obra)".¹⁶ Derivado de ello, escapa a la atención de los Especialistas Tradicionales:

01. Las enfermedades graves que requieren:
 01. Intervenciones quirúrgicas indispensables, sean éstas urgentes o programables.
 02. Atención urgente, permanente, en equipo, con o sin la utilización de tecnología especializada.
02. Las enfermedades que requieren de la utilización de medicamentos de sustitución endocrina.

Sin embargo, y contraria a las afirmaciones de Ackerknecht¹⁷, las tradiciones médicas de los pueblos conquistados por Europa no desaparecieron, y siguieron transmitiéndose de generación en generación. I, como ya lo señaláramos en el Capítulo III, la Medicina Tradicional,

14 Campos-Navarro, Roberto. Causas de Consulta del Curanderismo Urbano. En: América Indígena 49(4):703-726. 1989.

15 "Cualquier análisis de la salud de los pueblos indígenas no puede dejar de tener en cuenta la influencia del colonialismo. Los europeos llevaron enfermedades desconocidas a América Latina, Asia, África, Australia y Aotearoa/Nueva Zelandia, que diezmaron a las poblaciones locales. Mientras que las poblaciones nativas hacían frente a los brotes de gripe, sífilis y viruela, los colonizadores hacían todo lo que podían para acallar a los curanderos indígenas, prohibiendo a menudo la celebración de ceremonias tradicionales. Los misioneros y los legisladores y administradores coloniales hicieron todo lo posible para que no se tuviera en cuenta a los propios dirigentes espirituales de los pueblos indígenas". Consejo Mundial de Iglesias. La Salud de los Pueblos Indígenas. En: Contact (Suiza) No. 139:3-6. 1997.

16 Roersch, Carlos y Hoogte, Liesbeth van der. Plantas Medicinales del Sur Andino del Perú. En: II Congreso Internacional de Medicinas Tradicionales. Área de Farmacognosia. Lima, 1988. pp. 85-94.

17 Ackerknecht, E. H. A short history of Medicine. Baltimore, 1982.

integrada en un modelo de "relación tolerante", y en el marco de un "proceso continuo de interacciones" con la Medicina Académica y otras tradiciones médicas, se halla en una reelaboración permanente de "formas alternativas", en las que el hombre es fundamentalmente "selectivo en el proceso de asimilación y adquisición de los valores materiales y no materiales urbanos"¹⁸. Como resultado de ello, ya no escapa a la atención de los Especialistas Tradicionales, largamente asentados en la ciudad:

01. Las enfermedades que requieren el uso de antibióticos por implicar infecciones bacterianas.
02. Las enfermedades malignas e inmunitarias.

Finalmente, cabe señalar, que pese al desarrollo del conocimiento logrado en los últimos 100 años, ningún sistema médico -incluido el académico- está exento de limitaciones; y que éstas, crecen en la medida en que el hombre adopta patrones de vida poco sanos, se incrementa el stress y la tensión y se hacen alarmantes los niveles de contaminación química de los alimentos y el aire, propios de la vida urbana. I que en este contexto, la eficacia de uno u otro sistema médico, seguirá dependiendo 1) de la capacidad de los especialistas para cuidar y curar al enfermo, 2) de la capacidad de recuperación de su cuerpo y finalmente, 3) de la capacidad de eliminar las causas que motivan la enfermedad, antes que la enfermedad misma.

VI. A MANERA DE CONCLUSIÓN

Consideraciones generales

De todo lo señalado hasta aquí, se infiere que ningún sistema médico, así como tampoco ningún sistema tecnológico es -ni puede serlo-, totalmente autosuficiente. Las crecientes necesidades que confronta la sociedad, la incapacidad de los Estados de dar respuesta adecuada a todas las demandas, la brecha cada vez mayor entre quienes todo lo tienen y quienes nada poseen, hacen impracticable en sumo grado hallar una sola y única solución, que además sea definitiva. Esto origina en el país, como en cualquier otra parte, que la búsqueda incesante de una solución en materia de salud oscile entre dos extremos opuestos, y sin embargo complementarios: la recuperación de viejas formas o la imposición de nuevos modelos. En el camino, como es lógico, los intentos de lograr una vía intermedia da como resultado el surgimiento de una amplia gama de soluciones intermedias a las que apelan los grupos sociales, dependiendo de su mayor o menor cercanía a cada uno de los extremos.

En los grandes conglomerados urbanos, esta diversidad de alternativas obliga al individuo a llevar a cabo -en forma previa- una selección del sistema médico y de los agentes de curación a los que recurrirá para hacer efectiva la recuperación de la salud; determinación que implica a su vez, consideraciones de tipo económico y cultural. Teóricamente en este nivel, lo económico determina lo cultural: las personas que cuentan con los recursos económicos suficientes para acceder al sistema médico occidental, hacen fácil desasimiento de su cultura. Sin embargo, la muestra estudiada nos permite confirmar que éste, es un proceso mucho más complejo. Una tercera parte de las personas toma en sus propias manos el proceso curativo de las dolencias y enfermedades que lo afectan, es decir, acude a la Automedicación, con ayuda o

18 "... Al núcleo esencial de la medicina tradicional indígena se agregó con fuerza impositiva un grueso componente de la medicina traída por los españoles que fue tejido simultáneamente con conceptos traídos desde el Africa por el tráfico esclavista. A esto se sumó, el siglo pasado, una raíz asiática traída por los herbolarios chinos entre la disfrazada esclavitud de los coolies que vinieron a reemplazar al negro liberto. ... Ahora, a las cuatro raíces de nuestra medicina tradicional (la indígena, la española, la negra y la china), hay que agregar lo que ha sucedido en este siglo. Bajo la enorme presión de la revolución comunicativa que estamos viviendo, muchos conocimientos y creencias de factura moderna se han infiltrado en el marco de referencia tradicional. No nos referimos únicamente a la fuerte influencia que han tenido los conocimientos desarrollados por la medicina académica al prestar terminología e introducir medicamentos y sistemas terapéuticos de corte cientifista. Nos referimos, además, a sistemas modernos de medicina naturista, espiritualista y otras diversas tendencias que, generalmente deformadas en el tránsito intercultural, son substancia ya de algunos aspectos considerados por la mayoría de los autores." Cabieses, Fernando. Apuntes de Medicina Tradicional. La racionalización de lo irracional. Lima, Diselpesa, 1993. Tomo I.

no de sus familiares; decisión ésta que puede derivarse de su capacidad para curar o de su incapacidad para pagar.

Las otras dos terceras partes, acuden a los especialistas de uno u otro sistema; teóricamente, a uno por su capacidad de pago y al otro por su incapacidad de pago; sin embargo, la mitad de ellos (es decir, un tercio de la muestra), transita por los dos sistemas, como resultado de abandonar el sistema que inicialmente eligió, por no haber encontrado la solución a sus problemas de salud. Lo que confirma, que más allá de las consideraciones económicas, importantes y determinantes en muchos casos, lo que determina la accesibilidad a uno u otro sistema, es el nivel de eficacia de los procedimientos y recursos curativos y eficiencia del sistema médico.

Eficacia y eficiencia, son los criterios que en última instancia, mueven a las personas. Los sistemas médicos tradicionales quedaron trunco con la colonización europea, no pudieron seguir desarrollándose y no estaban preparados para afrontar las enfermedades y pestes que trajeron consigo los invasores. Consecuentemente, los sistemas tradicionales, presentan limitaciones, y sus procedimientos y recursos curativos no son efectivos en relación a determinadas etiologías importadas; lo que no quiere decir que el sistema no sea eficiente para solucionar una parte importante y mayoritaria de las necesidades de la población. El sistema occidental, de escasos 200 años de desarrollo, fuertemente tecnologizado, ha logrado importantes avances en el campo de la salud; sin embargo, su carácter básicamente reparativo, ha perdido de vista al hombre en su afán de "matar" las enfermedades; su estructura eminentemente urbana es generadora de muchas enfermedades en su afán de masificar los servicios y como consecuencia de su desarrollo ha creado procedimientos, prácticas y recursos de probada eficacia, en el marco de un sistema ineficiente, costoso, urbano, reparador y despersonalizador.

Los informantes y la percepción de su realidad

01. Sobre el origen de la enfermedad

En el gran aglomerado urbano que constituye Lima, y por encima de las causas anotadas, la enfermedad surge porque el hombre come y bebe solo, intranquilo, apurado, parado, a deshora, en cualquier lugar..., consume alimentos guardados, pasados o malogrados, sucios, infectados, muy calientes o muy fríos, con exceso de condimentos y sal, con mucha grasa, mal cocidos..., se alimenta pero no se nutre..., vive en medio de la aglomeración, el ruido, la basura y el humo de los carros..., convive a diario con el miedo, la incertidumbre y la soledad en medio del laberinto urbano..., vive una intranquilidad permanentemente por la inestabilidad del trabajo, la carencia de dinero, la educación de los hijos, las enfermedades y accidentes y la elevación constante de los precios..., consume la mitad de su tiempo en los colectivos..., y al final de la jornada ya en el hogar, el cansancio o la televisión, lo vuelven a condenar a la soledad.

También surge de la envidia y el egoísmo de las personas, que muchas veces se traduce en el "daño"; porque en esta ciudad en la que "todo falta y nada sobra", la necesidad endurecida a las personas, les ha hecho perder su sentido de unión y colaboración: "todos viven su vida". Ya no puede vivir toda la familia junta, o por cuestiones de trabajo o por cuestiones de vivienda, o porque los hijos se casaron con gente de otras costumbres o porque los hijos ahora ya tienen las costumbres limeñas. Entonces, ya la familia está desintegrada, los hijos sólo se acuerdan de los padres en los cumpleaños, y ya la alegría no es la misma, también en la fiesta todos se están acordando de las deudas, del trabajo del día siguiente, del carro que tienen que tomar para volver a su casa, de la hora peligrosa para transitar.

02. Sobre los sistemas médicos

En el gran aglomerado urbano que constituye Lima, curarse una enfermedad es optar por una de tres alternativas: si se tiene dinero se podrá recurrir al sistema médico occidental de carácter privado, adquirir fármacos de fábrica que "realmente curan", y ser atendido bien por médicos y enfermeras; si no se tiene dinero y se es asegurado, se podrá recurrir al sistema médico occidental de la seguridad social, recibir fármacos sin tener que pagar y sin tener seguridad de que lo curen, y ser atendido en forma "pasable" luego de hacer "colas y más colas"; si no se tiene dinero y no se es asegurado, el hombre tendrá dos caminos, ir a los postas, centros de salud y hospitales del Ministerio de Salud, o tratarse con el Curandero que vive "en la otra esquina". Si decidió ir a los servicios del Ministerio de Salud, tendrá que hacer peores colas que en el Seguro, la consulta y los remedios son más baratos, pero "no siempre sirven"; además, tendrá que perder un día de trabajo y "aguantarse que lo traten mal como a un méndigo". Si decidió ir al hospital o al seguro, "seguro que tendrá que regresar muchas veces, hasta que se sienta sano, y cuando cree que ya lo está, seguro que ya tiene alguna otra enfermedad que le han metido las pastillas". "Si uno decide ir al Curandero, uno está más tranquilo porque sabe que está con su gente, porque sabe que a uno lo trata como persona y con respeto, porque a uno lo atiende bien y con eso nomás uno ya se siente mejor".

03. Sobre el proceso de curación y la actitud de los especialistas

En el gran aglomerado urbano que constituye Lima, todo se mide en tiempo y dinero, "hay que tener plata hasta para morirse". Por eso, porque todo cuesta, si uno quiere **curarse** debe ir al médico, pero si uno quiere además **sanarse**, debe ir al curandero. El médico trata al paciente mediante antibióticos que destruyen las bacterias que han causado la infección, pero rara vez, trata de investigar cómo esas bacterias entraron en su cuerpo; trata al paciente mediante pastillas que eliminan la dolencia, pero casi nunca trata de aliviar las tensiones o los disgustos que ocasionaron la dolencia; también, trata de restituir el poder curativo que tiene el propio cuerpo (léase sistema inmunitario), pero nunca trata de eliminar las tensiones emocionales y los sentimientos que afectan la capacidad curativa de nuestro organismo. ¡ todo ello, porque al médico sólo le han enseñado a curar el cuerpo y no a restaurar toda la persona. Por eso, cuando uno busca que lo curen, acude donde un médico, pero cuando uno busca que curen y lo cuiden, acude a los curanderos, o hace que sus propios parientes lo atiendan. El médico, porque no hay tiempo para nada, tampoco tiene tiempo para atender a todos sus pacientes, "sólo les pregunta que tienen y les dice que deben tomar; tampoco ya tiene tiempo para examinar el cuerpo, ni para preguntar desde cuándo, cómo y por qué surgió la enfermedad; pregunta, receta y ¡que pase el siguiente!.

04. Sobre la tecnología médica y la articulación de los sistemas médicos

En el gran aglomerado urbano que constituye Lima, cuando uno se rompe el pie o la mano y va donde el médico, le hacen una radiografía, le acomodan los huesos y luego lo enyesan; le dan pastillas para el dolor y lo mandan a su casa; luego tiene que volver al hospital para que le enseñen de nuevo a usar su mano o su pie, ya no queda igual por más que quiera. Cuando uno va donde el Huesero, él como sabe que hay cosas modernas muy útiles, manda sacar una radiografía de los huesos rotos y con la ayuda de la radiografía y la palpación que sólo él sabe hacer, acomoda todo en su sitio; luego, hace un emplasto para aplicarlo sobre la parte enferma con plantas cálidas y con plantas frescas; mezcla Qalawala o Hierba del Cáncer para bajar las hinchazones, Ch'iri ch'iri o Chuño para ayudar a soldar los huesos por dentro, Suelda que suelda para ayudar a soldar los huesos por fuera, Yahuar chong'á para absorber la sangre detenida y clara de huevo y miel de abejas para refrescar y alimentar los huesos; luego lo vanda para inmovilizar la parte afectada y le da remedios orales y una dieta para ayudar a la curación por dentro. Cuando pasa su tiempo, la persona ya puede usar su pie o su mano normalmente. Entonces, no vale decir que una medicina es mejor que otra, las dos tienen lo suyo, las dos se ayudan.

Cuando una persona no puede parir normalmente, se le ha reventado un órgano interno o le metieron una bala los maleantes, tiene que atenderlo el médico forzosamente; el curandero no ha estudiado para eso, ni loco que lo cure. Pero cuando la persona tiene un cólico, una inflamación, un dolor, hay piedras en sus riñones, tiene fiebres intestinales, paludismo, malaria, tos, bronquios o cualquier cosa, hay que llevarlo al curandero, o mejor, hay que llamar al curandero, él lo va a curar y lo va a cuidar con cariño, lo va a escuchar, lo va aconsejar. Cuando una persona tiene esas enfermedades raras que no pueden curar los médicos, como el reumatismo y la diabetes, hay que llamar al curandero, que seguro lo va a curar. Cuando una persona tiene esas enfermedades en las que no creen los médicos, como el susto o el "daño", también hay ir al curandero. Los dos sirven, los dos te pueden curar, pero cada uno en lo suyo. Pero cuando hay quemaduras muy fuertes, falla el corazón, se necesita operación o hay una infección que requiere inyecciones, hay que ir al médico. Los dos sirven.

05. Sobre los medicamentos y las plantas

Los medicamentos de la farmacia son muy caros, no siempre se pueden comprar y a veces, los medicamentos que se compran o que dan en el hospital no curan nada¹⁹; más bien, hacen mal al estómago, hacen doler la cabeza, dan nauseas. El médico a veces ni informa al paciente que enfermedad tiene y le receta pastillas y si no se cura dice que el enfermo no ha tomado los medicamentos²⁰. Cuando uno va donde el curandero, él le pregunta, le escucha, le aconseja "para que enderece su vida", le dice qué tiene, le corrige su alimentación, le da remedios, y durante toda el tratamiento le está mirando atentamente como mejora. Con el "te sueltas para hablar y le cuentas tus temores, la cólera que te dieron en tu casa, los problemas del trabajo, y él escucha, conversa". Las plantas que receta el curandero curan, alivian, pero no hacen daño ni cuestan caro; ellos saben que cosa sirve y que cosa no sirve. Pero hay cosas que las plantas no pueden curar, especialmente cuando uno está grave, entonces tiene que tomar las pastillas o ponerse las inyecciones que le indica el médico. Así como el médico y el curandero, los dos sirven, así también los dos sirven, las pastillas y las hierbas. Sólo hay que saber cual es mejor para la enfermedad y para

19 "Nuestros resultados indican que el 47% de los medicamentos evaluados son "cuestionados" por su eficacia dudosa o nula, riesgo potencial inaceptable o por ser combinaciones a dosis fija no justificada; sólo el 24.5% fueron catalogados como Esenciales, datos que revelan la poca racionalidad en el consumo. Los medicamentos "cuestionados", representaron el 43% del gasto. Total". Solari, Jorge y Dubois, Esteban. Características del consumo de productos farmacéuticos en el Perú. En: Medicamentos y Salud Popular (Lima) 5(19):11 19-19. 1992.

"En nuestro estudio el 47% de los 300 fármacos más indicados por los médicos fueron considerados como cuestionados, pero al analizar separadamente los monofármacos y las combinaciones, se encontró que mientras para los primeros sólo el 18% recibieron ese calificativo, la mayoría de los productos combinados resultaron cuestionados". Benito, Miguel; Malca, Sonia y Midzuaray, Alejandro. Evaluación de la prescripción médica mediante recetas obtenidas en establecimientos farmacéuticos de la ciudad de Lima. En: Medicamentos y Salud Popular (Lima) 5(21):7-13. 1992.

"Parece adecuado comenzar por la formación del médico. La enseñanza de la terapéutica queda librada al criterio -muy personal casi siempre- del profesor, desgraciadamente influido desordenadamente por antiguas tradiciones o por últimas lecturas, y, muy frecuentemente orientado por las que alguna vez denominé "cátedras paralelas", dictadas en los pasillos de los hospitales y en los consultorios privados por los famosos propagandistas médicos. Llosa García, Javier. Comentario al trabajo: Benito, Miguel; Malca, Sonia y Midzuaray, Alejandro. Evaluación de la prescripción médica mediante recetas obtenidas en establecimientos farmacéuticos de la ciudad de Lima. En: Medicamentos y Salud Popular (Lima) 5(21):7-13. 1992.

"El uso irracional de medicamentos en las enfermedades respiratorias no es exclusiva responsabilidad de los laboratorios farmacéuticos. Como afirma Avila debe tenerse en cuenta al prescriptor y la marcada tendencia a la automedicación. En lo que se refiere al prescriptor, ..., considero que la institución universitaria como entidad educativa por excelencia debe hacer todos los esfuerzos para cultivar el uso racional de medicamentos en las Facultades de Medicina, Farmacia y Enfermería". Castro Mágica, Jorge Rey. Medicamentos de uso cuestionable en el tratamiento ambulatorio de las enfermedades respiratorias. En: Medicamentos y Salud Popular (Lima) 5(21):26-31. 1992.

"4. Existe un uso inadecuado de las formas farmacéuticas de medicamentos. Excesivo uso de la vía parenteral de medicamentos efectivos por vía oral. 5. Los médicos refieren que la principal fuente de información farmacológica es la literatura médica, sin embargo las prescripciones demuestran una fuerte y dominante influencia de la publicidad de la industria farmacéutica evidenciada al incluir en su prescripción terapéutica medicamentos cuestionados, pero de gran propaganda. 6. La prescripción terapéutica frente a problemas médicos cotidianos es irracional". Zárate, Eduardo y Llosa, Lucía. Actitudes sobre prescripción médica y uso racional de medicamentos en el Perú. En: Medicamentos y Salud Popular (Lima) 6(22):11-21. 1993.

20 "Los enfermos necesitan información que sea comprensible, de modo que sepan los medicamentos que toman, por qué motivo y cómo". Programa de Acción de la OMS sobre Medicamentos Esenciales. Boletín de Medicamentos Esenciales No. 23, 1997.

la economía. Porque los medicamentos hacen daño, ahora los médicos han aprendido a decir "toma esta pastilla con aguita de boldo, con manzanilla, con esto o aquello", para que no hagan daño.

Consecuentemente, la vigencia de la medicina tradicional, y su alcance en términos de recurrencia, cobertura y aceptación, debe entenderse no sólo en términos de su eficiencia, sino también en términos de la ineficiencia del sistema occidental; ineficiencia que es inherente al carácter capitalista en el que se asienta. Este carácter capitalista, y las distorsiones que provoca no sólo en el orden económico, rige todo el sistema de suministro de medicamentos en el mundo y determina dramáticamente, quienes acceden y quienes no, al sistema médico occidental, como queda expresado en el siguiente punto.

Los farmacéuticos y la percepción de la salud²¹

01. El Medicamento y la Salud

"La idea que comúnmente se tiene sobre el medicamento lo relaciona de manera demasiado mecánica y excesiva, con la salud y su recuperación. Sin embargo vale la pena, ya que esta relación tiene un fundamento real, analizarla a través de algunas apreciaciones críticas. Una primera constatación es que los mayores triunfos que la humanidad ha logrado sobre las enfermedades son debidos a la obtención de mejores niveles de vida y alimentación así como al saneamiento ambiental, y no tanto al uso de medicamentos. Una mejor alimentación, una vivienda higiénica, la disponibilidad de un sistema apropiado de agua potable y desagüe garantizan la buena salud, e incluso recuperarla si se ha perdido, con más eficacia que empleando medicamentos.

"Otra consideración importante a tener en cuenta es que todo medicamento, junto con los beneficios que puede aportar a la salud supone, en mayor o menor medida, riesgos contra ella, debido a las reacciones adversas como intoxicaciones o interacciones medicamentosas que pueden provocarse por el uso incorrecto de medicamentos que pueden provocarse. Más aún el empleo indiscriminado e irracional de éstos puede llegar a afectar no sólo la salud individual, sino la de toda la colectividad, Un ejemplo de esto es el empleo de antibióticos en infecciones sencillas, lo que puede facilitar la generación de resistencia bacteriana.

"En el Perú, la automedicación es un grave problema, afianzado por la venta incontrolable de medicamentos que para su expendio requieren de receta. Las farmacias y boticas alcanzan el 70% del total de sus ventas a través de este sistema".

02. El papel de la Industria Farmacéutica

"La industria farmacéutica de producción de medicamentos a nivel mundial depende en mayor o menor grado de empresas transnacionales cuya lógica no es la del servicio a la salud sino la de obtención de ganancias. Esta industria ocupa el segundo lugar de venta en el mundo.

"Esta concepción que no tiene nada que ver con el cuidado de la salud, lleva a una serie de distorsiones en la producción y comercialización de las medicinas. Por ejemplo, los costos se elevan desmesuradamente, se producen medicamentos innecesarios y se promueve, mediante mecanismos de propaganda, el uso indiscriminado de ellos.

²¹ Tomado de: Mendoza, Estrella. El farmacéutico, ética profesional y manejo de medicamentos. En: Medicamentos y Salud Popular (Lima) 5(21):40-42. 1992.

"Esta propaganda llega no sólo al médico sino a los farmacéuticos y/o dueños de establecimientos de venta de medicinas, y al público, induciendo a la utilización irracional de fármacos".

03. El farmacéutico y el medicamento

"El profesional farmacéutico es el responsable del medicamento y esto es válido aquí y en todas partes del mundo. Su papel es gravitante desde la preparación y el control de calidad, hasta la dispensación, así como en la educación del público para el uso racional de las medicinas. El medicamento tiene que ser considerado como un producto esencialmente ÉTICO y no sólo como mercancía. Es necesario y urgente enmarcar dentro de una lícita ganancia el servicio que se debe prestar en razón de la naturaleza de servicio de la profesión.

"Es difícil hablar esto en un mundo crecientemente movido por la economía liberal; es difícil cuando la preocupación prioritaria de la industria farmacéutica es la creación de "nuevos productos", que signifiquen nuevos ingresos, aún cuando esos productos no lleguen a las grandes mayorías por sus elevados costos y por la situación de pobreza creciente del pueblo cuando no contamos con un Estado capaz de responder a las necesidades de salud de nuestro pueblo, y capaz de distribuir eficiente y oportunamente los medicamentos; y aún más, cuando en nuestro país se abren las puertas al registro de nuevos medicamentos genéricos y de marca en forma indiscriminada decreciendo así más aún la posibilidad de tener acceso a medicamentos racionales y de menor costo".