

**LO CULTO Y LO POPULAR. MEDICINA LETRADA / MEDICINA TRADICIONAL.
HACIA UNA PRACTICA UNIFICADA DE LOS CONOCIMIENTOS MEDICOS***

(*"THE CULTURED AND THE POPULAR. LEARNED MEDICINE / TRADITIONAL
MEDICINE. TOWARDS A PRACTICES UNIFIED OF THE MEDICAL
KNOWLEDGE"*)

IGNACIO BEJARANO**

RESUMEN

Debatir acerca de los procesos de integración del saber letrado con los conocimientos populares será el objetivo del presente trabajo. Se parte del análisis de un ejemplo empírico que marca el aparente antagonismo existente entre *"medicina tradicional"* y *"medicina académica"*. En la provincia de Jujuy aún perdura una cultura folk donde la medicina popular es considerada como la expresión más pura del medio cultural, por lo que se produce en la población una búsqueda alternativa a la cobertura de su salud: los habitantes concurren indistintamente al *"médico"* o al *"curandero"* de acuerdo a la percepción de los signos y síntomas que estos tengan de la enfermedad. Este sincretismo resultante produjo un modelo mixto de servicios médicos, sin embargo este saber popular es considerado por el sistema médico académico como lo raro, lo mágico, lo mítico y hasta lo exótico. Para la medicina letrada estos saberes constituirían una suerte de *"prácticas ilegítimas"*, siendo esta ilegitimidad en donde se encuadraría lo *popular*. En un sentido más amplio el modelo hegemónico prioriza la dimensión biológica pero no elimina lo social, por lo contrario, lo subordina y reestructura de acuerdo a sus prioridades teórico-operativas, reduciéndolo a un factor más. De este modo predomina una visión dicotómica y de oposición entre ambos sistemas médicos: lo científico y oficial se contraponen a lo tradicional u ilegítimo. Esto permitió que la expansión de las prácticas médicas hegemónicas sobre las comunidades condujera a la transformación, el desplazamiento e inclusive, en algunos casos, la eliminación de estos saberes populares.

Palabras Clave: Medicina tradicional - Medicina científica - Prácticas unificadas - Provincia de Jujuy - Saber popular.

* Ponencia presentada en las VII Jornadas Regionales de Investigación en Humanidades y Ciencias Sociales – Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales – Universidad Nacional de Jujuy, del 9 al 11 de Octubre de 2002.

** Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales - Universidad Nacional de Jujuy - Otero 262 - CP 4600 - San Salvador de Jujuy - Jujuy - Argentina / Tel/Fax: 0388-4221596.

Correo Electrónico: bejarano@inbial.unju.edu.ar

ABSTRACT

To discuss about the integration processes of the to know literate with the popular knowledge will be the objective of the present work. It is part of the analysis of an empirical example that brand the apparent existing antagonism among "traditional medicine" and "academic medicine". In the province of Jujuy even survive a folk culture where the popular medicine is considered as the purest expression of the cultural half, therefore is produced in the population an alternative search to the coverage of his health: the inhabitants concurrent independently to "medical" or "quack" according to the perception of the signs and symptoms that this one may have of the disease. This duality resulting produced a mixed model of medical services, however this know popular is considered by the academic medical system as the rare, magic, mythical and exotic. For the learned medicine this knowledge constitute a lack of "illegitimate practices", being this illegitimacy in which would be straddled the popular. In a widest sense the hegemony model priority the biological dimension but it does not eliminate the social, by the contrary, subordinates it and restructures according to their theoretical-operative priorities, reducing it to a factor most. Of this manner prevails a dichotomy vision and of opposition among both medical systems: the scientific and official is opposed to the traditional or illegitimate. This permitted that the expansion of medical practices hegemony on the communities drove to the transformation, the displacement and inclusive, in some cases, the elimination of this popular knowledge.

Key Words: *Popular know - Province of Jujuy - Scientific Medicine - Traditional Medicine - Unified practical.*

INTRODUCCIÓN

"Todos los grupos humanos desarrollan métodos con el fin de enfrentar la enfermedad. Todos poseen creencias, conocimientos y formas de percepción cultural para definir la salud y la enfermedad".

(Videla, M., 1994:252)

El objetivo del presente trabajo será debatir acerca de los procesos de integración del saber letrado con los conocimientos populares. En su análisis se partirá de un ejemplo empírico característico de nuestra región, como es el aparente antagonismo existente entre "*medicina tradicional*" y "*medicina académica*", y la posibilidad de la integración de ambas en una práctica unificada de los conocimientos médicos.

Esta discusión ausente en la Argentina e inexistente en Jujuy, tanto en las Ciencias Sociales como en el Sector Salud, ocurre en gran medida debido a los estereotipos, a la carencia de precisión en la problemática, así como a la ausencia de estudios socioculturales que propongan una profunda discusión respecto a su historia cultural que nuestra provincia ha sufrido durante el pasado inmediato.

Nuestro debate partirá de un hecho innegable: en la provincia de Jujuy aún perdura una cultura folk, tanto en áreas rurales como urbanas, donde la medicina popular puede ser considerada como la más pura expresión del medio cultural y en la cual la misma constituye un rasgo ampliamente difundido entre sus habitantes (Bejarano, 1999; Bejarano, 2004).

Si bien en la actualidad los planes de desarrollo en materia de política socioeconómica han variado sustancialmente, no lo han hecho de igual manera sus resultados. Es en el campo de la atención en salud, y en lo que respecta a la ampliación de su cobertura, donde no es fácil observar variaciones significativas. Tampoco se han aplicado alternativas sustancialmente diferentes con respecto a la utilización de otras medicinas no oficiales en la solución de los problemas sanitarios. Así se produce en la población una búsqueda alternativa a la cobertura de su salud: los habitantes concurren indistintamente al "médico" o al "curandero" de acuerdo a la percepción de los signos y síntomas que estos tengan de la enfermedad. En el mundo andino este sincretismo resultante entre la medicina tradicional y la medicina científica produjo un modelo mixto de servicios médicos que no sólo llegó a ser un recurso propio de las comunidades rurales sino que también tiene su expresión en las sociedades urbanas (Mazzafero, 1987).

ALGUNAS PROPOSICIONES COMPARTIDAS

Según Wellin (citado por Grebe Vicuña, 1988:5) cualquier intento de someter a estudio los conceptos y definiciones de la medicina tradicional debe considerar, como paso previo, algunas proposiciones básicas que identifican los factores comunes compartidos por todas las categorías médicas existentes. De este modo, éstas se sitúan en la amplia perspectiva antropológica de los universales del comportamiento y nociones médicas en el contexto de la cultura. Estas proposiciones observan que:

- 1) la enfermedad es un universal del hombre, puesto que ocurre en cualquier tiempo, espacio, sociedad y cultura;
- 2) todos los grupos humanos, desarrollan métodos con el fin de enfrentar la enfermedad y;
- 3) todos los grupos humanos poseen creencias, cogniciones y percepciones culturales específicas para definir o reconocer la enfermedad.

Estas proposiciones básicas constituyen universales válidos para todas las medicinas existentes. Por tanto, las distinciones entre las medicinas tradicional y científica se centran más bien en diferencias socioculturales específicas que afectan los conceptos, creencias y praxis sobre salud y enfermedad.

El desarrollo y coexistencia de estas dos medicinas presenta peculiaridades. Para Shärer (1989) hay que tener en cuenta, en su análisis, dos puntos importantes: 1) las características culturales del área donde perviven, principalmente aquellas con una fuerte raigambre cultural en el uso de la medicina alternativa como lo es la provincia de Jujuy, y 2) la presencia de una sólida estructura de la etnomedicina,

que se debe a la creencia en una cantidad de patologías (algunas de ella de origen popular), que sólo pueden ser tratadas por los “especialistas” (Baczko, 1991; Campagne, 1997). Estos reciben el nombre, en el ámbito popular, de curanderos. Los mismos nos remiten a un arte paramédico vinculado con el mundo tradicional, que define sus propias formas de ilusión, creencia, eficacia o estafa, los que, de acuerdo a Sarlo (1997:147), “*recurren a su propio léxico, se exponen en sus escenarios y se organizan según las pautas de la práctica médica*”.

LO CULTO Y LO POPULAR

Hablar de lo popular, reflexionar sobre el sentido de popular, es en principio “*comprobar una rareza, y aún una anomalía*” (Bolléme, 1990:27), aún hoy en día se tiende a emplear el vocablo “popular” como un nombre, como si hubiera en ello una voluntad o al menos un deseo de ignorar una evidencia que se refiere a la gramática: el adjetivo “popular” proviene de la palabra “pueblo” y depende de éste directamente. Por ello los conocimientos populares se adscribirían a saberes emanados directamente del pueblo.

Este saber popular, basamento de la medicina tradicional, es considerado por el sistema médico académico como lo raro, lo mágico, lo mítico y hasta lo exótico. Incluso en muchas ocasiones solemos escuchar afirmaciones en que la medicina tradicional es sólo una serie de creencias y costumbres basadas en la superstición, muy lejos de los fundamentos comprobables de la medicina científica. Se llega así a la “*aberración*” conceptual de suponer que la medicina tradicional es sólo cosa “*del mundo indígena*” (Videla, 1994).

A decir de la medicina académica estos saberes, dentro del Modelo Médico Hegemónico, constituirían una suerte de “*prácticas ilegítimas*”, siendo esta ilegitimidad en donde se encuadraría lo *popular*, por lo que pareciera ser entonces que ser popular es encontrarse ilegitimado, aislado, ser otro.

Tradicionalmente en este marco siempre se tendió a asociar, aún en los medios eruditos, a lo *tradicional* con lo *antiguo* y lo *científico* con lo *moderno*. Esta dicotomía surge debido a que la mayoría de los autores tienden a pensar a las prácticas medicas tradicionales en forma ahistórica, pareciera ser que suponen una suerte de inmovilidad, donde los conjuntos sociales permanecen más o menos idénticos a sí mismos lo cual, según Menéndez (1987-1988), pareciera implicar que teóricamente piensan que los sujetos históricos, pese a que se desenvuelven dentro de estructuras que cambian, no cambiarían demasiado en sus prácticas ideológicas.

Hay otro uso de lo “tradicional” planteado en términos de antagonismo, diferencia y/o contradicción respecto de lo “moderno” y cuyas procedencias teórico-ideológicas son múltiples. En su versión funcionalista, sus propuestas casi no se distinguen de los planteos académicos de la antropología médica culturalista, pero en otras tendencias las prácticas médicas “tradicionales” son planteadas como núcleos ideológicos de cuestionamiento, resistencia y hasta enfrentamiento a las prácticas hegemónicas. Es decir que el conocimiento popular no retrocede, sino que se reimplanta, construido a partir de otros materiales y de otras experiencias que a decir de Sarlo (1997:137-138) “*lo maravilloso ficcionaliza la técnica, el milagro*

moderno, por una parte; por la otra, permite razonar analógicamente respecto de lo maravilloso arcaico, recolocándolo y, a veces, dándole una respetabilidad nueva”.

Otros conceptos contrapuestos entre lo culto y lo popular se marca entre *civilización* y *primitivismo*. El concepto de civilización, de acuerdo a Elías (1987), refiere a hechos muy diversos que incluye tanto al grado alcanzado por la técnica, como al tipo de modales reinantes, al desarrollo del conocimiento científico, a las ideas religiosas y a las costumbres. El concepto resume todo aquello que la sociedad occidental de los dos últimos siglos cree *llevar de ventaja* a las sociedades anteriores o a las contemporáneas *más primitivas*.

EL MODELO MÉDICO HEGEMÓNICO Y LA SUJECIÓN IDEOLÓGICA

El Modelo Médico Hegemónico se fundamenta en una concepción liberal de la salud (Stolkiner, 1998). El mismo se basa en el principio de las libertades individuales, como la libertad de elección, consignando que la salud es una responsabilidad individual. Encontramos allí una postura idealista de la libertad, ideario de la Revolución Francesa, sectorizándose además lo privado de la salud, opuesto a lo público, que cubriría a los indigentes que no poseen medios propios.

De acuerdo a Videla (1994), los denominados estados liberales se harán cargo de lo que hasta ese entonces era patrimonio de la caridad cristiana. El resto de las prácticas en salud queda así en manos del libre juego de la oferta y la demanda, “... como los famosos seguros privados de la Argentina y otros países (*Estados Unidos es el paradigma*)” (Videla, 1994:153). Este modelo es precisamente el que Menéndez (1985, 1986) bautizó con el nombre de *Modelo Médico Hegemónico* que se centra en el modelo positivista, que apunta a la curación de la patología, llama medicina del órgano a la medicina, con sus últimos adelantos en materia de alta tecnología o tecnología de punta.

Ambas formas de salud, pública y privada, coinciden en su *nula capacidad de actuar sobre determinantes sociales* (Videla, 1994:153) que interjuegan sobre el paciente, ya que se limita a lo curativo. Esta científicidad es encubridora de instancias de violencia y de poder arbitrario.

La expansión de las prácticas médicas hegemónicas sobre las comunidades proviene de larga data. Históricamente este modelo comienza a configurarse entre el 1890 y el 1940 a partir de un paradigma sustentado en los avances de la bacteriología cuyos principales rasgos son: biologisismo, ahistoricidad, individualismo, focalización en la enfermedad, asocialidad, mercantilismo y eficacia pragmática (Menéndez, 1990). Este modelo reduce lo social a una rama de la medicina: la “higiene social” primero y a la “salud pública” después.

En un sentido más amplio se puede afirmar que el modelo hegemónico prioriza la dimensión biológica por sobre la consideración de procesos económicos-políticos e ideológicos-culturales, pero no elimina lo social, por lo contrario, lo subordina y reestructura de acuerdo a sus prioridades teórico-operativas, reduciéndolo a un factor más. Su objeto de estudio es la enfermedad considerada como un fenómeno biológico de carácter individual, identificable y medible. La medicina se estructura

de esta forma según los requerimientos de la “ciencia positiva” en el campo de las ciencias naturales.

Es recién a finales de 1970 cuando se incorporan al modelo hegemónico algunas propuestas provenientes de las ciencias sociales a partir de aportes realizados por Parsons en los años 50. Se plantea, entre otros aportes, la consideración de la enfermedad como una desviación a las normas sociales, el rol del enfermo, el problema de la productividad y la consideración de un sistema social autorregulado. El modelo permitía concentrar el problema sobre la individualidad del fenómeno, del sujeto y del agente, garantizaba la exclusión de cualquier causalidad no biológica o, en el mejor de los casos, le reservaba un espacio penumbroso no científico (Grimberg, 1992). Desde fines de los 70 y hasta el presente el modelo entra en crisis. Muchas son las razones, entre las cuales se pueden citar: la crisis del modelo de acumulación de capital y de regulación social fordista centrados en el estado benefactor, los planes de ajuste, las políticas neoliberales y la reducción del rol del estado.

En todo el desarrollo del modelo médico hegemónico predomina una visión dicotómica y de oposición, aún en la actualidad, entre sistemas médicos: lo científico, moderno u oficial se contraponen a lo tradicional, popular o indígena, en una suerte de *medicina oficial*, lo primero, y de *prácticas ilegítimas*, lo segundo. Esta acotación nos permite afirmar que la expansión de las prácticas médicas hegemónicas sobre las comunidades condujo a la transformación, el desplazamiento o inclusive, en algunos casos, la eliminación no sólo de estas prácticas étnicas, sino también la significación, identificación e integración cultural que dichas prácticas tienen.

UNA PRÁCTICA MÉDICA UNIFICADA: LA “GRAN ILUSIÓN DE LA OBJETIVIDAD”

A decir de Videla (1994), en algunos textos se plantea que el intento de incorporar conceptos de la medicina tradicional a la medicina científica “*es una alternativa para países atrasados*”. Es lamentable darse cuenta que esta mirada forma parte del pensamiento colonizado de los países dependientes: el identificar la sabiduría con el norte, al que se idealiza, admira y envidia, por ser poseedor de la alta tecnología de la misma forma en que se copian sus estilos de vida, sus vestimentas y su música. Cuando alguien enferma gravemente se trata de llevarlo a Estados Unidos o buscar el medicamento en Europa. La esperanza está depositada en el Norte. Sin que esto signifique un “*regionalismo chauvinista*”, es necesario subrayar que esto es desacertado, ya que una buena parte de los conocimientos con que se manejan los países del Norte, los desarrollados, los de primera línea (para algunos), provienen de la medicina tradicional.

Si bien es una verdad innegable que el sistema sanitario oficial, tal como se implementa en la actualidad, ha logrado reducir la presencia de numerosas enfermedades de tipo infecciosas como la poliomielitis, la difteria, el sarampión o la viruela; sin embargo, aún no logró reducir las infecciones intestinales, las enfermedades respiratorias, vasculares, cardíacas, la desnutrición o el alcoholismo. También es real que nuevas patologías aparecen como el SIDA, la drogadicción, las úlceras y gastritis, las depresiones y otros tipos de patologías psicológicas. Para Videla (1994) se podrían

dar muchas razones para explicar este hecho, pero se debería acordar que esto se produce fundamentalmente por que aún se sigue sin tomar en cuenta los factores culturales que influyen sobre la salud de todas las personas.

Por este motivo creemos que la ampliación de la cobertura de la medicina institucional y su mejoramiento técnico no resuelven la problemática de salud colectiva de la sociedad. En este aspecto coincidimos con Conti (1982) quien señala que esto es así porque, por un lado, la medicina, tal como sé la práctica, adolece de serias limitaciones, tanto por su enfoque como por el trato que se le da al enfermo. Por el otro lado, se presentan las diferencias que se observan entre las distintas clases sociales respecto a las percepciones que poseen en cuanto a su manera de enfermar y morir. Esto tiene, en última instancia, poco que ver con los servicios médicos y mucha relación con la organización de la sociedad y con el papel que cada clase desempeña en ella.

En este punto nos interesa identificar los fenómenos culturales, tanto de la medicina tradicional como de la letrada, que son significativos para los actores o protagonistas de una cultura; y como organizan ellos dichos fenómenos. El propósito es descubrir cómo construye la gente su mundo de experiencia médica a partir de sus lexemas o categorías del habla. Estos lexemas "etiquetan" la realidad del actor, revelando cómo se percibe, conceptualiza y organiza dicha realidad. Desde esta perspectiva la OMS planteó en 1978 propuestas oficiales para la atención en salud para sectores tradicionalmente sin acceso al recurso institucional para países en desarrollo y para sectores sin servicios. En esta propuesta de ampliación de la cobertura con base en la Atención Primaria de la Salud (APS), se plantea la utilización del recurso médico no institucional a través de tres puntos principales:

- la atención médica no institucional al alcance de todos los individuos de la comunidad a través de la ampliación de la cobertura de la atención primaria de la salud, mediante la plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar;
- el óptimo adiestramiento en lo social y en lo técnico de personas que practiquen la medicina tradicional en la medida de las demandas emergentes de la población y;
- la utilización de remedios tradicionales de eficacia comprobada.

Sin embargo, se debería comprobar los motivos que llevaron al planteamiento de esta política para entender si estas propuestas llevan realmente a la participación del beneficio de la salud a los grupos sociales a los cuales va dirigido un plan, o se deben a las necesidades de concentración de poder para garantizar el dominio público, la sujeción ideológica y la explotación de amplios sectores de la población, en una suerte de "*dominación simbólica*" aplicada a las clases populares y a su universo cultural (Grignon y Passeron, 1991). Por ejemplo la medicina académica, en algunos casos, realiza la preocupación por conservar las tradiciones y las culturas populares, sin embargo en la realidad ilegitiman la práctica médica popular por considerarla como "sin sustento científico", y recomiendan la concurrencia a la atención institucionalizada. Este discurso oficial es usado para justificar la dominación sobre amplios sectores de la población.

Desde este punto de vista la medicina tradicional es considerada como mítica (Sarlo, 1992:135) y con este calificativo se niega su validez y se justifica la imposición. Los procesos de conocimientos sistemáticos que pueda lograrse en formas de medicina tradicional en gran medida son negados por la carencia de elementos lógicos y racionales de acuerdo a la otra mirada (Peláez y Uribe, 1986). Esta integración se ha constituido por lo tanto, en un factor de discordia y rechazo y en algunos casos ha generado cambios sin ningún control.

CONCLUSIONES

Cuando hablamos de rescatar el saber popular, no significa el oponerlo a la medicina científica, del saber oficial, sino solamente tomarlo como punto de partida a fin de amplificar el proceso de aprehensión de la realidad cultural de las diferentes prácticas médicas populares. Es sin duda necesario que el saber científico pueda abrirse a la aplicación de algunos conocimientos que el saber popular encierra, sin que esto signifique supeditar uno al otro como una forma de expandir el modelo epidemiológico convencional hacia los aspectos culturales de la enfermedad.

Consideramos importante, además, que tanto de los objetivos de las políticas de salud como de los conjuntos sociales, se de importancia a la recuperación y utilización de las prácticas, saberes e ideologías que producen los conjuntos sociales respecto de los problemas de salud/enfermedad. La recuperación no sólo se plantea en términos de extender la cobertura y/o lograr una disminución de los costos de la atención, sino también por otras razones entre las cuales las más relevantes serían las limitaciones del Modelo Médico Hegemónico respecto de determinados problemas y las funciones socioideológicas que pueden cumplir las prácticas generadas por los conjuntos sociales. Sin embargo, a estos puntos debería agregarse que la persistencia de una medicina tradicional en la Provincia de Jujuy no solo se debe a una búsqueda de alternativas a la cobertura de salud sino que también, y fundamentalmente, se debe a la pervivencia de modos culturales tradicionales. Ello nos permitiría afirmar que a través de una práctica unificada de los saberes médicos se podría:

Desde la perspectiva del Sector Salud. Puede suponer la recuperación de prácticas médicas tradicionales y la legitimación de las mismas ante los conjuntos sociales. *Desde la perspectiva de la práctica médica tanto privada como pública.* Si bien puede suponer competencia en el mercado urbano sobre todo para los sectores médicos de formación reciente y cuya incorporación al mercado laboral se hace cada vez más dificultosa, también debe reconocerse las ventajas que significa para la salud de la población esta complementariedad. *Desde la perspectiva de los conjuntos sociales.* Se logrará una mayor cobertura, abaratamiento en la atención, obtención de determinados servicios, supervisión de las prácticas de los conjuntos, revalidación ideológica de sus propias prácticas y de apropiación de instrumentos eficaces. *Desde la perspectiva de algunos autores y algunos conjuntos sociales.* Puede suponer la validación de mecanismos de identidad e integración cultural, de generar una alternativa autogestionaria en salud.

Finalmente creemos oportuno plantear la necesidad de revalorizar las prácticas curativas tradicionales en el ámbito estatal, lo que redundaría en beneficio del acervo cultural local, caracterizado por una población con una visión propia del mundo, con valores e ideales respaldados por las costumbres de sus antepasados que han consagrado su práctica y su valor terapéutico. No olvidemos que la medicina popular no es un residuo anacrónico de nuestro medio rural, sino un elemento que es necesario tener presente en cualquier intento de llevar a todo los habitantes el beneficio de la medicina.

BIBLIOGRAFÍA

BACZKO, B. (1991) Los imaginarios sociales. Memorias y esperanzas colectivas. Buenos Aires, Edit. Nueva Visión, 11-51.

BEJARANO, I. (1999) "Nuevito de enfermar, facilito de sanar....". Aplicaciones de la medicina tradicional en un barrio de la Ciudad de San Salvador de Jujuy, Argentina. Kallawaya. Nueva Serie. Salta-La Plata, 6:35-52.

BEJARANO, I. (2004) Acerca de las percepciones y definiciones de signos y síntomas de alarma sobre la "enfermedad del susto" en Enfermeros Profesionales. Anuario del CEIC. En prensa.

BOLLÉME, G. (1990) El pueblo por escrito. Significados culturales de lo *popular*. Prólogo: Pensar lo popular. Cap. 1: De la popularidad del pueblo. Barcelona, Edit. Grijalbo, 15-23, 27-48.

CAMPAGNE, F. (1997) El largo viaje al Sabbat: la caza de brujas en la Europa Moderna. En: Castañega, Fray Martín (comp.) "Tratado de las supersticiones y hechicerías". Buenos Aires, Edit. Facultad de Filosofía y Letras. UBA. Colección de Libros raros, olvidados y curiosos. IX-CXIII.

CONTI, L. (1982) Introducción al libro de Mario Timio. En: Timio, Mario (comp.) "Clases sociales y enfermedad". Buenos Aires, Edit. Nueva Imagen, 11-12.

ELIAS, N. (1987) El proceso de la civilización. México D.F. Edit. Fondo de Cultura Económica.

GREBE VICUÑA, E. (1988) La medicina tradicional: una perspectiva antropológica. Enfoques. Aten prim. 3(3):5-10.

GRIMBERG, M. (1992) El proceso salud-enfermedad-atención y hegemonía. Buenos Aires, Tesis de Doctorado. Facultad de Filosofía y Letras. UBA.

MAZZAFERO, VE. (1987) Medicina en Salud Pública. Buenos Aires, Edit. Ediciones Yanina.

MENENDEZ, E. (1985) Crisis del Modelo Médico Hegemónico. Cuadernos Médicos Sociales, 33:21-35.

MENENDEZ, E. (1986) La Salud como Derecho Humano. Cuadernos Médicos Sociales, 37:11-17.

MENENDEZ, E. (1987-1988) Medicina Tradicional o Medicina Científica. Hacia una práctica unificada de los conjuntos sociales. RUNA. XVII(17):1-33.

MENENDEZ, E. (1990) El Modelo Médico Hegemónico y el proceso de alcoholización. Un análisis antropológico. Buenos Aires, Edit. EUDEBA, Facultad de Filosofía y Letras. UBA.

OMS (1978) Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre.

PELAEZ, M.; F. URIBE (1986) La gran ilusión de la objetividad. La integración de la medicina tradicional a los planes de salud. Boletín de Antropología. 6(20);163-178.

SARLO, B. (1997) La imaginación técnica. Sueños modernos de la cultura Argentina. Cap. "Médicos, curanderos y videntes". Buenos Aires, Edit. Nueva Visión.

SCHÄRER, L. (1989) Percepción de la medicina tradicional en el ámbito de desarrollo de medicina institucionalizada. Memorias del V Congreso Nacional de Antropología. Simposio: Medicina Tradicional, Curanderismo y Cultura Popular en Colombia de hoy. ICFES-COLCIENCIA. Villa de Leyva, Colombia.

STOLKINER, A. (1988) Prácticas de Salud Mental. Revista de Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquia. Colombia.

VIDELA, M. (1991) Prevención. Intervención Psicológica en Salud Comunitaria. Buenos Aires, Edit. Ediciones Cinco, Colección Texto y Contexto.