

## ENFOQUES ANTROPOLOGICOS SOBRE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD: ¿“INTEGRACION” DE LA MEDICINA ALOPATICA Y TRADICIONAL?

Hugo Portela Guarín  
Universidad del Cauca

La oferta de servicios de salud planteada por el Estado a través del Sistema Nacional de Salud de Colombia, tradicionalmente se ha concentrado en las zonas urbanas, en sectores de población nucleada y económicamente está concebido para un mayor acceso por parte de las clases sociales que disponen de mejores recursos económicos. Se concede una atención marginal a la población rural dispersa donde la planificación en términos de cobertura se hace con base en la relación número de médicos-población existente, desconociéndose mínimos aspectos como densidad de población por Kilómetro cuadrado y donde prácticamente ignoran a los indígenas en la concepción misma de los programas. Las condiciones sanitarias de estos últimos son particularmente críticas.

Como posibilidad para llevar servicios de salud que satisfagan tales necesidades, se ha planteado la estrategia de Atención Primaria de Salud.

El propósito de esta ponencia es cuestionar el papel que ha asumido la antropología, dentro de los equipos de salud encargados de la elaboración y desarrollo de programas de salud para las comunidades indígenas.

Los interrogantes que consigno en este ensayo son producto de mi experiencia profesional en la Comisaría del Guainía y el Departamento del Cauca, con el Sistema Nacional de Salud Pública del país.

Ellos se refieren a un conjunto integrado de procesos, los cuales a pesar de su generalidad deben ser sometidos a una revisión y análisis crítico en referencia a un grupo sociocultural específico.

## **LOS INDIGENAS DEL NORORIENTE CAUCANO Y DE LA COMISARIA DEL GUAINIA EN EL CONTEXTO NACIONAL Y LOCAL.**

De las 30 secciones político administrativas en que se divide el país, el Departamento del Cauca posee el mayor volumen de población indígena, seguido por los departamentos de Guajira y Nariño. Ascende esta población, según el Departamento Nacional de Planeación (1980, Anexo) a 99.237 indígenas pertenecientes a 7 grupos étnicos: Paez, Guambiano, Coconuco, Yanacona, Inga, Emberá-Saija, Emberá-Catío y Totores, equivalentes aproximadamente a la cuarta parte (24.1%) de los indígenas colombianos. De los citados, los tres primeros se definen como agricultores de zona Andina y se localizan en las faldas de la vertiente occidental de la cordillera Central; son los más significativos del Cauca desde el punto de vista numérico, organizativo y también por su disposición geopolítica en 10 municipios del Nor-Oriente Caucano.

La población indígena de la Comisaría del Guainía corresponde al 3.4% (D.N.P., 1980 Anexo) del total de los indígenas colombianos. Está compuesta por familias de 13 grupos étnicos: Baniva, Barasana, Cubeo, Curripaco, Desana, Geral, Guahibo, Guanano, Makú, Piapoco, Piratapuyo, Puinave y Tukano. Los Curripacos y Puinaves son los grupos étnicos autóctonos de este territorio y los más representativos numéricamente, los demás proceden del Vaupés, sabanas del Meta y el Vichada, Repúblicas de Venezuela y Brasil.

Se definen como cazadores, pescadores, recolectores y practicantes de agricultura complementaria. Esta actividad gradualmente se ha ido contituyendo en parte sustantiva de la economía vislumbrándose las anteriores como actividades secundarias.

### **OFERTA DE SERVICIOS DE SALUD; ACCESIBILIDAD FISICA Y CULTURAL.**

En los grupos indígenas de la zona Andina del Nor-Oriente caucano la presencia institucional de servicios de salud es mínima. De 54 parcialidades indígenas, solamente 10 (Coconuco, Paniquitá, Pitayó, Polindara, Pueblo Nuevo, Ricaurte, San Andrés, Tacueyó, Toez y Vitoncó) poseen en su territorio "Puestos de Salud", atendidos por auxiliares y ayudantes de enfermería; esporádicamente por médicos.

En otras parcialidades, entidades no oficiales también efectúan acciones de salud: En el resguardo de Huila, la Misión Católica; en el de Mosoco, la Asociación Médica Internacional (AMI) y en Vitoncó, médicos del Consejo Regional Indígena del Cauca (CRIC).

Para 1978 y antes de desarrollarse el Plan: "Una modalidad de salud rural para regiones selváticas" en la Comisaría del Guainía, sus 78 poblaciones indígenas ubicadas a lo largo de los ríos, estaban bajo la presencia de sólo 3 puestos de salud y 2 centros de salud, atendidos por personal no indígena en zonas exclusivamente pobladas por éstos.

Pese que en algunas cabeceras de corregimientos y de municipios, en el Nor-Oriente caucano y el Guainía, existen organismos de salud, barreras geográficas y culturales obstaculizan el acceso de la población indígena, según veremos más adelante.

La desprotección oficial se agudiza si se tiene en cuenta la escasa concurrencia y la desconfianza de los indígenas en los servicios de salud que ofrece el Estado. Factores de índole geográfica y cultural explican esta situación. Es así como impide acudir a ellos la abrupta topografía de la región, la distante ubicación de los puestos de salud y el patrón del poblamiento disperso que obliga a cubrir largas distancias generalmente por caminos difíciles y en mal estado o por accidentados ríos.

Pero el principal motivo de inasistencia y desconfianza es sin duda alguna de índole cultural. La medicina alopática representa los patrones culturales de los grupos dominantes, en acentuada oposición con las culturas indígenas.

Reflejo de esta situación son las características que diferencian, al médico formado en la medicina alopática, de los agentes tradicionales de salud indígenas, así (Werner: 1981).

- a. EL médico procede de un grupo y clase social distinto al de la comunidad indígena que demanda sus servicios.
- b. Es seleccionado por las escuelas de medicina con base en su aptitud académica y su condición socioeconómica, descartando toda consideración por la comunidad sobre la base del interés, la comprensión y los conocimientos de la misma.
- c. Su formación académica se centra en los aspectos orgánicos y tecnológicos de la medicina, sin atender a los aspectos humanos, sociales y políticos.
- d. El método ostenta una gran capacidad para tratar casos individuales y enfermedades poco comunes y difíciles, y menor aptitud para tratar eficazmente la mayoría de las enfermedades importantes de la mayor parte de los miembros de la comunidad por el desconocimiento de ésta, de su idioma, costumbres y actitudes frente a la enfermedad y al tratamiento.
- e. Mantiene una actitud de superioridad frente al enfermo al tratar a las personas como pacientes, es decir como "casos", sin preocupación e interés mutuos, sin valorar la capacidad de autocuidado de las personas.
- f. Muestra consideración especial por los factores económicos, reflejados en el cobro de honorarios excesivos y sus preferencias por tratar a las personas que si tienen capacidad de pago.
- g. Su fugaz permanencia en las comunidades al pasar a lo sumo de uno a dos años, tiempo en que apenas la población empieza a tomarle conocimiento y confianza y a familiarizarse con sus tratamientos, para

luego mudarse a la ciudad dejando a la población sumida en el caos y descontrol, iniciándose otra vez el ciclo con la llegada de un nuevo médico quien también permanecerá por poco tiempo.

Los anteriores aspectos de la formación y otros rasgos no menos importantes que caracterizan a buena parte de los médicos alopáticos, los conllevan a desconocer y/o no aceptar de plano cualquier otro saber médico al no coincidir la superposición de estos con su marco de referencia planteado por la medicina alopática, en los aspectos relacionados con las concepciones sobre salud y enfermedad, nosografía, etiología y sistemas terapéuticos. Esta situación genera actitudes de rechazo sistemático para con los miembros de los grupos humanos poseedores de otros saberes médicos.

## **CONDICIONES DE SALUD.**

En las comunidades indígenas del Cauca y del Guainía prevalece una precaria situación de salud, no obstante la presencia en uno u otro grado, de los sistemas médicos tradicionales y el estatal. La baja expectativa de vida al nacer, las altas tasas de mortalidad y los elevados índices de desnutrición, son indicadores fidegninos de esta situación.

La expectativa de vida al nacer de un indígena caucano en el año de 1972 era de 36.1 años en hombres y 38.7 en mujeres, o sea 21 años menos que un colombiano promedio. La tasa bruta de mortalidad era del 27.1 por mil, cuando la misma para la población promedio colombiana era de 9.7 por mil.

Para ese mismo año mientras en Colombia fallecían en promedio 87 niños por cada mil, en el Cauca indígena morían 233.2 (Bayona, 1977) y en el Guainía 347 para el año 1981 (Portela 1982). Esto se explica en buena parte por el alto porcentaje de niños desnutridos. Del promedio de 2.06 niños menores de 5 años por familia en el Cauca, el 1.33 presentan algún grado de desnutrición lo que en términos porcentuales equivale al 64% de niños desnutridos por familia (Instituto SER de Investigaciones, 1980).

En lo correspondiente al Cauca, la morbilidad específica de la población indígena no se conoce con exactitud debido a la deficiencia y subregistro de información, por el no reporte del origen étnico de la población atendida, en los registros del Servicio Seccional de Salud.

Los informes de los organismos de salud ubicados en zonas de mayor población indígena permiten establecer las siguientes causas de morbilidad: Las enfermedades infecciosas intestinales, del aparato respiratorio, del aparato urinario, las infecto-contagiosas, las enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo, la tuberculosis, la desnutrición y demás enfermedades carenciales. Además de estas, en el Guainía se presenta una alta prevalencia del paludismo y la entidad patológica más importante es la tuberculosis, por la crítica situación nutricional de la población, su poca experiencia inmunológica, la facilidad

de transmisión y la concepción "mágica" que tienen de los tratamientos, haciendo que su control sistemático individual y colectivo por parte del sistema médico estatal, muestre gran deserción y pérdida de pacientes, resistencias bacterianas secundarias a esta situación, y tendencia a la endemidad en algunos grupos poblaciones.

Elias Sevilla (DNP 1980) en su estudio sobre el Cauca indígena encontró en 1976 una alta incidencia de diarrea en los menores de 5 años objeto de la investigación, pues el 78% de los mismos presentaba síntomas de cronicidad en los 6 meses previos a la encuesta. El mismo estudio indica que el análisis del esputo hemoptóico, el cual arroja la presunción de enfermedad tuberculosa pulmonar, señala índices mucho más altos que el promedio nacional, pues este es del 9.5% en el Cauca indígena, mientras que el promedio nacional es del 5.6%.

La causa subyacente a esta crítica situación de salud en las comunidades es esencialmente de tipo socioeconómico y de contacto cultural.

En lo primero porque los indígenas de la zona Andina practican una economía de tipo agrícola y pecuaria básicamente de auto-consumo que se ha venido desmejorando por una integración a la economía de mercado, constituida por pequeñas parcelas en usufructo y complementada en algunos casos con actividades de caza, pesca y recolección que a su vez son las principales actividades de las selvas, complementadas con la agricultura.

En lo segundo por los procesos de colonización de las tierras indígenas, la pérdida de éstas y la introducción de nuevas patologías.

### **LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD: ESTRATEGIA PARA LA PRESTACION DE SERVICIOS BASICOS.**

Dentro de las políticas del Gobierno Nacional se ha adoptado la estrategia de Atención Primaria de Salud buscando una activa participación de los indígenas y la capacitación de personal sanitario de las propias comunidades, como la más factible para el logro de la prestación de los servicios básicos. Dicha estrategia se define según la OMS y UNICEF (1978: pp: 3-4) como:

La asistencia sanitaria esencial basada en los métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentales y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden apoyar en todas y cada una de las etapas de desarrollo con un espíritu de auto-responsabilidad y autodeterminación. La Atención Primaria forma parte integrante tanto del Sistema Nacional, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel del contacto de los individuos, la familia y

la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

La Atención Primaria de Salud comprende cuando menos:  
—La educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción de suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento de agua potable.

Esta definición considera a la Atención Primaria de Salud como un principio universal que debe ser aplicado en la misma forma sustancial cuando el Sistema Estatal de Salud se articula con determinados grupos socioculturales, presuponiéndose una armonía de intereses entre estos grupos y el sistema formal de salud. Igualmente tiende a idealizar la aceptación y participación de la cultura y las instituciones indígenas en las acciones para el mejoramiento de los niveles de salud. Se considera un solo tipo ideal de grupo cultural haciéndose caso omiso de la gran diversidad existente, expresándose esta situación a nivel Estatal en los manuales generalizantes y reductores sobre metodologías para la organización de la comunidad, con el objeto de su participación en los programas de salud.

El hecho que la Atención Primaria en Salud deba basarse en “métodos y tecnologías prácticas científicamente fundamentadas” y sea promovida por un sistema estatal fundamentalmente médico-alopático, adquiere un carácter impositivo al subvalorar cualquier otro saber médico. Los principios metodológicos empleados nos revelan tal situación al igual que los movimientos indígenas rechazando las actitudes de la medicina estatal y sus agentes frente a sus propias concepciones sobre la salud y enfermedad, etiología, nosografía y terapéuticas.

Un programa de Atención Primaria en Salud no puede ser aplicado a grupos culturales indiferenciadamente. Si esta actividad no está precedida de un cambio de actitud por parte del equipo de salud, en relación con la revaloración y valoración de las prácticas médicas tradicionales, sería imposible el desarrollo de la Atención Primaria en Salud desde la perspectiva de un programa integrado de salud.

## **LA PRACTICA MEDICA TRADICIONAL INDIGENA**

No olvidemos, que al interior de los grupos indígenas opera lo que se reconoce como sistema médico tradicional, encargado de prevenir y resolver los problemas de salud de la comunidad. Está constituido por un sistema de creencias (saberes) sobre la salud y la enfermedad y de prácticas relacionadas con la prevención, preservación, diagnosis, tratamiento y/o restitución de la salud. Es en suma un saber médico mantenido por la tradición y cualquiera que sea su forma todos los tratamientos son naturales o rituales, y la mayoría de las terapias combinan elementos de ambos ordenes.

En los tratamientos aplicados al organismo humano, a las relaciones sociales y espirituales y a ciertos estados psíquicos internos, como la culpabilidad y la ansiedad, se evidencia ese amplio criterio con que opera la medicina tradicional, haciéndola merecedora del calificativo de más extensa que la medicina alopática, como lo plantea Michael Kenny (1980 p. 29). No sólo explica el proceso de salud-enfermedad, sino también el por qué y los responsables. La enfermedad no se analiza fuera del contexto social, sino en relación con los factores sociales y culturales.

Los agentes tradicionales de salud en sus diversas prácticas (Shamanes, Payés, Jaibanás...Etc.), son los encargados de resolver los problemas de salud que se hallan al alcance de sus conocimientos y experiencias, son los guardianes del equilibrio físico y psíquico del individuo y social del grupo, por el que intercede en las confrontaciones personales con las fuerzas sobrenaturales del supermundo y el submundo. (Furst, 1980, p 19). A diferencia de los agentes de la medicina alopática, gozan de gran prestigio y reconocimiento y comparten todas las actividades normales con la gente de su grupo, atienden sin discriminación a los individuos que los solicitan, reciben una simbólica recompensa en especie o en dinero y siempre están a disposición para cualquier emergencia.

Los "agentes" de la medicina tradicional son conscientes de las limitaciones para tratar ciertas patologías que les son relativamente nuevas y para las cuales no han generado una terapéutica adecuada. Y en tal sentido la medicina alopática la aceptan como una alternativa terapéutica.

La experiencia demuestra que cuando se agotan los recursos de la medicina tradicional en un tratamiento sin lograr mejoría, se recurre al médico alopático o viceversa. Lo que indica que cuando una de estas prácticas es insuficiente se presenta como una alternativa más, y que para el caso de la Medicina Tradicional Indígena, las oportunidades de uso de aquella se ven altamente reducidas por la actitud de los agentes alopáticos, lo que no se presenta en el caso inverso.

La habitual postura de la medicina alopática ha conducido a la negación a priori de los valores de la medicina tradicional considerando sus prácticas y costumbres como irracionales, acientíficas o producto de la ignorancia (Portela, Monje. 1983). Esta negación histórica de los valores de la medicina tradicional ha traído consigo el natural rechazo y desconfianza por la medicina alopática, ocasionando el limitado éxito o fracaso de las acciones médicas emprendidas por el Estado.

Paralelamente al sistema médico alopático ha existido la medicina tradicional sobreviviendo a los embates del primero. Situación que indirectamente está indicando que la medicina tradicional no es tan ilógica y no científica haciendo parte de la cultura de un grupo, al cual le ha permitido su perpetuación biológica y cultural por estar en capacidad de controlar los problemas de enfermedad que se le generan. Como lo plantea Kenny, una cosa es que los tratamientos mágico-religiosos sean

irracionales desde una mirada etnocéntrica y otra que algún componente de ese proceso sea científicamente válido. "El menosprecio por la medicina primitiva es en el fondo un mecanismo de autodefensa de la medicina "cosmopolita" (Kenny. 1980, p., 28).

### **CONDICIONES NECESARIAS PARA UNA ADECUADA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD A LOS INDIGENAS: ¿LA INTEGRACION DE LA MEDICINA ALOPATICA Y LA MEDICINA TRADICIONAL?.**

Es característica en los antropólogos, plantear que una adecuada estrategia de Atención Primaria de Salud en comunidades indígenas, parte ante todo del reconocimiento de la existencia de un sistema médico tradicional y su relación, con su sistema de creencias, recursos materiales y humanos, con la medicina alopática en busca de una práctica médica integrada.

Este logro se obtiene, entre otras cosas, fundamentalmente con un cambio de actitud por parte del médico alopático y del equipo de salud, el cual es posible a partir de talleres de sensibilización dentro de las comunidades donde existen prácticas médicas diferentes.

Es necesaria además una toma de decisiones en concertación con la comunidad, que permita acciones conjuntas de investigación con participación de la comunidad y sus agentes de salud tradicionales con los equipos de salud Estatal, que conlleven desde un conocimiento mutuo de las concepciones sobre la salud y la enfermedad, etiología, nosografía y prácticas terapéuticas, así como un diagnóstico integral e integrado de la situación de salud hasta el análisis de los resultados de las prácticas terapéuticas.

Estas investigaciones permiten reconocer los elementos teóricos y empíricos de la medicina tradicional a integrarse, así como sus vacíos a cubrir por la práctica médica alopática o viceversa. Terapéuticas complementarias o afines que deben ser mantenidas, así como los recursos humanos, de infraestructura e insumos; es decir, una asimilación recíproca de prácticas y experiencias positivas.

Se garantiza una amplia y efectiva participación de la comunidad en la ejecución de las acciones tendientes a mejorar el nivel de salud, por estar presente desde el proceso de investigación; facilitando dentro de la dinámica de la cultura cambios de actitudes sobre la salud y la enfermedad, cuando esto no sean los más indicados para el logro del bienestar físico de la población.

Hasta aquí básicamente lo presentado es la posición actual de la antropología dentro de los programas de salud, dirigidos por el Estado hacia las comunidades indígenas.

Las acciones promovidas parten del análisis de la estructura de la morbimortalidad presente en los grupos indígenas y cuyos indicadores del nivel de salud a la luz de nuestra estructura social se consideran

alarmantes. No existe un previo análisis de la valoración que los miembros de un grupo sociocultural dentro del sistema médico tradicional, hacen de la salud, la enfermedad y la mortalidad, con el propósito de establecer si las prioridades para nuestro grupo social coinciden con las de ellos.

Podría plantearse el interrogante, ¿teniendo en cuenta que se trata de seres con las mismas necesidades biológicas, los problemas de enfermedad y las prioridades no son las mismas?. Tomamos el hecho que desde la época del contacto, los grupos indígenas han coexistido con patologías causa de altos índices de mortalidad y que a pesar de ésta su población ha tenido una tendencia al crecimiento demográfico.

Estos grupos con el propósito de lograr su perpetuación biológica y ante la imposibilidad de la medicina tradicional para controlar o erradicar estas patologías, resuelve su problema a nivel de estructura social buscando el no control y altos índices de natalidad. Si realmente esta es la solución que se ha dado no al problema de la alta mortalidad sino al de la inestabilidad de la población, las prioridades en el campo de la salud entrarían a ser diferentes. Los problemas de salud y enfermedad en los grupos humanos pueden no variar mucho, pero las prioridades hay que buscarlas en el contexto social y cultural de los grupos humanos.

Cuando se plantean acciones concertadas, en que medida hay verdadera concertación, si dicha actividad parte siempre de las instituciones del Estado hacia las comunidades, y si la interiorización de la concertación no está presente como una necesidad ni en la institución y ni en el grupo sociocultural?... Consiste básicamente en reunir "representantes" de grupos por parte de unos se acepte la implementación de programas de salud. La mayoría de las veces no son los indígenas mismos quienes actúan en su representación sino sus directivos no siempre indígenas, cuando están políticamente organizados, proyectando toda su posición etnocéntrica al cuestionar solamente la no presencia institucional.

De las políticas de salud planteadas por el Estado, hacen parte en relación con las comunidades indígenas, logros obtenidos mediante la presión ejercida por éstas a través de sus luchas por sus derechos; cómo el reconocimiento institucional de la medicina tradicional y el decidido cambio de actitud por parte de los agentes de salud estatal hacia ésta. No se han tenido en cuenta aspectos tales cómo, si hay una real existencia de sistemas médicos tradicionales de salud y sus agentes en las comunidades o son simplemente prácticas populares aisladas donde existe una superposición de roles. Igualmente no se indaga sobre la disposición a un cambio de actitud por parte de los agentes de la medicina tradicional hacia la medicina alopática.

Cuando se plantean programas de salud para comunidades indígenas, se piensa en coberturas y mayor presencia de apariencia institucional. Los análisis y estudios se generan en nuestro grupo sociocultural de acuerdo a nuestras concepciones y actitudes en relación con el proceso de salud-enfermedad. Se desconoce el verdadero papel de la medicina tradicional, cuando existe como sistema al interior de los grupos

socioculturales. Bajo esta perspectiva la Atención Primaria de Salud evidencia su característica etnocéntrica y más parece una estrategia para penetrar y destruir los sistemas médicos tradicionales que para brindar la base para la integración de la medicina alopática con la medicina tradicional. Revela además, la incapacidad del Sistema Nacional de Salud colombiano para controlar y/o erradicar las patologías prevalentes no sólo en las comunidades indígenas sino en la población colombiana en general.

En tal sentido pienso que en Colombia para los planes de Atención Primaria de Salud, sigue aún vigente aquella afirmación de Foster que dice:

“Hoy día, sabemos mucho menos de los aspectos culturales, sociales y psicológicos del desarrollo, que de los puramente tecnológicos. El médico de salud Pública esta seguro de que puede planear acertadamente los aspectos clínicos de una campaña contra la viruela. Ya se han resuelto, con mucha anticipación, los problemas de la producción de vacuna, de su almacenamiento y de su transporte a las comarcas que lo necesitan. Pero el médico no sabe como persuadir a todos los habitantes de la Aldea a que se dejen vacunar. (Foster, 1980. p., 14)

Es precisamente aquí donde se ubica realmente el problema y no tanto en una integración de la medicina tradicional y alopática, porque en últimas lo que está de por medio es una simple incorporación de unas prácticas médicas a otro gran sistema de prácticas médicas a otro gran sistema de prácticas. Mal haríamos entonces el pretender una integración de las medicinas cuando la casi totalidad de la población colombiana, (exceptuando los médicos y demás agentes), hace un uso con características de abuso (Automedicación) y Dependencia de la medicina alopática, desconociendo los más elementales principios de Autocuidado individual y comunitario para integrarlo a un sistema de saberes médicos, diferente.

## REFERENCIAS

Bayona, Alberto y Vejarano, Fernán. 1977.

**La población indígena de los resguardos del Cauca. Algunas características demográficas. Bogotá, Pontificia.** Universidad Javeriana. Facultad de Estudios Interdisciplinarios.

Departamento Nacional de Planeación. 1980.

**Diagnóstico de la situación indígena en Colombia.** Bogotá, Autor.

Foster. M. George. 1980

**Las Culturas Tradicionales y los cambios Técnicos. México. Fondo de Cultura Económica.**

- Furst T. Peter. 1980. **Alucinógenos y Cultura.** México. Fondo de Cultura Económica.
- Instituto Ser de Investigaciones. 1981. **Proyecto de evaluación y asistencia técnica para el Cauca. Ejecución de trabajo de campo y resultados preliminares.** Bogotá.
- OMS - UNICEF. 1978. **Atención Primaria de Salud. Informe de la conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.** Alma Ata. URSS, 6-12 Septiembre de 1978.