

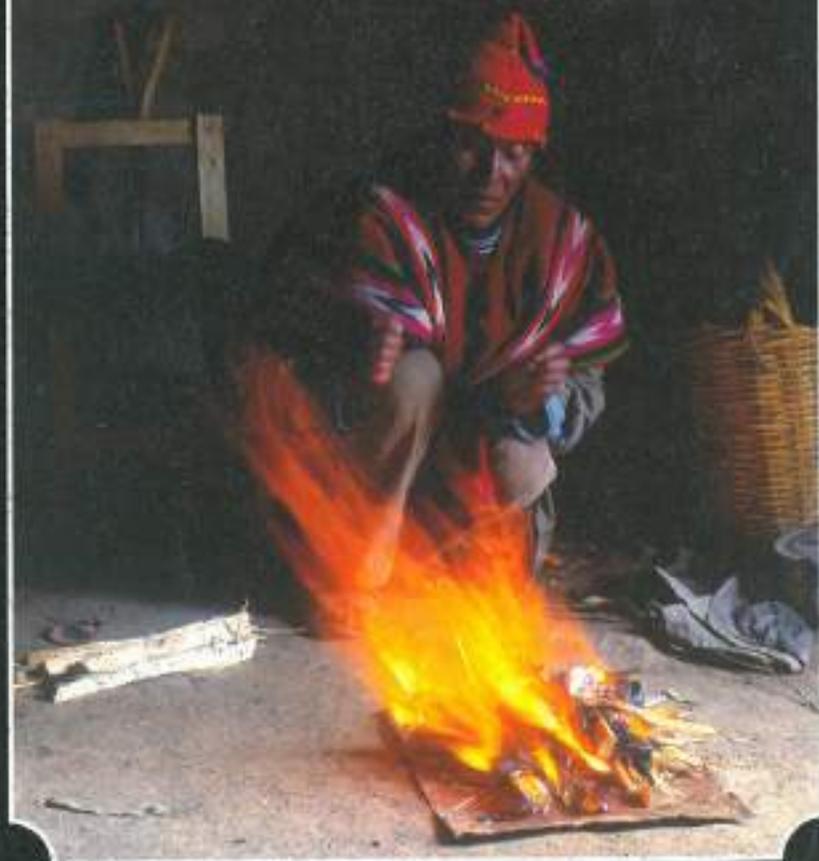
Gerardo Fernández Juárez

MEDICOS Y YATIRIS

Salud e Interculturalidad
en el Altiplano Aymara

con comentarios de

Xavier Albó • Enrique Pinto • Jaime Zalles



CEPIS
Cuadernos de
Investigación

51

Gerardo Fernández Juárez

MEDICOS Y YATIRIS
Salud e Interculturalidad
en el Altiplano Aymara

con comentarios de

Xavier Albó
Enrique Pinto
Jaime Zalles

Cuadernos de Investigación CIPCA
51

Ministerio de Salud y Previsión Social,
CIPCA y ESA, OPS/OMS
La Paz, 1999

La presente publicación ha sido posible gracias al respaldo financiero de la OPS/OMS. Agradecemos muy particularmente el apoyo del Ministro de Salud y Previsión Social, Dr. Guillermo Cuentas, y del Dr. Francisco Rossi, consultor de la OPS/OMS.

MÉDICOS Y YATIRIS
Salud e interculturalidad en el altiplano aymara

© Gerardo Fernández Juárez
Depósito legal 4 - 1 - 907 - 99
La Paz, Bolivia, 1999

CIPCA Cuadernos de Investigación Nº 51
Casilla 5854, La Paz, Bolivia
Teléfono (591 2) 32 27 97. Fax (591 2) 3913 64
Correo electrónico: cipca@caoba.entelnet.bo

ESA Equipo de Salud Altiplano
Qurpa, Jesús de Machaca
Casilla 283, La Paz, Bolivia
Fax (591 2) 39 14 21

Edición: Xavier Albó
Cuidado de edición y diagramación: María Josefa de la Torre y Ediciones Gráficas E.G.
Índices: Estéban Ticona y María Josefa de la Torre
Fotografías: Gerardo Fernández, Xavier Albó, Cristina Roberts, Ina Rosing y ESA.
Diseño de la tapa: Milton Paredes (E.G.)

Producción: Ediciones Gráficas E.G.
20 de Octubre 1556, Casilla 333
Tel. Fax: (591 2) 38 58 53
La Paz - Bolivia

Impreso en Bolivia

*Para
Esther*

*A la memoria de
mis padres Josefina y Gerardo*

*A Raulito Condori y Ximena Condori,
víctimas de una desaprensiva coqueluche.
Dos claros exponentes del fracaso
en el ejercicio de la multiculturalidad boliviana
en el ámbito de la salud.*



Un puente entre dos culturas. Titulación de una Responsable Popular de Salud (RPS) después de un curso con el equipo de Salud Altiplano en Qurpa. [ESA]

Introducción

Una de las mayores preocupaciones del Ministerio de Salud y Previsión Social ha sido la de mejorar el acceso de los bolivianos y bolivianas a los servicios de salud, en el contexto de la lucha contra la pobreza, fundamento del pilar equidad del plan de gobierno. Y en este empeño se han identificado barreras económicas, geográficas, culturales y de satisfacción del usuario, dentro del diseño de programas de mejoramiento de la calidad y la calidez de los servicios.

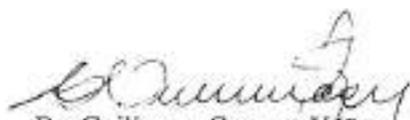
El Seguro Básico de Salud es una estrategia fundamental del Ministerio para enfrentar estas barreras con mecanismos simples, eficaces y de largo plazo. Por su diseño, está destinado a eliminar las barreras económicas en los problemas de salud más importantes para el país. También se han hecho esfuerzos de construcción y dotación de infraestructura en los años anteriores, para disminuir en lo posible, las barreras geográficas al acceso.

Igualmente hemos lanzado importantes iniciativas para mejorar la calidad de los servicios que ofrecemos a la población, combinando metodologías innovadoras como los contratos de gestión y los mecanismos de asignación de recursos, con estructuras y mecanismos de supervisión y control.

Sin embargo, ha sido mucho más complejo abordar el terreno de las barreras culturales. Esto, a pesar de la conciencia de nuestro carácter de nación multiétnica y pluricultural.

El trabajo realizado por el Doctor Gerardo Fernández Juárez, que tenemos el agrado de presentar, introduce una óptica relativamente novedosa y de la mayor importancia para los servicios de salud. A partir de un juicioso estudio de la interpretación aymara de la salud, la enfermedad y el cuerpo humano, nos ofrece la perspectiva que el paciente, que proviene de un ámbito cultural específico, tiene de nuestra oferta de servicios.

Espero que su lectura, a la que invito a intelectuales, planificadores de salud y, especialmente, a los prestadores de servicios, contribuya a comprender mejor no solamente nuestras raíces, sino lo que los enfermos esperan de nosotros en las instituciones de salud.



Dr. Guillermo Cuentas Yáñez

MINISTRO DE SALUD Y PREVISIÓN SOCIAL

INDICE GENERAL

PROLOGO, por José Fernández de Henestrosa	11
PRESENTACION, por Xavier Albó	13
1. UN PRIMER VISTAZO	23
2. TESTIMONIOS Y NOTAS DE CAMPO	41
2.1. Petrona Mamani (Jesús de Machaqa)	45
2.2. Silveria Mamani y Sebastián Ticona (Jesús de Machaqa)	50
2.3. Julio Quenta (colonizador)	60
2.4. Notas de campo	65
3. UN KALLAWAYA EN LA PAZ	83
3.1. El testimonio de don Pedro	88
3.2. Medicina y cultura <i>kallawaya</i>	115
4. LOS "SABIOS" LOCALES FRENTE A LA AFLICCION	125
4.1. Los especialistas locales	125
4.2. Enfermedad, diagnóstico y tratamiento	130
5. LA TUTELA DE LAS "SOMBRAS"	149
5.1. ¿Sombras trinitarias?	156
5.2. La enfermedad en la historia	159
5.3. La lucha por las "sombras"	162
6. CUERPOS ABIERTOS Y CERRADOS	167
6.1. Comida	169
6.2. El cuerpo biológico	173
6.3. El cuerpo "social"	177
6.4. El cuerpo simbólico	180
7. MEDICO Y YATIRI EN PAREJA, COMO <i>CHACHAWARMI</i>	191
7.1. Medicina e interculturalidad	191
7.2. La otra mirada: El marco global	195
7.3. ¿Sugerencias?	202
COMENTARIOS	
La perspectiva de un médico, por Enrique Pinto	219
Complementación de las dos medicinas en el campo, por Jaime Zalles	229
BIBLIOGRAFIA	247
INDICE TEMATICO	261

INDICE Y CRÉDITOS DE LAS FOTOGRAFÍAS

Créditos de las fotos: CD: Constanza Díaz; ESA: Equipo de Salud Altiplano (Jesús y San Andrés de Machaca); FS: Fernando Soria; GF: Gerardo Fernández; IR: Ina Rösing (de sus publicaciones "Mundo Ankari", nn. 1 y 5, citadas en la Bibliografía); KR: Kristina Robberts; XA: Xavier Albó. A todos ellos agradecemos sus aportes a este volumen.

El número inicial se refiere a la página en que aparece cada fotografía.

Carátula. *Yatiri* quemando su ofrenda a las divinidades. [FS]

Contratapa. Dentista en la posta de Qurpa. [KR]

4. Un puente entre dos culturas. Titulación de una Responsable Popular de Salud (RPS.) después de un curso con el Equipo de Salud Altiplano (ESA) en Qurpa. [ESA]
9. *Chachavarni*. Marido y mujer, la plenitud de la persona humana. [GF]
10. *Chachavarni*. Hombre y mujer aymaras preparando ingredientes rituales para una curación. [GF]
20. Ofrenda ritual a Gloria en la cumbre del cerro sagrado Pajehiri (prov. Omasuyos, La Paz), la madrugada del primero de agosto. El oferente es Gerardo Fernández, autor de este libro. [XA]
21. Peregrinos llegados desde la ciudad de Oturo a la cumbre del cerro sagrado Pajehiri (prov. Omasuyos, La Paz), la madrugada del primero de agosto. [XA]
22. Cerro Pajehiri, madrugada del primero de agosto. El *ch'amakani* Carmelo Quispe hace una ofrenda pidiendo licencia a la piedra-rayo, que ya está "amarrada" por diversos oferentes, para que permita hacer ofrendas a otras divinidades del área. [XA]
38. El *kallawayu* Germán Pinto "lee" la coca en Charazani. [IR 1993a: 285]

39. El conejo andino (*wang'u*) sirve para diagnosticar enfermedades. Con él se frota al enfermo y después se busca la señal de la enfermedad en el cuerpo del conejo sacrificado. [IR 1987: 137 y 93]
40. Una suplicante en Charazani. [IR 1993a: 267]
81. Cursillo de la Responsable Popular de Salud (RPS) a mujeres en una comunidad de Jesús de Machaqa. [ESA]
82. Cursillos de parto y nutrición en escuelas rurales de Jesús de Machaqa. [ESA]
123. Don de curación del Predicador ambulante evangélico en la feria de Qurpa, Jesús de Machaqa. [CD]
124. Al ajustar hilos en el cuello o brazo del niño, se evita que se asuste y su ánimo se vaya o que tenga amartelo por la ausencia de sus padres. Charazani. [IR 1987: 199]
- 147 y 148. Compartiendo con las almas, que retornan en Todos Santos. La ropa de la difunta simboliza su presencia. Coroma (Potosí), lugar donde en ese día también se realizan ritos a la indumentaria de los antepasados más antiguos, fundadores del *ayllu*. [XA]
165. Bebé enfermo en manos de la medicina convencional en un hospital. [FS]
166. Muchacha enferma en manos de la medicina andina: "limpia" nocturna en un río de Charazani. [IR 1987: 147]
188. Cuerpos cerrados, bocas abiertas. Control dental en una escuela de Jesús de Machaqa. [ESA]
189. Cuerpos cerrados, bocas abiertas. La doctora cura a paciente en la posta de Qurpa. [KR]
190. Reunión de autoridades intercomunales en Jesús de Machaqa, sobre salud. La primera parte del mensaje en la pared dice: "Hombres y mujeres caminemos juntos". [ESA]
212. Programa madres e hijos en la posta de Qurpa. [ESA]
213. Auxiliar y médico atendiendo a pacientes en la posta de Qurpa. [ESA]

- 214-215. *Wilancha*; u ofrenda de sangre a las divinidades ancestrales, en la inauguración del Centro Avelino Sifiani, Qurpa. 1. La llama bien adornada antes de ser sacrificada. 2. La sangre. 3. Un dirigente "pasado" *ch'olla*; el nuevo edificio. 4. La marca ritual seguirá visible durante años. [XA]
216. El *ch'amakani*; Carmelo Quispe, reza con incienso en la cumbre del cerro Pajchiri antes de quemar su mesa de Gloria. [XA]
218. Sanitarios del Equipo de Salud Altiplano retornando a sus postas, dispersas por toda la región de Jesús y San Andrés de Machaca, después de una reunión. [XA, arriba: ESA, abajo]
227. En comunión con las almas. Todos Santos en Qurpa. [XA]
228. En comunión con las almas. Todos Santos en Charazani. [IR 1987: 331]
242. Entrega de la "mesa" u ofrenda de comida ritual al fuego, para que "se sirva" el *achachila*. [ESA]
243. Mesa de salud, efectuada con motivo de un parto complejo. [GF]
244. *Ch'iyara nisa*, mesa negra. Mesa de Gloria, conocida también como "blanca" (*janq'u*) o, a veces, "de salud". [GF]
245. Mesas de *Pachamama*, con feto de llama y huevo. Una ofrenda está ya envuelta en lana. [GF]
246. Mesas comunitarias de *chullpa* y de *Pachamama*. [GF]

CHACHAWARMI

"Médicos y yatiris, que vayan en pareja como *chachawarmi*, hombre y mujer."

Hombres y mujeres aymaras contribuyen con sus conocimientos en el tratamiento de la enfermedad. Los conocimientos médicos y ceremoniales no son exclusivos de los varones ni de las mujeres, lo que otorga el sentido de complementación y simetría al concepto chachawarmi, "pareja". Este es el término explícito elegido por la auxiliar clínica machaqueña para referirse, en sus recomendaciones, a las relaciones deseables entre los representantes de la medicina aymara y los de la medicina convencional: Ir como chachawarmi, médico y yatiri emparejados, cada uno con sus saberes y aportaciones en el tratamiento de la enfermedad, sin arrogancias, prepotencias ni descalificaciones.



Chachawarmi. Marido y mujer, la plenitud de la persona humana. [GF]



Chacha yatiri

Chachawarmi. Hombre y mujer aymaras preparando ingredientes rituales para una curación. [GF]

Warmi yatiri



PROLOGO

José Fernández de Henestrosa

Hace treinta años, en 1969, Gustavo Iturralde SJ iniciaba su andadura por el altiplano de Machaqá y Tiwanaku. Su fuerte personalidad y su gran capacidad de trabajo, fueron poco a poco arrastrando a todos los que se iban encontrando con él. Jimmy Zalles fue el primero, después seguimos otros muchos, entre ellos algún médico y numerosos estudiantes de medicina. Lo que sería el Equipo de Salud del Altiplano (ESA) daba sus primeros pasos. Junto a ellos los catequistas, que hoy son diáconos permanentes y los promotores de Javier Reyes, iniciaron un camino junto al pueblo aymara. A los pocos años seguiría la presencia local del Centro de Investigación y Promoción Campesina (CIPCA), y posteriormente el Centro de Estudios Técnicos Humanísticos Agropecuarios (CETHA), con su granja, el Centro Avelino Siñani, el equipo Warmi, y el Centro de Apoyo a la Educación de Machaqá (CAEM). Han transcurrido treinta años; hoy con sus *malkus* y sus *malku taykas* proseguimos por un camino de afirmación y de respeto, aunque en algunos trechos no hayamos sabido escuchar y creer.

El libro de Gerardo Fernández, junto a la cartilla de alfabetización en aymara y la colección *Jesús de Machaqá*, la *marka rebelde* de CIPCA, y pequeñas publicaciones como el *Machaq Amuyt'awi* del CETHA y el *Wari* del CAS, se inscribe en la trayectoria esbozada por su tema *chachawarmi*, de un verdadero y respetuoso diálogo intercultural, en que las dos tradiciones culturales vayan en pareja, como hombre y mujer. Es en esta trayectoria que el libro aporta nuevas luces de esperanza de cara a un futuro aparentemente tan incierto, pues la asimetría de las fuerzas en la búsqueda del *chachawarmi* es muy grande, por no decir que a rutos se presenta demasiado grande, como si viviéramos un tiempo en el que nos quieren borrar del horizonte la esperanza de que hay otras formas de vivir.

Me atrevo a citar a Ignacio Ellacuría, en una de sus últimas charlas antes de su asesinato en El Salvador, con motivo de los 500 años.

Desde el punto de vista del Tercer Mundo, sería muy interesante y fructífero, con motivo de este quinto centenario, poder oír la autoconfesión del Primer Mundo. Pero eso, naturalmente, va a ser muy difícil. Por eso nosotros creemos que si el profeta (que en este caso es el Tercer Mundo) no le dice al Primer Mundo la verdad, el Primer Mundo no va a ser capaz de ver y descubrir su propia realidad y, en cambio, va a seguir diciéndole al Tercer Mundo lo que debe hacer.¹

Nuestra pequeña historia en Machaca, en Bolivia, en el Tercer Mundo, sigue necesitando de profetas, como el libro de Gerardo, que sigan diciendo al Primer Mundo la verdad. Y es que en nuestro altiplano es donde se manifiestan los efectos últimos de lo que es y de lo que pretende el proyecto occidental.

No nos engañamos al seguir soñando que es posible este diálogo intercultural –en este caso el *chachawarmi* entre la medicina tradicional y la medicina convencional– por más que las condiciones de dicho diálogo son tan desiguales. No nos engañamos a pesar de que la carta de presentación de la medicina convencional sea la de una enmarcada por la civilización del capital, hoy llamada neoliberalismo; en ella es cada vez más difícil vivir sin producir frutos de muerte. Pensemos en los numerosos obreros, profesionales, etc., que trabajan en las industrias del armamentismo, o en quienes están implicados en la industria del narcotráfico, o en los que su trabajo implica la destrucción salvaje de la naturaleza; son sólo tres ejemplos concretos que resaltan la riqueza de los cada vez menos, en base a la exclusión de los cada vez más. Los grandes logros de la medicina convencional, por más grandes que sean, quedan desfigurados ante una cultura que cada vez se enraiza más en la riqueza y el poder de unos pocos. Su respuesta a los problemas es una mala respuesta; por ello es preferible, por más doloroso que sea, no tener solución a pesar de los muchos problemas, a tener una mala solución (Ellacuría 1990: 11). Por eso mantenemos la esperanza en este diálogo.

El servicio y la solidaridad requieren de una convivencia larga, pues de lo contrario se cae en el peligro de servir sin preguntar: sin comprender la verdadera necesidad del otro. No hay duda de que existen muchas respuestas a los problemas, pero si no surgen de cuestionamientos, muy poco nos sirven. No podemos negar que a todos nos gusta que se nos eche una mano; pero no que nos lleven en brazos, me decía un amigo. Y es que sin respeto no es posible el diálogo.

Curiosamente en este final de siglo en que la civilización del capital pretende unificarnos a todos y excluir cualquier otra forma de vivir, es cuando van surgiendo más alternativas a la propuesta imperante. Libros como el de Gerardo renuevan la esperanza de un mundo más humano y digno. Gracias Gerardo.

Pepe H.

1. Ellacuría Ignacio, 1990. "Quinto Centenario América Latina: ¿Descubrimiento o encubrimiento?" Cuadernos Cristianismo y Justicia, N° 31, p. 5.

PRESENTACION

Xavier Albó

Esta publicación conjunta del Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA) y del Equipo de Salud Altiplano (ESA) pretende abrir un nuevo foro de diálogo y de debate en un tema hasta ahora demasiado olvidado: la relación entre dos formas de medicina igualmente vigentes pero demasiado ignoradas entre sí o innecesariamente contrapuestas: por un lado la medicina académica convencional, que se enseña en las universidades y practica en los hospitales y centros de salud, y, por el otro, la medicina tradicional, que sigue practicándose en muchos lugares del campo. El texto ha sido escrito desde la perspectiva de los pacientes de otra tradición cultural y busca como lectores primarios a todos aquellos médicos y auxiliares que trabajan en el campo de la salud rural y popular.

El tema se plantea desde un ámbito cultural y geográfico muy específico, el del mundo aymara en el altiplano cercano a La Paz. Quien nos conduce en esta exploración es el Dr. Gerardo Fernández, un joven antropólogo que en años recientes ya nos ha regalado con dos bellos libros y una larga serie de artículos sobre el mundo simbólico aymara. Muy oportunamente, ha privilegiado la perspectiva de los que ocupan la posición estructuralmente más débil en ese diálogo; es decir, los propios aymaras, tanto sus médicos o yatiris como los pacientes a los que ambas medicinas pretenden servir. Nos muestra cómo ellos perciben su propio cuerpo y, de ahí, las causas de la enfermedad y los mecanismos para curarla. Con dramatismo presenta los continuos malentendidos surgidos de la práctica de la otra medicina, que se les impone con pocas

o ninguna explicación. Al final, esboza una serie de políticas públicas que contribuyan a achicar la brecha.

Al final del volumen hemos incluido dos comentarios al texto central de Gerardo Fernández, para que actúen como primeros catalizadores del diálogo que esta publicación pretende desencadenar. El primero proviene del Dr. Enrique Pinto, un médico con larga experiencia en el sector rural. El segundo es del Dr. Jaime Zalles, que ha sabido combinar como pocos, en su largo caminar por los senderos de la medicina, las experiencias de ambas tradiciones.

No es esta la primera vez que se aborda este tema. Son ya bastantes los estudios que han intentado sistematizar diversos aspectos de la antropología médica andina, como muestra la bibliografía de este texto. Pero la mayoría ha abordado el tema desde otros ángulos.

Lo más común han sido los inventarios de plantas medicinales o incluso de enfermedades "andinas", muchas veces buscando sus correspondencias, una a una, con las tipificaciones de la medicina académica convencional, como si se tratara de las diversas entradas de un diccionario. Tales inventarios son muy útiles para fines de consulta. Nosotros mismos hemos incorporado algo parecido, al incluir abundantes notas y detallados índices temáticos en este libro. Sin embargo este enfoque no ayuda mucho al diálogo propiamente dicho, pues pierde de vista su punto central: cada medicina funciona desde lógicas distintas y, por tanto, no caben esas correlaciones demasiado puntuales. Hay que entender más bien de forma global los principios subyacentes en cada lógica para recién buscar cómo ensamblarlas. No se trata de un simple diccionario de sinónimos sino de gramáticas muy distantes, de dos sistemas operativos que necesitan muchas mediaciones y conversiones para poder llegar a ser compatibles.

Esta es la perspectiva central adoptada por nuestro autor. Pero incorpora además, como clave de apertura, el testimonio directo de los actores aymaras. Se les da de esta forma esa palabra que muchas veces los médicos provenientes de otro medio cultural no escuchan o simplemente no entienden. El lector leerá y escuchará, en un castellano bordado en telar aymara, lo que el paciente siente de su situación y cómo—tanto él como el yatiri—la encuadra en su propio mundo

simbólico y conceptual. Desde ahí comprenderá mejor la distancia, y con frecuencia angustia, con que muchos de estos pacientes perciben al personal médico como a seres llegados de otra galaxia, pero llenos de silenciosa autosuficiencia y soberana prepotencia sobre su propio cuerpo dolorido. Lo que en muchos casos no es sino un bloqueo intercultural pasa a ser visto como una amenaza.

El tema tampoco es nuevo en cuanto a intentos prácticos y operativos de vinculación entre las dos medicinas. Propuestas pioneras como las realizadas por CENDA, INEDER y PROSAMA en Cochabamba, o por el propio Jaime Zalles en La Paz ya nos han abierto importantes brechas en esta dirección. Existen ya cursos y talleres conjuntos con representantes de ambas tradiciones curativas. Se ha montado incluso alguna clínica en que los pacientes tienen acceso simultáneo a médicos y a yatiris o jampiris, y en las que se pueden conseguir remedios de uno y otro origen recetados desde cualquiera de las tradiciones médicas. Estas experiencias no siempre han sido exitosas, pero los fracasos ayudan también a ir rayando mejor la cancha para nuevas propuestas.

Este libro no se mueve en un plano simplemente académico, teórico o de simple curiosidad antropológica. Más bien señala las premisas de un problema al que urge dar soluciones adecuadas. Se trata de vidas y seres humanos. Y es cabalmente en este punto en el que más apremiante resulta un diálogo a fondo entre todos los implicados, desde ambas vertientes culturales.

Las sugerencias incluidas en el último capítulo y en los comentarios anexos son un primer intento al que deben seguir ulteriores refinamientos y contrapropuestas. Experiencias previas de articulación entre las dos medicinas, como las arriba mencionadas, nos muestran que ya se ha abierto brechas en lo que debería ser una autopista transitada de forma rutinaria por todos los servicios de salud. Pero hay aún mucha reflexión y tareas pendientes para transformar esas brechas en autopistas.

* * *

Aprovechando este espacio, no me resisto a entrar yo mismo en el debate, siquiera para subrayar unos pocos puntos.

En primer lugar, tengamos en cuenta que hay una amplia gama de situaciones. El enfoque aquí adoptado da a todo el texto la riqueza de un estudio de caso en profundidad, pero al mismo tiempo lo circunscribe dentro de los límites propios de todo estudio de caso. El autor precisa, en su primer capítulo, los alcances de su estudio. No todo lo que aquí se dice es generalizable sin más a cualquier otra situación. Pero estas experiencias tan vivenciadas nos abren el apetito para interpretar cualquier otra desde las mismas claves interpretativas u otras análogas.

Aun sin salir del mundo andino, hay bastante variedad en las concepciones y en las relaciones que de ahí surgen entre las dos medicinas. Aparte de las muchas variantes culturales locales, dentro de la gran tradición andina, influyen las diversas formas de relacionamiento con la sociedad urbana dominante, o las experiencias concretas vividas por cada paciente con cada médico o enfermera en situaciones muy concretas. No sólo hay variantes de una región a otra sino también entre yatiris e individuos de la misma comunidad.

Si de ahí nos pasamos a otras culturas no andinas, la gama de variación es aún mucho mayor. En el mundo guaraní, por ejemplo, hay la tendencia a pensar que toda enfermedad ha sido puesta por el maleficio de otros. Cuando un paciente guaraní está convencido de que la causa de su enfermedad es el mal que le ha puesto el mbaekuaa (brujo, poseído por el principio del mal), no habrá cómo curarle con sólo medicinas. El tratamiento tendrá que incluir también todo un ritual, a cargo del ipaye (chamán, poseído por el principio del bien), para sacarle aquel mal puesto.

Esto nos lleva a nuestro segundo punto, que es la importancia del componente psicológico en todo ese ámbito de la salud. A fin de cuentas la psique, el alma, el ajayu –o como se le quiera llamar– es esencial en la constitución del ser humano. Por eso cualquier tratamiento médico de calidad incorpora esta dimensión psicológica. Ahora bien, nada está más ligado a la cultura de cada

pueblo que las formas en que se expresa este componente. Una buena curación debe, por tanto, buscar el camino de la confianza y de la sintonía entre médico y paciente dentro de los términos culturales en que se expresa la actitud psicológica del enfermo frente a su enfermedad. ¿Cómo podrá curarse alguien que siente pánico frente a quien debe curarle?

La dimensión religiosa de la enfermedad y la curación, tan fuertemente anclada en el mundo andino y otros muchos, es parte de eso mismo. Todo buen hospital tiene su capellán o incluso capellanes de las diversas religiones a las que pertenecen los enfermos y sus familiares. Pero, ¿cuándo se ha visto un hospital con algún yatiri en su staff? Si su presencia es reclamada por algún enfermo, sólo puede entrar de forma clandestina, en la oscuridad de la noche, bajo el riesgo de ser botado a gritos si se le descubre.

El caso del kharisiri o khari khari (degollador), al que nuestro autor dedica varias páginas y testimonios, nos ilustra los dos puntos subrayados hasta aquí. Su figura y sus acciones tienen todas ellas un mismo trasfondo cultural andino (o quizás, incluso europeo) y un brutal efecto psicológico sobre el enfermo y su contorno, al que hay que poner debido remedio para una curación efectiva.

Pero, dentro de ello, hay muchas variantes y permanentes evoluciones, según el lugar y el momento. Gerardo Fernández nos enfatiza una de esas evoluciones recientes: el kharisiri antes sacaba el sebo o grasa de sus víctimas pero ahora saca su sangre. Con todo, sería una generalización prematura pensar que en todas partes está ocurriendo esa misma evolución y en un mismo sentido. Hoy mismo, escribiendo esas líneas, he lanzado la pregunta a mis compañeros aymaras con los que estaba compartiendo la mesa en Qurpa y he recibido respuestas en todos los sentidos: unos insisten en que lo que saca es la grasa (como subraya su otro nombre aymara, lik'ichiri, derivado de lik'i, grasa); otros, en que saca la sangre; unos terceros mantienen que puede sacar grasa y sangre... En los testimonios contemporáneos encontraremos ejemplos para contentar a los tres. Tal vez, como sugiere Gilles Rivière (1991: 30), haya incluso algún parentesco etimológico entre la palabra quechua wira, que significa "grasa", y la palabra aymara wila, que significa "sangre"...

Pero esta misma evolución nos guía a un siguiente punto, central para todo este debate: el rol de la dimensión sociocultural en todo el ámbito de la salud.

Cuando, al menos en algunos contextos de salud y enfermedad, ahora se insiste más en el poder del kharisiri sobre la sangre de sus víctimas, que en su poder sobre la grasa, es posible que se refleje en el imaginario aymara popular el mayor poder que tienen los médicos q'aras (blancos) sobre la vida y milagros de la gente. En la versión tradicional, el kharisiri era un fraile de origen no andino y la grasa era después utilizada, entre otros fines, para los santos óleos empleados en los sacramentos. Lo que se temía y expresaba era el poder de una iglesia colonial. En tiempos más modernos, se ha añadido la versión de que esta preciosa sustancia vital iba a parar a lubricantes para la maquinaria y otros usos en el campo. Era el poder capitalista y de la modernización, presente por ejemplo en las minas del campo. Ahora se habla también de que el kharisiri usa una "jeringa" y de que saca sangre, atributos más propios de los médicos. ¿No nos dice algo todo ello sobre la distancia asimétrica que se ha ido creando entre el sistema de salud y sus presuntos beneficiarios, que más bien se sienten amenazados?

Pero no insistiré más en este ejemplo. Gerardo Fernández ya nos está prometiendo un estudio más amplio dedicado precisamente al kharisiri.

Para concluir, me referiré a un par de vivencias personales. Desde hace varios años CIPCA ha promovido diagnósticos interinstitucionales y planes integrados de desarrollo en las microregiones en que trabaja. Una de ellas es Jesús de Machaga, dentro de la que también actúa el ESA, coautor del diagnóstico y del plan entonces allí elaborados. Es significativo que, cuando éstos se realizaron, nadie de nosotros sintió la necesidad de analizar a fondo la problemática con la que hoy nos encara Gerardo Fernández. ¿Habría ocurrido lo mismo si ya hubiera estado disponible este libro?

Pocos años después se realizó otro diagnóstico en la región de Tiraque (Cochabamba) y esa vez, sí, el tema de la salud se analizó desde ambas perspectivas: la de la medicina académica convencional, encargada a un médico; y la de la medicina andina tradicional, encargada a un dirigente quechua con experiencia en ese campo. La idea inicial era que más adelante los

dos se sentaran juntos y juntos elaboraran una única estrategia de cara al plan. Pero resultó totalmente imposible, pues cada uno se cerraba en su perspectiva sin aceptar la del otro.

Estos ejemplos nos muestran que el diálogo, por urgente y necesario que sea, no es ni será fácil. Debemos saltar muchas barreras de seguridad y deshacernos de muchos prejuicios etnocéntricos desde ambos lados, para poder ir avanzando y profundizando en la dirección correcta.

Ojalá este libro estimule ese tipo de reflexión y debate, desde los primeros años en que los futuros médicos entran en las aulas universitarias, hasta su incorporación en servicios concretos de salud rural y en puestos de responsabilidad para la planificación de la salud pública. Ojalá estimule también análisis y reflexiones más profundas por parte de los especialistas en la medicina tradicional andina y en otras partes del país. Este es el deseo del autor, de los comentaristas y de las instituciones coeditoras.

Qurpa, Fiesta de Tata Espíritu, 1999.

NOTA. En la transcripción de los testimonios hemos mantenido el vocabulario, gramática y concordancias originales, que reflejan la influencia de una lengua materna originaria distinta del castellano y las oscilaciones propias del estilo oral. Sólo hemos introducido pequeños ajustes menores que faciliten la comprensión del lector.



Ofrenda ritual a Gloria en la cumbre del cerro sagrado Pajchiri (prov. Omasuyos, La Paz), la madrugada del primero de agosto. El oferente es Gerardo Fernández, autor de este libro. [XA]



Peregrinos llegados desde la ciudad de Oruro a la cumbre del cerro sagrado Pajchiri (provincia Omasuyos, La Paz), la madrugada del primero de agosto. [XA]



Cerro Pajchiri, madrugada del primero de agosto. El *ch'amanani* Carmelo Quispe hace una ofrenda pidiendo licencia a la piedra-rayo, que ya está "amarrada" por diversos oferentes, para que permita hacer ofrendas a otras divinidades del área. [XA]

UN PRIMER VISTAZO

Dicen que los gringos acostumbramos a resolver cualquier tipo de problema y circunstancia con tan sólo introducir nuestra mano en los bolsillos; como por arte de birlibirloque, atesoramos plata, dinero y fortuna sin el más mínimo esfuerzo. Por eso, entre otras razones, nos dicen *q'aras*, "pelados". Ellos son los *jaqi*, las "personas". Su razón es el trabajo, el esfuerzo continuo; nada se les ha dado fácil. El éxito depende de su enconado empeño... y de que, finalmente, la *Pachamama* quiera recompensar tanta entrega.

Seguro que Raulito Condori, a pesar de su corta edad, ya habría tenido ocasión de escuchar alguna historia sobre nosotros. Su reacción asustadiza, la primera vez que contempló mi rostro, así lo testimonia. ¡Cuatro ojos! (*¡pasi nayra!*), barba poblada, (*jach'a sunkhani*), nariz pelada (*nasa q'ara*) piel quemada, aspecto cansino y talla "sobrehumana", hacen de nuestro ser, de nuestra conceptualización como personas, algo extraño, extraordinario..., monstruoso. Sin embargo, en aquella ocasión la presencia del gringo, *q'ara*, *wiraxucha* ("caballero"), término igualmente empleado en referencia chistosa al chanco hasta el punto que no siempre resulta fácil diferenciar entre el trato grandilocuente y la mofa pública, no sirvió para nada. Raulito Condori murió; su vida se fue consumiendo en medio de una trágica agonía, afectado de una coqueluche. Imposible resultó llevarlo al hospital de la localidad de Achacachi. "No, joven Gerardo, allá van a abusar de la *wawa*, al hospital sólo se acercan los que van a morir", me confiaban sus padres. Las posibilidades de medicación convencional estaba lejos de satisfacer a los padres del muchacho. "Peor le va a resultar inyección, ya es tarde."

Finalmente el cuadro de antibióticos de mi botiquín de urgencia tampoco cumplieron su objetivo. Las tetraciclinas tenían que serle administradas al niño personalmente, en las dosis hipotéticamente adecuadas, de no ser así, amanezcán sobre la repisa de la pared de la habitación en el mismo lugar en que las dejé, frías, ajenas al drama, sin que nadie se hubiese animado ni tan siquiera a acercárselas al muchacho; mi impresión particular era que Raulito ya había sido desahuciado por su familia, por su cultura y... por los *achachilas* aymaras. Los *aphallas*, *achachilas* asistentes de uno de los *ch'amakani* del sector, habían afirmado con rotundidad que el *ajayu* de Raulito estaba muy lejos y que los intentos (convencionales y tradicionales) por sanarlo resultarían estériles. Social y culturalmente Raulito estaba ya muerto, a pesar de que su corazón continuaba latiendo. El propio padre de Raúl, un tanto molesto con mis insistencias para trasladarlo al hospital, me comentaba suplicante, tratando de ser lo suficientemente convincente: "Tengo otros cuatro hijos más..., el hospital y las medicinas cuestan plata, a ver, ¿de dónde voy a sacar?..."

Aquello fue suficiente para atemperar mis ánimos. La plata no era el problema, pero sí la férrea convicción familiar, amparada en la cultura, que reaccionaba molesta por mi exceso de celo; desde la perspectiva aymara ya se había hecho lo humanamente razonable por sanar al muchacho sin éxito y lo mejor era respetar su suerte, posibilitando que falleciera en casa, al calor de todos los suyos, sin el trauma inevitable que las instituciones hospitalarias producen en wawas y adultos. A pesar de todo me resultaba muy difícil entender esta respuesta, circunstancia que me hizo dudar sobre los supuestos "universales" de la cultura y entre todos ellos el valor otorgado a la vida por sobre todas las cosas.

También entre nosotros, los gringos, surgen cada vez voces disonantes sobre las prevalencias y privilegios de la tecnología "entubadora"; esas vidas conectadas a máquinas y aparatos sin más esperanza que prolongar la existencia hasta que la vida se pierde degenerándose entre computadoras y circuitos. Todo en mí era confusión. A pesar de mi intensa vivencia entre los aymara, me convulsionaba la idea de ejercer exclusivamente de "observador participante". Sabía que no era a mí a quien tocaba tomar decisiones, pero contemplar impotente la muerte de aquel muchacho que a duras penas podía rehacerse de los ataques de

tos, faltándole el resuello en cada espasmo, cambió de forma radical el objeto de mi presencia entre los aymaras del altiplano boliviano. Lo que empezó siendo un trabajo de conjeturas sobre los modos de terapia empleados por los "sabios" aymaras, los *yatiri*, frente a los usos de la medicina convencional, "académica", fue cambiando de orientación hasta adquirir un sesgo sustancialmente "testimonial", sin pretensiones cuantitativas, pero reflejando el valor cualitativo de una problemática real que en ocasiones establece enfrentamientos feroces entre las distintas formas de conceptualizar la salud y la enfermedad, mientras que en otros casos, como veremos, indudables opciones complementarias.

No me quedé envuelto en mis dudas por más tiempo. Tampoco soportaba permanecer incrustado en la atalaya observadora que protege descaradamente al antropólogo de cualquier roce con la realidad y tomé mi decisión... asumiendo los riesgos. A los pocos días un equipo de médicos a los que planteé el problema, dadas las peculiaridades del caso y ante el hecho consumado del contagio, se presentaron en el lugar. Eran extraños y los recelos acostumbrados por los desconocidos y las inyecciones se acentuaron. Permanecimos en un lugar apartado mientras localizábamos a los niños afectados de la comunidad. El intercambio con los padres de familia resultó franco y directo, no en vano he sido el "joven Gerardo" durante algunos años y ya me conocen en el entorno. No ahorré ningún tipo de detalles en la entrevista con los padres de familia recomendándoles aprovechar la presencia de los médicos para que analizaran a los niños y niñas enfermos y les pudieran inyectar una dosis de penicilina, recalcando, eso sí, que se trataba de un "cariffo", es decir, que no les iba a costar ni un solo boliviano. Los médicos detectaron varios casos de neumonía y esa afección coqueluchoide que hacía toser espasmódicamente a los más pequeños hasta obligarles a botar un esputo sangriento, perdiendo el resuello a lo largo del proceso.

La inversión había sido hecha. Varios de los padres de familia confesaban que no podían dormir por la noche debido a los accesos de tos de los pequeños y a que en la escuela había múltiples casos de afectados. Incluso confesaron haberlos llevado al *yatiri* quien ya había llamado el *ajayu* de alguno de ellos. Una vez aclarado que no les iba a costar nada quedamos en reunirnos en el camino hacia la explanada de la cancha. Allá retrocedimos para preparar todo el equipo

necesario; pasaron los minutos y nadie se presentó. Ante la incertidumbre decidí acercarme sobre la cortada del cerro. El espectáculo me pareció indescriptible. Cerca de medio centenar de mujeres, con sus *wawas* a cuestas, de la mano y acompañadas, en algunos casos, por sus maridos subían por el camino en dirección a la cancha. El servicio de asistencia se prolongó por espacio de varias horas. No pude evitar cierta emoción; el tiempo pasado ejerciendo una prolífica convivencia en el entorno comunitario estaba dando sus frutos. Sentía que la comunidad confiaba en mis palabras. Una mezcla de satisfacción, orgullo y, tal vez, vanidad acentuaban el compromiso adquirido con ellos. "Nunca había visto tantos potos en mi vida", comentó en tono jocoso uno de los médicos ante las carcajadas sonoras de los padres de familia. El ambiente de contacto resultó óptimo y los padres agradecieron la atención prestada.

A pesar de mis dudas morales por la decisión que tomé, por haber, tal vez, cruzado el "margen o umbral de competencia" que un antropólogo debe medir con cuidado, me sentía complacido y satisfecho como "profesional" y como persona. La decisión tomada fue tanto del antropólogo como de la persona. ¡Cómo diferenciar ambos aspectos! ¡Cómo separar lo uno de lo otro! La antropología forma parte de mi proyecto de vida y como tal actúo sin delimitar qué parcela de mi ser ejecuta la toma de decisiones.

Me impliqué y el resultado hoy resulta obvio, una buena parte de los muchachos afectados disfruta de una segunda oportunidad con la vida, circunstancia que en Bolivia resulta un verdadero privilegio; alguna *wawa* lamentablemente también falleció —la medicina no es una ciencia exacta— pero el espacio de diálogo que se creó entre padres de familia, afectados, *yatiris* y médicos hizo posible una complementariedad de estrategias en el dominio de la salud, que resultó sustancialmente exitosa. No permanecí en el oscuro ángulo del arpa auscultando la realidad con anteojos; la realidad me tocó, me rozó de cerca, me hirió de forma desaprensiva. No he podido... quizá, no he sabido, permanecer en esa atalaya aséptica, "objetiva", imparcial. La asepsia resulta imprescindible en medicina, no estoy tan seguro respecto a la antropología, sobre todo cuando el dolor, la agonía y la muerte son los "informantes clave".

Es mucho lo que debo a los aymaras que me acogieron durante este tiempo.

Mi percepción de la existencia, de la vida, el mundo, y sus criterios de organización resultan hoy, sin duda, diferentes. Sus diminutos ojos inertes, fatigados y abiertos continúan increpándome en la penumbra. Para Raúl y su hermanita Ximena ya es tarde cualquier aproximación intercultural a los problemas de salud, pero no lo creo para otros contemporáneos suyos que con apenas unos meses se asoman tímidamente a la vida por encima de sus *lluch'us* y amarros multicolores. Es preciso buscar espacios de diálogo en torno a la salud y mucho más "ejercer" como "pluri-multis", por encima de las modas oficialistas y los escaparates internacionales. El reconocimiento de la diversidad cultural, étnica y lingüística de Bolivia ya ha sido contrastada en foros internacionales de prestigio; sin embargo, la labor verdaderamente revolucionaria hay que asumirla desde dentro; mientras cada boliviano continúe aferrándose a su realidad individual, clasista, profesional, cultural o étnica, incluyendo especialmente a esa minoría "latina" (término inspirado por el humanista Hugo César Boero) que detenta el poder, difícilmente podremos resolver problemas que precisan tiempo, como las relaciones humanas, para ser afrontados en simetría, sin prepotencia ni arrogancia, rompiendo esa línea vertical entre los que habitualmente hablan (blancos y mestizos) y los que en cualquier circunstancia se ven obligados a escuchar y "aprender" (las mayorías étnicas marginadas). Tratándose de la salud, como se dice en Bolivia, "la cosa es bien seria".



Escribir sobre las relaciones entre medicina tradicional y medicina convencional en un pequeño sector del altiplano aymara de Bolivia, es algo así como ejercer una labor detectivesca en la resolución de un caso donde los actores implicados resultan igualmente sospechosos. Las estadísticas aceptadas por la OMS colocan al entorno rural boliviano en una situación sanitaria lamentable. La mortalidad infantil se aproxima, en algunos casos, al 250/1000. ¿Cómo es posible que en este contexto, la efectividad de la medicina convencional resulte tan baja e ineficaz? ¿Por qué circunstancia los equipos médicos formales son rechazados? En unos casos de forma implícita, no asistiendo los pobladores a las postas y hospitales, en otros explícitamente, puesto que algunos equipos sanitarios han sido expulsados y apedreados en su labor sanitaria, por parte de los comuneros, los supuestos "beneficiarios" de dichas campañas de apoyo.

planteadas con muy buenas intenciones desde los gabinetes ministeriales y cuadros de dirección de ONGs, pero sin una información previa de campo.

Indudablemente la posibilidad de respuesta correcta a esta pregunta o paradoja que supone la actitud de ciertas poblaciones nativas respecto a la medicina "occidental", implica contemplar parámetros dispares como las posibilidades económicas de la zona, el índice de escolarización y otros varios. Sin embargo, en Bolivia, cuando se trata de enjuiciar respuestas emprendidas por las poblaciones originarias respecto a las propuestas del Estado, no tarda en aparecer la arrogancia criolla y el paternalismo conformista sobre la escasa formación de los indiecitos (pobres ignorantes), cuando no de sus limitadas posibilidades intelectuales, como tuve en cierta ocasión que aguantar por parte de un conocido médico y senador boliviano.

Efectivamente, las respuestas ambiguas o negativas de los grupos étnicos bolivianos a los "preclaros" programas, juicios y proyectos estatales, poseen lógicos planteamientos que las naciones originarias construyen y no dudan en compartir cuando se les dedica un poco de tiempo. Es preciso encontrar las razones que explican estas respuestas desde dentro, antes de conformarnos en defender las antiguas tesis coloniales y criollas sobre la culpabilidad *per se* de los propios indígenas, condenados a la marginación y oficialmente responsables de la misma.

Bolivia, nación plurilingüe y pluricultural como reza la carta magna, sin embargo, no son muchos los planteamientos plurilingües y pluriculturales que se tienen en cuenta en los programas que se desarrollan en las comunidades rurales. La palabra mágica es "proyecto" que, según las reglas de la Ley de Participación Popular, implica "plata" y ha dado lugar al surgimiento de numerosas ONGs, con fines dispares, no siempre impulsadas por el ideario altruista de "sin ánimo de lucro", sea éste económico o político. La supuesta realidad social boliviana se convierte en "múltiple" cuando la impronta de la cultura establece sus dominios. Esta circunstancia incide en que cualquier aspecto, por trivial que parezca, sobre la vida pública, política, económica o social, implique un proceso de concertación social y el acuerdo para su eficaz reacomodo.

El ejercicio de la medicina rural precisa igualmente de una nueva perspectiva que pueda reorientar los medios y los fines que persigue de una manera consensuada. Colocar aparentemente algo tan sencillo (que no lo es tanto) como una vacuna implica, por un lado, a alguien que ejecuta la acción anotando escrupulosamente las incidencias en sus registros estadísticos (que son los que en buena medida van a garantizar la ayuda externa a percibir), y por otro lado, otra persona que, con perdón, pone su "poto" y nada más. La relación de poder resulta completamente asimétrica. El indígena que, por no variar la localización orgánica, ofrece su "poto" tiene que fiarse de la utilidad de aquel recurso cuya finalidad y objeto pocas veces comprende no porque sea torpe, como algunos quieren hacernos creer, sino porque nadie ha decidido explicarle qué es aquello, cuál es su finalidad, cuál el interés de ese personaje vestido de blanco a quien no conoce, que no habla la lengua nativa y que además está interesado especialmente en manipular a los niños y niñas de corta edad, es decir el futuro de la familia y de la comunidad. Pero, por otro lado, nadie del equipo médico se ha preocupado en atender las apreciaciones que sus pacientes les hacen sobre su manera de entender la enfermedad y los problemas de salud; sobre los problemas que producen los sistemas de aplicación médica; nadie les dedica tiempo a familiarizarse y conocer sus temores respecto a los útiles médicos y la finalidad de sus prácticas; nadie del equipo les dedica tiempo a conocer sus puntos de vista y aprender también con ellos.

Poner la vacuna en el "poto", anotar el nombre de la "víctima-beneficiario" y desaparecer cuanto antes de aquel inhóspito lugar, son actitudes frecuentes de los equipos médicos formales que poco ayudan en los planteamientos complejos de profundo valor pluricultural en relación con la medicina formal y sus retos actuales.

Los determinantes de la salud, las causas y etiología de la enfermedad, su naturaleza y, por supuesto, las medidas de terapia seleccionadas por cada cultura, muestra de forma evidente que el dominio de la salud, la enfermedad y los procedimientos terapéuticos empleados están mediatizados por ella.

Enfermar y curarse en los Andes es algo sustancialmente distinto de lo que resulta estar sano, estar enfermo y curarse en términos convencionales. Son otros los parámetros considerados por los médicos nativos y por los enfermos

en relación con la afección que padecen. Estar sano o estar enfermo depende de otros factores que no son pertinentes en la medicina convencional. Es por eso que los tratamientos apuntan en la dirección culturalmente pautada respecto a lo que es definido como "enfermedad".

Puesto que la enfermedad, sus caracteres, modalidades y prácticas terapéuticas se definen desde la cultura, es en su ámbito donde hay que buscar algunas respuestas que hagan comprensible la desconfianza y el aparente fracaso o minusvalía de entidades de salud que trabajan en el *alijuno* aymara de Bolivia. Plantear la enfermedad desde la cultura, priorizando la perspectiva aymara en su definición, así como también en el análisis de las tensiones y complicidades que se producen con respecto a la medicina formal, constituye el núcleo principal de reflexión del presente libro.

No he pretendido realizar un pulso equilibrado entre medicina tradicional y medicina convencional. El libro se encuentra deliberadamente orientado hacia las formulaciones aymaras sobre la salud y sus dudas sobre las prácticas médicas convencionales. El objeto de dicha parcialización busca plantear la reflexión en el propio seno de la clase médica boliviana, sugiriendo su adecuación a las formas multiculturales que la enfermedad presenta, precisamente, con la intención que una vez conocidas las formas diversas como la enfermedad se conceptualiza y los temores que la presencia de los equipos médicos pueden concitar entre los pobladores, se ejerza una labor eficaz que se vea sancionada con agrado por los supuestos beneficiarios.

Tampoco contiene el texto un recetario de enfermedades populares y los remedios que la farmacopea tradicional aymara utiliza en cada caso. Los trabajos de Aguiló (1985), Lira (1985), Frisancho Pineda (1988), Valdizán y Maldonado (1985), Carnino (1992), Cabieses (1993), entre otros muchos¹, ya

1 La cuestión de las relaciones entre la medicina tradicional y la medicina convencional en Bolivia no es nueva. Por no mencionar los estudios anteriores, ya reseñados en la abundante bibliografía recopilada por Rolando Castro Arduz (1987), en la última década se han efectuado diferentes estudios, investigaciones e informes que destacan diferentes aspectos de esta problemática. Por ejemplo, los diversos estudios y trabajos de Coxa y Pousasa en Cochabamba, de Alba (1989), et al. (1993) y el reciente diagnóstico interinstitucional de Tiraque, editado por Castro (1994), cuyo quinto volumen recoge diferentes

ilustran suficientemente este aspecto en diferentes sectores de los Andes. Mi preocupación alude a los conflictos de naturaleza cultural que se establecen entre las sociedades aymara y la sociedad blanca y criolla en términos sanitarios. Por ello no he contemplado otros factores de indudable interés como el estrictamente económico. Mi hipótesis establece que la forma como las culturas definen la naturaleza de las enfermedades y su tratamiento justifica los recelos sustanciales, las formas de tratamiento exclusivo o la complementariedad, según los contextos, que se establecen entre las medicinas nativas y la medicina convencional.

La información etnográfica que voy a presentar procede de tres sectores relacionados con el dominio aymara claramente diferenciados. En primer lugar elegí un lugar donde la medicina convencional sanitaria no ha sido socializada e integrada en el seno de la comunidad: Tuqi Ajllata Alta. Pequeña comunidad de apenas 70 familias dispersas que dependen del cantón de Ajllata Grande, provincia Omasuyos del Departamento de La Paz. Se trata del núcleo principal donde más tiempo he realizado mi trabajo de campo, entre los años 1988 y 1991, entonces para la realización de mi Tesis Doctoral, y luego entre los años 1995 y 1996 en diferentes ocasiones. En Tuqi Ajllata Alta recientemente se ha construido una Posta sanitaria por parte de la Organización No Gubernamental (ONG) "Médicos sin Fronteras" dependiente de la localidad de Santiago de Wat'a, que los comuneros tienen a bien "no visitar jamás". En Tuqi Ajllata Alta he tenido acceso a una participación global en las actividades cotidianas, festivas y rituales de la comunidad; además fui ayudante de un *ch'amakani* de

testimonios y manifestaciones sobre los vínculos existentes entre medicina tradicional y medicina convencional en el área, entre otros aspectos diversos relacionados con los servicios de atención en salud. El estudio muestra la perspectiva de ambas medicinas, si bien, según me comenta Xavier Albó, no consigue tender un puente suficiente entre ellas, quizás por no haber logrado superar del todo cierto fundamentalismo en una y otra posición. Los trabajos de Crandon (1990) sobre promotores en salud y medicina natural, así como los problemas políticos de su reconocimiento, y las recientes investigaciones de Vulpiani (1995a; 1995b) sobre las formas de reglamentación de la medicina natural en Bolivia y sus ambiguas relaciones con la medicina convencional, especialmente a través de los esfuerzos y logros peculiares de la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOMOTRA) en el empeño de "revitalización" administrativa de la medicina indígena, aportan nuevos y jugosos cauces de reflexión sobre el dominio de la salud en Bolivia.

especial prestigio en el cantón y con varios *yatiris*, lo que facilitó el contacto con los pacientes y con las diferentes conceptualizaciones sobre las enfermedades, sus remedios y las relaciones con el cuerpo sanitario de la posta (la familia de la auxiliar sanitaria encargada). El segundo lugar elegido fue Qurpa, comunidad próxima a la población de Jesús de Machaca, en la Provincia Ingavi del Departamento de La Paz.

Qurpa posee un pequeño hospital atendido por el Equipo de Salud Altiplano (ESA) constituido por dos médicos generales, un odontólogo, los tres habitualmente cumplimentando su "año de provincias" o con un contrato de tiempo reducido, y varios auxiliares aymaras. De Qurpa depende un conjunto de pequeñas postas diseminadas por la provincia que atienden auxiliares aymaras con la coordinación directa del ESA. En Qurpa he realizado visitas ocasionales a las comunidades de responsabilidad del ESA, comentando con los integrantes del equipo las vicisitudes del ejercicio médico convencional en el altiplano. Por otro lado he vivido con la familia de un *yatiri*, acompañándole en sus desplazamientos habituales para tratar a sus pacientes. En Qurpa la relación entre medicina convencional y medicina tradicional depende, en gran medida, del talante que muestren los médicos responsables del equipo y de la capacidad de mediación de las auxiliares sanitarias aymaras.

El tercer punto de referencia tiene que ver con la esfera de los "residentes" paceños y alteños. El contacto con *yatiris* y *kallawayas* "residentes" en la ciudad de El Alto de La Paz y con sus respectivas familias, constituye el contraste respecto al dominio rural. Asimismo, en la ciudad, las relaciones entre las diferentes formas de terapia, dado el carácter "abierto" del mercado terapéutico urbano, resultan suficientemente expresivas afectando a los diferentes grupos y clases sociales que integran la ciudad. Faro Murillo en la barriada de Villa Dolores, Alto San Bartolomé, Alto Villa Victoria y Villa Huayna Potosí son los lugares de referencia de algunos de mis informantes alteños. En la Paz he mantenido diferentes conversaciones con pobladores y "residentes" de diferentes sectores especialmente con algunas familias de la calle Linares y la Buenos Aires.

El texto consta de seis partes o capítulos. Tras la presentación, el conflicto entre la medicina nativa y la medicina convencional es planteado a partir de los testimonios de diferentes actores que tienen que ver con el entramado de la salud

comunitaria². Una auxiliar clínica aymara, un matrimonio de *yatiris* rurales y un colonizador de Alto Beni expresan sus opiniones sobre las prácticas médicas tradicionales y las peculiaridades de la relación que mantienen con los equipos de salud. Posteriormente complemento estas apreciaciones con algunas notas extraídas de mi propia libreta de campo (capítulo 2). El marco pluricultural de la salud en relación con las ciudades bolivianas, muy especialmente en el caso de El Alto y La Paz, aporta una relevancia urbana al problema que voy a desarrollar posteriormente. Los problemas derivados de las relaciones existentes entre medicina convencional y medicina tradicional no es sólo cosa de poblaciones remotas y apartadas; en la gran ciudad, las medicinas tradicional y convencional presentan diferentes posibilidades de relación, complementaria en unos casos, excluyente en otros. El ámbito de la ciudad permite otorgar al conflicto médico el marco de referencia general que le compete. El breve apunte urbano viene de la mano del testimonio de un "residente" curandero *kallawaya*, célebres antaño por el ejercicio de una medicina itinerante que practicaban desde la capital de la Provincia Bautista Saavedra: Charazani (capítulo 3).

Una vez planteado el problema en los términos que los afectados han considerado, trato de formular de manera sintética, los diferentes modelos de conceptualización de la enfermedad desde la perspectiva aymara. En este sentido, la documentación etnográfica y el análisis antropológico se refiere a las informaciones contrastadas respecto a los especialistas médicos aymaras y las categorías de enfermedades frecuentes en el altiplano (capítulo 4), con especial detenimiento en la conceptualización de las "sombras", *ch'iwi* (capítulo 5) y la anatomía de los cuerpos (capítulo 6). La importancia de las almas (sombras) y la constitución de los cuerpos me parece sustancial para tratar de aproximarnos al valor distintivo que la enfermedad adquiere en las sociedades aymaras. De todas formas, el contenido de estos capítulos son meras aproximaciones que pretenden complementar otras teorías formuladas en relación con la naturaleza

2 En la transcripción de los testimonios hemos mantenido el vocabulario, gramática y concordancias originales, que reflejan la influencia de una lengua materna originaria distinta del castellano y las oscilaciones propias del estilo oral. Sólo hemos introducido pequeños ajustes menores que faciliten la comprensión del lector. (Nota del editor.)

de las enfermedades y la anatomía de los cuerpos humanos en el altiplano. Finalizaré con un cuadro de conclusiones y alguna propuesta para los equipos médicos que trabajan con poblaciones indígenas en contextos culturales marcadamente diferenciados a los suyos (capítulo 7).

La perspectiva que muestro en las páginas siguientes corresponde a los pacientes, enfermos y médicos aymaras frente al dominio de los equipos médicos convencionales. Mi esfuerzo principal ha ido encaminado en conocer sus interpretaciones frente a los usos de los médicos y sus prácticas sanitarias; en este sentido he ido encaminando la mayor parte del esfuerzo en el desarrollo del trabajo de campo. Comprendo que esta circunstancia propicia una vivencia intensa con una muestra reducida de familias, donde la valoración cuantitativa resulta poco relevante, pero donde los criterios cualitativos resaltan aspectos que tienen que hacemos reflexionar, objeto principal del presente libro, y modificar algunas pautas de comportamiento y relación entre médicos aymaras y médicos "académicos".

Por otra parte, la opinión de los médicos en relación con la medicina aymara aparece tan sólo en el capítulo de conclusiones y con referencias demasiado generales. Esto no es "jugar limpio" si se pretende plantear en serio una política sanitaria intercultural. Nada se puede hacer sin la colaboración de los médicos y sus equipos de salud, nada sin la aquiescencia de los ministerios implicados en los programas de salud rurales; por ello la información recogida en esta pequeña muestra etnográfica estimó que plantea suficientes ámbitos de reflexión para el planteamiento de una programación diferente en la atención sanitaria, resaltando conflictos que tienen que resultar cuando menos pertinentes para cualquier diseño de políticas interculturales en salud. En principio me pareció más oportuno conocer la opinión de los afectados aymaras frente a la de los equipos sanitarios, por cuanto la relación de poder resulta completamente asimétrica entre unos y otros y dediqué los mayores esfuerzos a plantear cuales eran, desde la perspectiva aymara, los principales núcleos de tensión respecto a la medicina formal y el ejercicio terapéutico de los equipos médicos en el altiplano. Indudablemente los esfuerzos por conocer la perspectiva aymara en el dominio de la salud no han sido parejos en cuanto a los que hubiera demandado igualmente la opinión de los servicios médicos convencionales. Tengo que confesar que a pesar de excepciones honrosas, por parte de médicos rurales, por supuesto en el caso del ESA (Equipo de Salud Altiplano), fueron

habituales la displicencia y el desprecio por parte de otros cualificados "profesionales" y "colegas" en el dominio médico de la salud frente a los conceptos terapéuticos aymaras, circunstancia que redobló mi interés por las manifestaciones aymaras frente a la prepotencia de la clase médica convencional. Lógicamente no todo el cuerpo médico académico piensa igual, ni unos pocos "intolerantes" pueden representar a todo el colectivo, mucho menos cuando se trata de potenciar una política intercultural en salud. En este contexto cualquier fundamentalismo, tanto de los médicos como de los propios *yatiris*, resulta contraproducente.

Quiero agradecer a la comunidad de Tuqi Ajllata Alta por su excepcional acogida, especialmente las familias de Pedro Chura, Bernabé Chura, Ignacio Caillante, Pascual Ticona, Luis Ticona, Manuel Condori, Jaime Chura y con reconocimiento especial a la de Carmelo Condori. Igualmente a las diferentes autoridades sindicales y tradicionales que coincidieron con mi estancia en la comunidad. A las autoridades cantonales de Ajllata Grande, corregidor, mandones y cargos sindicales, por su interés y colaboración a lo largo de mi estancia en Ajllata.

En Qurpa mi especial reconocimiento al Equipo Salud Altiplano (ESA) de los años 1995 y parte de 1996. En especial a su director, el infatigable José Fernández de Henestrosa (nuestro querido "PPH"); a los doctores Rubén Montero, Jorge E. Molina y G. Sandra Oña. Al equipo de auxiliares sanitarios, a Francisca y de forma muy especial y entrañable a Cleofé Alaro y su familia. De igual forma a Anastasia y sus excelentes atenciones culinarias en forma de chorizos y tortilla española. A Mariano (Alique), por su entrañable vivencia de campo repleta de altiplanos y "corales". A Favio y su pelea con los quesos, las vacas, los chanchos y la moto, junto con Raimon y Montse, los voluntaristas cooperantes catalanes de Intermon. Como buen qurpeño que es, a Xavier Albó y su "bebé", la pequeña computadora portátil a quien llevé en mi regazo la primera vez que crucé por Jesús de Machaca hacia el "lindero" de Qurpa. Xavier ha soportado pacientemente múltiples conversaciones relacionadas con las inquietudes, las contradicciones, avances y retrocesos que el proyecto iba deparando. Nadie como él sabe lo que me ha costado soportar la impotencia que he sentido por el dolor, la agonía y la muerte, reparándome los destrozos que estos agentes producían en mí con el talante, la comprensión y el cariño que le caracterizan.

A mis compadres Leandra Mamani, Alfio Vargas, Cipriana Mamani y Macario Vargas Barroso, quienes me hicieron sentir como un *qurpeño* más en su hogar junto a sus hijos y nietos Alicia, Graciela, Waltico y Mary Sol. Macario me aceptó como acompañante ocasional en sus actividades como *yatiri*, curando enfermos. Con él he sentido en las gélidas noches invernales de Qurpa, el aliento apabullante del viento que sopla por las ilimitadas extensiones del altiplano, mientras hablábamos sobre *saxras* y *kharisirix*. Tampoco puedo olvidar a "policia" y sus atentas "dentelladas".

A las familias de Modesto Capcha, Gregorio Mamani, Germán Mamani e Hilario Mamani, *yatiris* en el sector de "Faro Murillo" en El Alto de La Paz. Con ellos fui conociendo las características peculiares de la vida altaña en relación con la medicina tradicional en el contexto de los "residentes" aymaras. Igualmente a las familias de mis compadres Severino Vila, Celso Vila y Juan Vila, maestros *kallawayas* pertenecientes a la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA) de La Paz.

Javier Medina e Ineke Dibbits en La Paz compartieron conmigo diversas inquietudes sobre el proyecto aportando, como de costumbre, calor hogareño a todas sus sugerencias y apreciaciones. Agradezco a Jimmy Zalles su testimonio como fundador del Equipo de Salud Altiplano (ESA), testigo de excepción en el paulatino proceso de reconocimiento de la medicina tradicional en Bolivia; estoy en deuda con Jimmy por el interés que ha mostrado en el texto y su participación a través de comentarios y oportunas correcciones documentales.

Para la versión final del texto agradezco también el comentario final del mismo Jimmy Zalles, así como el del Dr. Enrique Pinto, que tanto enriquecen el debate, y el trabajo editorial de Xavier Albó y Esteban Ticona, quienes han aportado también con diversos comentarios y con la elaboración del detallado índice temático.

En España quiero agradecer el aliento de mis compañeros y colegas Marfa Dolores González Guardiola y Javier García Bresó (Universidad de Castilla-La Mancha); Carlos Caravantes, Manuel Gutiérrez Estévez y Rafael Díaz Made-ruelo (Universidad Complutense de Madrid), Carmen Ortiz y Antonio Cea (CSIC).

El proyecto pudo ser realizado gracias a una beca postdoctoral de Formación de Profesorado Universitario en el extranjero (becas F.P.U.; convocatoria de 1994; BOE 12 / agosto / 1994), del Ministerio de Educación y Cultura (Dirección General de Investigación Científica y Técnica), para los años 1995 y 1996.

El proyecto se concretó gracias al interés de las dos instituciones que participaron brindándome su generosa acogida; en España, el Departamento de Antropología de España y América (Instituto de Filología) del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) de Madrid, gracias al interés mostrado por Carmen Ortiz quien apoyó la idea desde sus bosquejos iniciales. En Bolivia, el Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA - La Paz) cuyo director nacional Hugo Fernández, así como el asesor de proyectos y adjunto de la Dirección Nacional, Arno Loewenthal, junto con el propio Xavier Albó asesor y tutor científico del proyecto, aceptaron de forma incondicional su apoyo a la investigación por considerarla de suficiente oportunidad en relación con las necesidades y conflictos que afectan a las poblaciones indígenas de Bolivia y por la obligación de contar con perspectivas plurales en su planteamiento y desarrollo.

El trabajo de campo, imprescindible para la investigación, no hubiera sido posible sin el apoyo y comprensión de las autoridades académicas y administrativas de la Universidad de Castilla - La Mancha (España), que en ningún caso pusieron el menor impedimento en tramitar los permisos que la investigación requería para mi estancia en Bolivia por espacio de varios semestres durante los años 1995 y 1996. Quiero también agradecer a los estudiantes de la Maestría en Estudios Andinos, "Cultura y Sociedad en los Andes" del Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de Las Casas" de Cusco, por sus valiosas aportaciones en el seminario "Etnodesarrollo y Salud: Medicina y cultura en el altiplano aymara", que impartí en Cusco en agosto de 1997. Igualmente a Enrique Urbano por la oportunidad brindada para discutir sobre estos aspectos en el marco institucional del Colegio Universitario Andino.

A mi familia, Carlota, Pablo y en especial a ti, Esther, por los largos períodos de tiempo que implicó el desarrollo del trabajo de campo y que no pudimos compartir.



El *kallaraya* Germán Pinto "lee" la coca en Charazani. [IR 1993a: 285]



El conejo andino (*wamq'wi*) sirve para diagnosticar enfermedades. Con él se frota al enfermo y después se busca la señal de la enfermedad en el interior del concha de la enfermedad. (Foto: FID 1907, 137 y 131)



Una suplicante en Charazani. [IR 1993a: 267]

TESTIMONIOS Y NOTAS DE CAMPO

Año pasado... el doctor era otro también ...todos diferentes sus caracteres tienen ¿no ve? No son iguales. Y los pacientes que tenían confianza me preguntaban: "¿Está el doctor?" - "Sí", le digo, - "¡Ah!, entonces volveré más tarde". Así, "cuando no está vuelvo", dicen, sí. Ahí yo sufría mucho, en esa parte. "Ahora... ¿qué hago, pues? ¿Qué voy a decir?"

PETRONA MAMANI, auxiliar sanitaria.

Dicen que la libreta o cuaderno de campo es el principal recurso metodológico que el antropólogo debe utilizar cuando se encuentra realizando su investigación. Las anotaciones apuradas, las manchas de tierra y comida, los tachones y correcciones múltiples, junto a los diseños y esbozos gráficos más pertinentes, suelen formar parte del conjunto estético que encierra cualquier libreta de campo. En la libreta de campo aparecen bosquejadas primeras impresiones, conjeturas, llamadas de atención junto a reflexiones testimoniales que ofrecen un contexto íntimo, personal, donde la descripción y la etnografía más aséptica suelen encontrar un cierto contrapeso emocional habitualmente secuestrado de las monografías científicas finalmente publicadas.

Las contradicciones que el antropólogo sufre al realizar su propia investigación, las "dudas" sobre su cometido ético, los placeres y sinsabores del trabajo de campo suelen adornar las páginas de la libreta cumpliendo con el cometido casi etimológico de la herramienta: "Diario" de "campo", es decir, conjunto de revelaciones y apreciaciones íntimas plasmadas por escrito a resultados de la

ocasión privilegiada que se establece en la relación con las gentes que tienen a bien acoger al investigador.

Las puntualizaciones emotivas o testimoniales suelen marginarse de las publicaciones finales, por ser consideradas subjetivas y acientíficas, sin embargo contextualizan de forma suficientemente reveladora la situación vivida por el investigador durante la elaboración de su estudio, al tiempo que nos ayuda a entender mejor qué es eso de la antropología y sus características, cuando menos "peculiares", como área científica.

Cuando el dolor, la agonía y la muerte constituyen el contexto común de referencia de los informantes, me resulta difícil conformarme con modelos conjeturales sin detenerme en resaltar toda la "carne" (o el "alma") contenida en las revelaciones de las personas implicadas en cada conflicto.

"Soldado" se dice coloquialmente al ayudante del *yatiri* o maestro ceremonial. Como "soldado" he colaborado con diferentes maestros rituales aymaras en contextos y circunstancias diversas. Supuestamente el ayudante o "soldado" se encarga de llevar parte de los ingredientes ceremoniales, acompañando en todo momento a su "maestro" en las largas sesiones terapéuticas nocturnas. A pesar del cansancio y de mi torpeza para caminar por el altiplano durante la noche, mi cometido como "ayudante" ceremonial me ha permitido participar en diferentes sesiones curativas, conversar con los pacientes y escuchar sus puntos de vista sobre la medicina convencional, además de ciertos sustos provocados por mi inexperiencia con el alcohol y la quema de las ofrendas.

Hablar sobre la medicina y los problemas de salud es algo tristemente frecuente y relativamente sencillo, no sólo en las comunidades aymaras sino en la propia ciudad de La Paz, entre los "residentes". No resulta fácil convivir con el dolor y la incertidumbre médica, así como igualmente, con las construcciones culturales ajenas en torno a la enfermedad y los distintos métodos de terapia considerados. Cuando acompaño a los especialistas rituales aymaras, *yatiris* y *ch'amakanis*, me perturba el contacto con la enfermedad. El llanto, la agonía y el desahucio terapéutico en los términos adoptados por las sociedades aymaras me producen una gran inquietud...

- ¿Y si le lleváramos al hospital?
- No, joven Gerardo. En el hospital peor le van a perjudicar; saben ir al hospital los que van a morir.
- Ya es tarde. En hospital peor le van a hacer. Le van a perjudicar.

La terapia médica aymara, una vez hecho lo considerado oportuno y culturalmente pertinente, se retira, dejando al paciente junto a su familia y... alojando la duda en mi interior. La "suerte" del paciente decidirá si se salva o perece, dependiendo de diversos factores, especialmente de la "urgencia" y apremio con que el "maestro" ceremonial intervino en el tratamiento. Lo que se puede hacer es asumido por parte de los representantes de la medicina aymara. Ir más lejos resulta, en parte, inaceptable y considerado culturalmente impropio. Estos "enfermos terminales", desde la perspectiva aymara, son "desconectados" para morir, llegado el caso, en el seno del hogar campesino, rodeado de los suyos.

La impotencia hacía arrancar turbados colores de mis mejillas, en varios casos. Nadie a quien acudir. Estaba solo, con mi "verdad" médica y a mi lado un conjunto escénico de actores que tironeaban fragmentos de *kaytus* sobre el cuerpo del enfermo, seccionaban *wank'us* y consultaban hojas de coca. A pesar de ser antropólogo, me resultaba muy complicado asistir a las prácticas médicas de contenido ceremonial sin interrumpir la sesión con mi conjunto de "anti-todo", "antibióticos", "antihistamínicos", "antihemorrágicos" y anti-"personas", tratando de colaborar de forma "seria" en el tratamiento de la enfermedad; indudablemente los convencionalismos culturales que llevamos cargados en nuestro *q'ipi* aparecen de forma especial en situaciones de crisis como las que las enfermedades propician.

El enfrentamiento entre las formas de la medicina tradicional aymara y las que corresponden a la medicina convencional, occidental y académica lo he sufrido de forma descarnada en mi propio interior, debatiéndome entre el escepticismo y la conjetura. El objeto de estudio me ha mostrado sus afiladas garras para herirme sin consideración alguna en las agonías irreversibles de niños y ancianos desahuciados. Pocas veces el investigador en antropología sale "indemne" de lo que ha sido su objeto de estudio; resulta decepcionante la

sensación de "alivio" que aqueja la eficiencia de trabajos de campo planificados de tal forma que el contacto con los informantes resulta escueto, pragmático y artificial. Mala cosa es pasar por el trabajo de campo auscultando la realidad desde lejos protegido de cualquier salpicadura. La realidad pluricultural de Bolivia tiene indiscutiblemente que considerar la cuestión médica y sus diferentes perspectivas sin más dilación.

He seleccionado tres testimonios que plantean diferentes puntos de vista sobre la medicina tradicional y su relación con la medicina convencional en el altiplano. He preferido iniciar el argumento del libro con las informaciones de la gente para evaluar cuales son las razones que esgrimen en la forma de considerar la enfermedad, los procedimientos terapéuticos y sus vínculos específicos, si hay lugar, con la medicina convencional. La voz de los informantes suele acallarse o aparecer incorporada en algún "anexo" en forma de epitafio en algunas monografías antropológicas. Considero que su presencia, tratándose de un texto sobre salud resulta imprescindible y por eso ocupa el primer lugar frente a las hipótesis y conjeturas subsiguientes.

El primer testimonio procede de una mujer aymara, auxiliar sanitario, con gran experiencia en el dominio rural y con referencias importantes respecto al grado de implicación de los equipos médicos rurales que trabajan en el altiplano. A continuación he seleccionado el testimonio de un matrimonio de edad, ambos conocedores de las prácticas médicas tradicionales; el marido es *yatiri* y la mujer conocedora de hierbas y emplastos. El tercer testimonio procede de un colono residente en Alto Beni, pero conocedor de las formas de terapia populares y de los conflictos establecidos con la medicina formal; su papá es *yatiri* y él algo conoce de remedios, ensalmos y mesas rituales.

Los testimonios plantean características peculiares sobre la etiología de las enfermedades, los procedimientos terapéuticos a tener en cuenta, así como las relaciones existentes entre medicina tradicional y medicina convencional en el altiplano. Los nombres de los informantes han sido cambiados para mantener a salvo su identidad.

2.1. Petrona Mamani (Jesús de Machaqa)

Petrona es auxiliar en una de las postas que dependen del Equipo de Salud Altiplano. Lleva varios años trabajando con el Ministerio y conoce las peculiaridades del ejercicio médico en el altiplano. Identifica con claridad los principales problemas de relación entre médicos y pacientes aymaras; se encuentra un tanto decepcionada por el cambio sufrido por el equipo médico responsable del área, puesto que mantenía una entrañable relación con aquellos. Los que acaban de entrar tienen otro talante mucho más distante y menos preocupado por las peculiaridades culturales aymaras.

PETRONA. Yo me llamo Petrona Mamani y yo soy de aquí de Jesús de Machaqa y mi papá y mi mamá también es de aquí. Soy auxiliar de enfermería. Estoy trabajando con el Ministerio, tres años, unos meses más. Yo aquí cuando he entrado a trabajar, los hermanos, salud es lo más importante para los hermanos que más necesitan, más apoyo. Si enferman no pueden acudir a los centros, a los otros centros, y más aquí vienen, como es centro de salud, de posta; y también están los médicos y más también año pasado más confianza¹ ...y ¡mucha gente había! Al mes atendíamos quinientos, cuatrocientos, al mes. Lo que he visto ahora este año ha sido poco, doscientos tanto, ciento tanto. Ha rebajado mucho ¿no?

GERARDO. *¿Por qué crees que ha rebajado tanto?*

P. Porque, con los cambios de los médicos. Yo prefiero que los médicos, cuando llega, que se quede tres años, aunque... ¡cinco años sería bueno!, porque si así cambian, cambian, los pacientes igual se desconfían. Algunos tienen confianza, algunos no.

G. *¿Qué actitudes ves en los médicos que deben ser desarrolladas acá en el altiplano? ¿Cómo hay que tratar a la gente del campo?*

1 El hecho se debe al cambio habitual de equipo médico que tiene lugar al cumplir el año de provincias.

P. Las actitudes del año pasado de los médicos que tenían con mucha fe después tenían...

G. *¿Hablaban las cosas claro?*

P. Hablaban, le explicaban cómo tienen que hacer con sus tratamientos... ¡Todo! Y en el campo, viendo que una hermana no quiere sacarse sus ropas... ¡todo! ¿no? Y el año pasado le han respetado sus culturas que tienen ¿no? Y como no querían sacarse sus ropitas y le veían los otros doctores. Pero este año que le he visto con los otros doctores le hacen sacarse todas sus ropas y las hermanas... ¡nunca han vuelto!, nunca [se] la han sacado, con su *manghanchita* [ropa interior] no más se ha quedado; y para mí me ha dolido también... ¡mucho! Porque también le he dicho [a los médicos que] no le podía hacer así, pero como le digo, le exijo ¡se molesta!

G. *¿Entienden los médicos aymara?*

P. Entienden. No hablan... pero me han dicho que entienden. No hablan. En aymara mejor. Es más importante para nosotros que hablen aymara. Pero estos hermanos, el doctor que ha venido al campo... ¡no le tratan a las gentes bien! Eso más. Si les tratarían bien... quizás tendrían más confianza.

G. *¿A veces bromean también?*

P. Sí... al paciente que le ha dicho también que es... "¡Ya está, mosca, ya está, listo!". Así, un paciente... ¡se ha renegado! "¡No soy mosca, yo paciente soy!"... esa parte también. Y un paciente que está muy mal, muy mal y no prefieren llevar a La Paz tampoco.

G. *¿Por qué?*

P. Porque una vez que han tenido para reunión de distrito juntamente que tenían que realizar sus cobertores para explicar todo eso y... el paciente ¡ya estaba por morir! pues tenían que llevar. Yo

le insistía [al médico], insistía... ¡Nada!, ¡nada! Y la señora también... ¡Se ha muerto! Le han visto en ecografía que no tenía latido fetal... la señora que estaba muy mal... Yo le exigía y... ¿qué voy a hacer? Se ha renegado nomás. Se ha muerto, la *wawa* y la mamá; los dos se han muerto. Entonces les he dicho, si le han visto en ecografía, entonces ¡debían movilizar[se] rápido! Entonces... aunque yo le exijo, pero... más importante es de los doctores; más responsable tienen ellos. Porque los otros doctores de Desaguadero, Guaquí, todo lado han venido... ¡se han molestado también ellos! "¿Por qué no atienden primero eso?, después pueden hacer sus trabajos." A lo último pueden explicar de este, de reunión, le puede explicar lo que ha pasado, de qué razones es que no hemos dicho todo eso. Primero es el paciente. Primero es el paciente.

G. ¿Cuál es la relación que tienen estos médicos con los "maestros" tradicionales, con los *yatiris*?

P. He visto, porque este año estábamos pensando llevar medicina tradicional, todo eso... El doctor he escuchado, pero al final, ¡qué no me han dicho! porque yo he discutido y ya no tiene confianza. Después yo le he dicho... sería bueno que medicina tradicional, que siempre que va con medicina occidental y ...yo tampoco no rechazo a los hermanos que saben sus medicinas tradicionales, que saben ver de coquita, sus *yatiris*. Es preferible decir a los hermanos, a las hermanas. Así van a tener más confianza. Si rechazamos el *yatiri*, todos los medicinas tradicionales que tampoco no nos van a confiar los hermanos. Yo siempre le digo que va a dos como *chachawarmi* [marido y mujer], así es bueno. Si separamos... no es tampoco bueno... ¿Para qué es que estamos hablando si no es la cultura aymara?... es pues todo eso. Esa parte, para mí, es bueno. Siempre las señoras que vienen siempre yo digo... con "maestro", si quieres ir al *yatiri* ¡andá nomás! Si necesitas medicinas occidentales, con eso te ayudamos. No te vamos a rechazar. Y tiene más confianza, con eso ¡vuelve! y me cuenta: "Esto he hecho, esto he hecho, llamar su *ajayito*, que he hecho tal parte..." ¡Todo me

cuenta! Y sí sería bueno, los doctores así... ¡Puuuchhhaaaa! Una maravilla.

G. *¿Vos crees que sería bueno poder tener en la posta un "maestro", un yatiri que trabajara a la par con el médico?*

P. Sí, claro. Si los médicos... si aceptarían... Así ellos también pueden aprender y el yatiri... también puede ver... qué mal qué tiene la wawa, todo eso, mejor.

G. *¿Mejor sería yatiri que RPS? (Representantes Populares de Salud)?*

P. RPS juntamente, sin separar, siempre junto sería... ¿no? Así entre ellos se van a ayudar con RPS, con yatiris... ¡Juntos se podrían nombrar!

G. *¿Crees que los médicos iban a aceptar fácil?*

P. ¡No! Eso sí... ¡difícil! Difícil siempre, porque he visto, he escuchado a estos médicos. Los RPS siempre han dicho "con medicina tradicional he hecho, tal he hecho"... ¡No!, han rechazado. "¿Cómo va a hacer pues eso?", diciendo. Porque hacen pomadas para neumonía... todo eso. No es para tomar, no es para curar..., pero le va a ayudar. Ayudan los dos. Es bueno, tampoco no podemos... ¡Jarabe! eso es lo que hacen. Es bueno también, pero que desinflamamos todo ¿no ve? Pino, de manzanillas, coca preparar. Está un poco fuerte igual que jarabe te sale eso, sí.

G. *¿Vos crees que podría ser como dices chachawarmi?*

P. Eso, eso. Eso sería junto. Porque en la ciudad que los doctores ya están combinando. Muchas medicinas están hechas de manzanilla, wira wira, naranjas... ¡de todo! Pero no podemos rechazar si están combinando. Pero también de ajo hay medicinas. No podemos rechazar. ¡Que vaya pues chachawarmi!

Año pasado que como el doctor era otro también ... todos diferentes sus caracteres tienen ¿no ve?, no son iguales. Y los pacientes que tenían confianza y decían que me preguntaban, "¿está el doctor?", "Sí", -le digo-. "¡Ah!, entonces volveré más tarde". Así, "cuando no está vuelvo", dicen, sí. Ahí yo sufría mucho, en esa parte. "Ahora... ¿qué hago?". Pues... ¿qué voy a decir?

G. *¿Cómo crees que un médico de la ciudad debe comportarse para ganarse la confianza de la gente?*

P. Sería bueno. Siempre al doctor le busco, *janq'u* decir. Persona y *janq'u*. Ellos que han tenido más confianza con los pacientes. Primero charlaban, hacían sus chistes con los pacientes. Tampoco tratar [regañar] a los pacientes que... a veces en el campo no hay agua. A veces trabajan ellos con la chacra, a veces y este año que he visto a una señora me lo ha reñido [el médico] "¡tan sucia estás! ¿por qué estás así?" Pero, imagínate... Si no hay agua... qué no va a poder lavar... qué cosas y la señora... ¡nunca más ha vuelto! Pero... ha vuelto conmigo no más a charlar y me ha dicho así, anterior la doctora así ¡sucio! que, así, pero "hermana yo no tengo agua, yo trabajo".

"El doctor ¿acaso trabaja? ¿Acaso sale al campo? Va en auto", dice. Es justo porque no trabajan [la tierra]. Los hermanos [pacientes] aquí trabajan a veces sus manos están sucios y le dicen... "¿Por qué no te lavas?" No es decir por decir. Hay que ver el ambiente cómo está; hay que conocer primero y recién tratar a un paciente como puede ser. Así le decimos... golpe nomás. Nunca más un paciente vuelve. Para tener una confianza, como los anteriores tienen que ser. Ellos que reciban siempre en la casa ni pueden contar a sus familiares nada. Pero a nosotros nos cuentan pues lo que ha pasado, todo eso y recibir. Después charlar con él qué tiempo pues, eso sería. Con eso... mucha confianza. Hasta ahora le buscan [al anterior médico], porque "el tratamiento que me ha dado me ha hecho bien. Pero ese doctor... ¿qué me ha dado...? ¡No me ha hecho nada!".

G. ¿Cuántos años crees que debiera estar un equipo de salud en el campo como mínimo?

P. Mínimo... sería... ¡para toda la vida pues! Sería bueno. Así van a tener más confianza. Sería bueno, no un año así. Cambian y nuevamente tienen que iniciar. Si uno puede seguir ya sabe cómo es, al paso eso ya puede saber. Hemos exigido mucho [a los médicos]. Nuestros pacientes también nos han exigido; así también nosotros hemos dicho en la reunión de área. Todos los auxiliares estaban con los doctores, con el director ejecutivo y ese día les hemos aclarado todo. No tienen que hacer así [a los médicos] tienen que respetar sus culturas. Así todo pues ellos, se han molestado: "tú no te portas bien", me dicen porque "tú siempre exiges, porque tú dices a los pacientes", ...tampoco yo no digo. Como ya me conocen los pacientes ya saben... y hemos discutido [con los médicos]. Yo no he pedido perdón. ¿Para qué, no?

2.2. Silveria Mamani y Sebastián Ticona (Jesús de Machaqa)

Silveria y Sebastian [Sebastián] son ya dos viejitos que continúan disfrutando de un cálido matrimonio en una de las comunidades próximas a Jesús de Machaqa. Sebastian es *yatiri* y Silveria entiende mucho de hierbas, emplastos y cataplasmas. Su especialidad es la cura de la "quebradura" y la enfermedad producida por la agresión del *khariri* (*kharisiri*, *khari khari*). Ellos acostumbran a bromear diciendo que la posta está en su casa, por la cantidad de comuneros que vienen a verle para resolver diferentes conflictos, dolencias, aflicciones y enfermedades. "Esta es la posta", comenta Sebastian. Está convencido que vienen tantos enfermos a verlo a su casa como los que pueden acudir a la posta. Hemos llevado las ovejas y vacas a pastar a la extensa altiplanicie. Mientras *akhullikamos* coca, intercambiamos una serie de cuestiones relativas a la medicina.

SILVERIA. La medicina no conviene. No conviene.

SEBASTIÁN. Sí, no conviene estas medicinas, pero ahora... ¡qué haremos! como sea tenemos que seguir². Ya aunque sea, no importa, ya hemos vendido nosotros, hay que seguir, entonces para curar a la gente, para "maestros", no te conviene³. Poco nomás pagan; unos diez bolivianitos nomás, veinte pesitos, así nomás.

SIL. Algunitos así... ¡nada! Nada apenas. No conviene.

SEB. Trabajo es andar para ir, cuando lejos es otra comunidad, o venir a la noche. ¡Lejos es! sufriendo están frío para nosotros.

SIL. Siempre envidia es, ¡harto de envidia esta medicina preparar! Envidia.

SEB. Tiene que los envidiosos porque venden no más. ¡Aggg! El está vendiendo la medicina... tanto está vendiendo... La gente ya conocen como platudos, como platudos. Médicos son otra clase; traigan sus medicinas importadas, así frasquitos ¡hartos! Los pasmados ya no curan. Se abusan así echándoles. Así son los doctores.

SIL. ¿Para qué decir? ¿no? Pasmados.

SEB. Aquí así son doctores.

SIL. Con río está botado esa medicina.

SEB. En el río está. He botado echándose, quemando con fuego. Después quiere saber estas hierbas naturales después preparar, pero no se puede. Los doctores quieren saber preguntando a las

2 El *ywiri*, una vez que ha aceptado su designación, no puede volverse atrás (Huanca 1990; Fernández 1995b).

3 El término "maestro" se utiliza de forma coloquial en aplicación al que "sabe". En contextos diferenciados tanto el chofer, el albañil, como el propio *ywiri*, son tratados como "maestros".

parteras también, así. "¿Cómo así, partera la mujer, cómo sabe?", dicen. Ahora queríamos pasarle cursillos dice. Así es, está llamando al cursillo pa preguntar. Entonces ya las gentes ahora ya no queremos ya participar, no queremos participar. Ellos mismos preguntan después... ¡él mismo ya está sabiendo! con eso nomás. Ahora a nosotros no quieren ahora reconocer. El mismo que saben... con eso no más va a curar la gente. Después ya, ganando plata, esos son. Ya no queremos participar esos cursillos. Los doctores... ¿acaso enseñan, así, así, así, acaso enseñan a la gente pa curar? No, no, nada... No siempre⁴. Cuando viene un este... ahora Petrona así, "¡cursillo!", pero no es bien, no conoce todas las frascas... inglés o nomás es ¿no? La frasca tiene su nombre. No explican, no se entiende. Doctor también no explica bien ¡nada! cuál es bueno, cuál es para temperatura, lo que no comen es para eso... ¡no! Después cualquiera es esto, otro enfermedad, para quebradura, para pulmonarias... ¡no conoce! No entiende. Un poquito quizás pero..."

StL. ¡Sano, sano!, dicen.

-
4. Los médicos no confían sus saberes ni reconocen la importancia de los conocimientos indígenas. Se informan y se benefician de los conocimientos ajenos. El sentido de los cursillos, desde la perspectiva de los supuestos beneficiarios, es aportar a los médicos sus conocimientos, más que beneficiarse de las instrucciones que de ellas puedan recibir. Los doctores no comparten sus conocimientos ni explican suficientemente a los pacientes. Muchos ayimaras consideran que el valor del cursillo no es simétrico, no es para que ellos aprendan, sino para que los médicos aprendan. La titularidad del conocimiento del saber y de las competencias en el dominio de la salud no están claras. Los cursillos no se consideran un exponente de la medicina preventiva donde se adquieran conocimientos, sino donde son usurpados por parte de los médicos y asistentes sanitarios. Esta desconfianza podría superarse con la formulación y correcta explicación de las finalidades que orientan los cursillos.
 5. El médico no conversa con el paciente, no explica adecuadamente el proceso de la enfermedad. Este aspecto es muy criticado también en relación con algunos *yutiris* tradicionales. Los que hacen y preparan mesas y leen la coca sin compartir con los pacientes de forma extensa sobre el caso, son muy criticados: "así nomás ha hecho". Una lectura "normal" de hojas de coca puede incluir cerca de diez consultas e interpretaciones diferentes y demorar por espacio superior a la hora. La elaboración correcta de una mesa ritual completa implica varias horas, dependiendo del tipo de tratamiento, e incluso diversas sesiones a realizar en días diferenciados. Durante la sesión el *yutiri* no deja de comentar el cometido de lo que hace con sus acompañantes.

SEB. Sano.

SIL. Sano, sano... ¡nada dice!⁵

SEB. Ahora en los campos que trabajan la chacra, todo las mujeres tejiendo *awayus*, está todo cansada... tiene pulmón, hilando las ruecas, tiene pulmonía. Igualando a las gentes en los hombres trabajan con yunta, después con *uyasu* trabajan, después todo, la piedra manejan ¡todo trabajamos nosotros! Después tenemos ahora pulmonía. Tenemos cuando cargamos la este... ¡tiempo de cosecha!... más cargas todavía. Nosotros tienen enfermedades, tienen pulmonía, algo. Doctor no dice nada, ¡sano!, dice, pero está enfermo.

Ahora nosotros, en los campos ya saben a curar qué cosa. Entonces hay que ponerse algo diciendo, este preparar, o sea preparar matesito... Algún día soleando algo, mucho está soleao ¿no? Eso mal está haciendo a la gente. Ahora estamos viendo cuando un planta, cuando solea todo esto parece que ya suda, cuando noche, ya están bien. Secan al sol. Igual nosotros. Médico no sabe eso. *Lupintatava* [está soleado, tiene insolación] *p'iqitatawa* [la cabeza]. No entiende. Donde doctora no sabe *kharikhari*, no sabe ¡nada, nada, nada! Saca sangre. Ya está sacada la sangre... ¡ya!

SIL. Nada, nada dice.

SEB. Que tiene enfermedad... ¡Nada! Antes... "que tiene *kharisiri* -dice-, nos han contado los abuelitos, los *achachilas* todo". Un *khari khari* de cura. El cura sabe *khari khari*, si cuando siente los gordos. La gente, como oveja tiene riñón, saca aquí. Cuando... ¿cómo será? pues ha dormido, decía, cuando... hay máquina, rezando, dice. Después recién hasta ahorita estamos silbando. Después queremos soñar, *khari khari* está atacando ya. De repente. Después, ahora como sueño está pasando. Está por ahí nomás, después ¡ya!, saca.

G. ¿Saca sangre?

SEB. No, recién ahora. Antes que ya han sacado riñón, dice, sacado, dice tata cura, así dice. Ahora ya está sabiendo sacar sangre, recién nomás. Antes riñón, ahora saca nomás sangre. Los que hay enfermos que hemos visto, como aquí, o sea aquí, en la nalga o, si no, es en el pulmón, en la espalda inyección pica sin más.

SIL. Si te mueres ya sale.

SEB. Si te mueres ya sale. Han picado. Marca sale. Cuando muere... ¡ya está!, sale clarito su marca. Ya sabe la gente, habla pues, "kharisiri ha estado sacando..." ¿Cómo? Para eso nomás estoy preparando la medicina. Hay que hervir una ollita de wayruru⁶ con Nicolás t'ant'a⁷, altamisa⁸, Andres waylla⁹, Qutu-qutu¹⁰, hembra y macho; dos clases: *urqu qutu-qutu*, *qachu qutu-qutu*. Después, este... solda con solda¹¹; después, este... de wawa, su ombligo ese poquito nomás poner.

SIL. Ese pequeñito es así, diez pesos cuesta, pero... ¡nada!, no conviene¹².

SEB. Con eso hay que preparar nomás. Hay que hacer hervir biensito.

6 Wayruru. *Abrus precatorius* (Girault 1987: 236-237).

7 Pan de San Nicolás. Galleta que forma parte de las mesas ceremoniales (Berg 1985: 170-171).

8 Altamisa. *Ambrosia peruviana* (Girault 1987: 444).

9 Andres waylla. *Cestrum hediondimum* (Girault 1987: 388).

10 Qutu-qutu. Existen dos opciones recogidas por Girault: *Baccharis* Sp (Girault 1987: 433); *Mutokolau aurea* (Girault 1987: 107).

11 "Suelda que suelda". *Dendrophthora ramosa* (Girault 1987: 163).

12 La medicina contra el kharisiri resulta muy cara, pese a lo cual se compra porque se trata de salvar la vida de una persona. Consiste en un junte lechoso que es preciso hacer tomar al afectado sin que sepa de qué medicina se trata. Uno de los centros famosos de venta es Achocachi. Curiosamente pocas personas consultadas han reconocido saber con qué ingredientes está hecho el remedio. Una respuesta afirmativa podría aproximarlos a la propia figura indeseable del kharisiri.

Cuando le haces hervir hay que hacer guardar la botella, unas dos botellas, tres botellas hay que guardar eso preparadito. No importa está guardado, hay que guardarse. No hay que hablar eso [al enfermo de *kharikhari*]. Callado nomás hay que tomar. Si nosotros avisamos, nosotros ya... ¡nada!, morir. No sé qué pasará, asustado ya¹³.

SL. Calladito está tomando.

SEB. Sin avisar nada. En su familia no hay que hablar esas cosas; calladito nomás hay que tomar... "¿Qué medicina?" se preguntan. "Esto es para duele la barriga, para duele la cabeza, para eso nomás la medicina es." Que tome nomás. No hay que decir. Después, cuando ya está recuperando, recién: "¿Qué medicina yo he tomado?" Después no hay que decir... ¡No hay que decir! La pregunta después, para eso traigo así esa medicina. Si le indicamos, ¡muere!, muere... ¿Por qué será, pero? Su marca sale.

Así es. Doctor no conoce esto, no cree... "¿Qué va a tener *kharisiri*?", dice; "¿de qué estás hablando?", dice. "¿Vos conoces?", "¿acaso has visto?", así dice. "¿Cuándo has visto?"... Difícil es hablar con doctores... ¡difícil es hablar!¹⁴.

G. ¿Más antes esos *khariris* eran tata cura?

SEB. Tata cura sacaba riñón, después con *jang'u muda*, dice *jang'u caballani*. En la *apachita* está con carpa nomás. Por ahí nomás está ya, donde el camino, pasa camino en la *apachita*; por ahí está

13 La enfermedad del *kharisiri* se cura en el mismo contexto en el que se produce, en "secreto".

14 El menosprecio y la prepotencia cultural no son buenos consejeros en el establecimiento de espacios de diálogo intercultural. La mofa sobre los modelos aymaras de enfermedad, tratamiento y salud, producen la desconfianza de los afectados sobre los médicos y sobre todo, pone en entredicho la capacidad, conocimiento y competencia sanadora de los propios médicos. Resulta difícil hablar con los médicos, porque no saben reconocer, ni entienden, desde la perspectiva aymara, cual es la naturaleza del mal.

esperando, dice. Por ahí nomás esperando la noche, el día más, dice; con *jang'u mula* nomás, dice. Con vela está prendido, así. Así dicen antes, pero ahora, no. Ahora ya noche paseando, cualquier gente que encuentran... sacan nomás, sin nada; es invisible.

G. *¿Para qué quieren esa sangre?*

SEB. No sé, ya ha vendido, dice, ya ha vendido al país, otro país¹⁵. Quizás al hospital; para hospital es eso. Es invisible. Para vender nomás.

Más antes también negro de oveja, su tela [del riñón, la embrana que recubre las vísceras del abdomen] hay que sacar, con eso hay que poner nomás para curar. Después parece que como nylon ha aparecido como nylonsito. Para vender sabe el cura ¿cómo será pues? Sabe el cura, ahora, no sabemos nosotros. Ahora recién ha recuperado con nylon oveja negra de tela. Riñón es pues. La oveja, cuando carneamos nosotros, su barriga es como riñón; ese saca. Después con calentito, pone, como emplaste. Con eso nomás ha recuperado dice los abuelos nomás. Con eso nomás ha curado dice. Ahora ya carneamos la oveja, ahora, sacando su riñón de la oveja con calorsito pone... no, ¡no sana!¹⁶

G. *¿Por qué será?*

-
- 15 Ya en el siglo XVI, el cronista Molina documenta en sus escritos el pánico que levantaba entre los indígenas el interés de los castellanos por la grasa de los indios: "El año de setenta y no atrás de aver tenido y creydo por los yndios que despaña avían enviado a este reyno por unto de los yndios para sanar cierta enfermedad que no se hallava para ello medicina sino el dicho unto, a cuya causa en aquellos tiempos andavan los yndios muy recatados y se estrañavan de los Españoles en tanto grado, que la leña, yerbo a otras cosas no lo querían llevar a casa de España, por dezir no los matase allí dentro para les sacar el unto" (Cristóbal de Molina [1581] 1989).
- 16 El proceso de evolución referido a las causas, las manipulaciones y el talante de los personajes asociados con la dolencia del *kurisiri*, así como las materias biológicas que constituyen su objeto de interés (riñones, grasa y sangre) están siendo consideradas en un trabajo de investigación que preparo en tomo a esta figura presente en diferentes sectores de los Andes (Moliné 1991; Morote 1988; Ancoz, ed., 1988).

SEB. Porque saca sangre¹⁷.

SL. Especialista es la sangre.

SEB. O sea, los que han visto, así tamañito es su maquinita dicen. Parece chiquitito, así tiene para llevar saca sangre, tiene termo, con eso lleva su sangre.

G. Pero, ¿cómo saca?

SEB. No sé, ¿cómo será? Ha chupado dice con máquina, chupando. Jeringa pone y saca.

G. Los *kharisiris*, ¿son como gente? ¿como nosotros? ¿no son tata cura ya?

SEB. Ahora no. Los jóvenes, los estudiantes... ¡ellos son! ya saben, dicen¹⁸. Algo secretamente se han contratado. En los colectivos, en ciudad, micro... ¡hay!, dice; en colectivo hay, dice. Esto, agencia también es.

G. ¿Cómo podemos hacer cuando vamos caminando para que el *khariri* no nos ataque?

SEB. Pero cuando su sueño se llega [a la víctima], cuando caminando después los que han fregado a la gente, esos *khariris*... ¡solitos se van! Ese anda la camino... después siguiendo atrás. Después... ¿cómo será pues? Sueño nomás llega dice. Recién estoy dur-

17. Ya no grasa de ritón. Como ahora el *khariri* saca sangre, la terapia tradicional no funciona como correspondía en el pasado.

18. Interesante apreciación la de Tata Sebastián. Las formas que adquiere la enfermedad tradicional en el altiplano comparten los caracteres de cambio cultural y conflicto intergeneracional que afecta a los nuevos ámbitos ocupados por las generaciones jóvenes. Las nuevas formas de vida que afectan al campo "producen" *kharisiris*, la desaparición de la gordura y la sangre *aymam*, sus fórmulas de existencia tradicionales se ven amenazadas. Los estudiantes precisan mucha "plata" para poder realizar sus estudios; algo que puede conseguirse merced a la demanda de sangre de las instituciones hospitalarias que aprovechan los *kharisiris*.

miendo... ¡ya! ya está sacando sangre, dice. Al revés reza, tiene libro: ¿qué será?, ¿cuál rezo será? Con este nomás... Con demonio ya han hablado, así... contacta nomás. Fácil está durmiendo, así dice *khari khari* es eso, con demonio, su contacto dice¹⁹.

Hay que llevar Castilla ajos, hay que manejar. Yo cuando noche yo andando... con ajos de Castilla, con azufre más. Castilla ajos, su contra es, porque contacto es de *saxxa*, para eso nomás contra demonio es siempre. Cuando lo machaco hay que mascar. Después con azufre. El *khari khari* no come ajo ¡tranquilo!²⁰. Después especial con zorrino de lana hay, *añathuya ese que sallqa, sallqa* se llama²¹, *p'axp'aku*, farsante se llama. Ese zorro *sallqa* son así para gente escapando ya no quiere ver. Para todo tiene miedo²². Después está su lanita, eso es bueno. Pampa animal es pues, eso nomás. De noche podemos ir... ¡se ataja! no se puede atacarme sin pensar. El mismo, el *khari khari* tiene miedo. No sé... ¿qué será pues? Así no puede tocarme. Quizá saludando va a pasar, va a pasar nomás. Para eso nomás tiene miedo. Cuando va a ir con eso nomás puesto a tu bolsillo ya... ¡pasa nomás! No pueden curar en las postas.

-
19. Algo pseudójico del *khari khari* actual es que su "poder" lo recibe por contacto con el demonio cuando no hace mucho tiempo ese mismo "poder" era concedido por el "padre". el tata cura y sus siervos. Todavía así comentan en diferentes puntos de los Andes, el *khari khari* es el padre, el sacerdote. Por otro lado... hasta qué punto no aparece el tata cura como celoso bebedor de sangre... de la sangre de Cristo. ¿Hasta qué punto no ha podido influir este estipendio ritual en la categorización del *khari khari* y a su vez del padre como ávido buscador de sangre...? Interesante seguir esta pista que va desde el riñón y la grasa del tata cura, a la sangre del demonio y la institución hospitalaria del doctor. Otro ejemplo característico sobre la importancia ceremonial otorgada a la sangre en diferente contexto al del *khari khari* lo encontramos en relación con las batallas ceremoniales o *inkas* documentados por Platt (1996: 69) en el Norte de Potosí.
20. Lo que implícitamente está considerando Sebastián es que el *khari khari* come a la víctima. Extraerle su grasa o su sangre es como devorar a la víctima. Como el *khari khari* no come ajo, por su olor hediondo, una buena manera de salvaguardar nuestra sangre es mascando ajos crudos. Es preciso ser más astuto que el bribón del *khari khari*.
21. *Sallqa*: Pícaro, salvaje, astuto, tímido (De Latta 1987: 146). Para burlar al *khari khari* que no deja de ser un ratero especializado.
22. Otra contradicción que escruta el personaje: el éxito del *khari khari* radica en la sorpresa en el atentado secreto. Por eso se cubre el rostro cuando es descubierto. Resulta tímido y astudizado.

G. *Del ajayu... tampoco sabe el doctor ¿no ve?*

SEB. No sabe, no sabe. No sabe llamar del *ajayu*. Con su maquinita así tratamiento... ya sana nomás: ¿Qué pasa? yo... ¿*ajayu*?... "No hay *ajayu*, nada", así dice. No entiende. "Esos son *layqas* [brujos]" [dice el doctor]²³.

De *ajayu*, la *wawa* así se mira, se cuenta sus dedos... ¡yá!, pellizcando aquí la cara. ¡Ya está!, *ajayu*. No mastica la *wawa*. Ahora llamando hay que hacer con campana para que escuche. Después ya he hecho con flor de clavel, blanco siempre. Después hilo hay que amarrar al enfermo. San Nicolás *t'ant'a*, con estrella; sobre eso estoy llamando nuestra alma, espíritu tenemos estrella. Tres estrellas tenemos. Así hablamos nosotros de espíritu, de *ajayu*. Más primero es de *ajayu*, de *animu* [ánimo], también *kuraji* [coraje]. Como decimos ahora estamos rezando de Dios. *Dios awki*, *Dios yuqa*, *Dios Ispiritu Santo*, igual nomás es tres. Igual que Dios, tres también, una persona solo²⁴. Igual nosotros tenemos tres estrellas, igual.

G. *Cuando colocamos también para "susto" hay que rezarse de Dios ¿verdad? ¿Qué oración hay que rezar?*

SEB. Oración del Bendito. Hay libro. Igual que Dios tiene tres almas, tres estrellas, ese igual nosotros²⁵.

G. *¿Como Dios tiene tres almas, tres estrellas, Padre, Hijo y Ispiritu Santo...?*

-
- 23 Es curioso, por un lado el médico no cree en los *ajayu*, por otro lado considera que los que curan del *ajayu* son *layqas*, es decir "brujos", en un intento de desacreditar a los *yutiri*.
- 24 En referencia a esta manifestación peculiar sobre la Trinidad, ver en el capítulo posterior el epígrafe correspondiente a la "tutela de las sombras".
- 25 Ese "nosotros" se refiere a las "personas", es decir, a los *joqi* aymara. Los gringos y blancos, en principio, no enferman de *ajayu*, o aunque lo hagan, sus médicos no lo consideran pertinente.

SEB. Ese... ¡igual nosotros! *Ajayu yus awki, yuqa, ajayupana, ukhamapan*. Así después cuando rezando nosotros, *Dios awki, Dios yuqa, Espíritu Santo; Dios awki, Dios yuqa, Ispiritu Santo, amén*, hay que decir. Igual también nosotros, igual también nosotros de las personas *ajayu, animu, kuraji*.

2.3. Julio Quenta, colonizador

Julio procede de una pequeña comunidad del entorno de Jesús de Machaca. Trabaja en Alto Beni, pero acostumbra hacer algunas visitas a sus padres para ver a sus hijos, que residen en la casa paterna junto a sus abuelos y la mujer de Julio quien no termina de acostumbrarse al trópico. Su papá es *yatiri* y Julio demuestra una interesante inquietud por los temas que tienen que ver con la medicina tradicional. Comenzamos la conversación disertando sobre las almas.

JULIO. Espíritu existe tres nomas como *ajayu, kuraji* y *animu*, tres nomás. Entonces esos tres es cuando se muere la gente, es cuando se pierde el *ajayu* ¿no? Ya no existe. Es más importante. Cuando uno se asusta, cuando ese se pierde el *kuraji* ¡nada más! El *animu* es... cuando uno está... nervioso nada más. *Ajayu* es grave; uno pierde *ajayu* cuando muere, ya no existe en esta tierra. Entonces, cuando ya el cuerpo está sin *ajayu*, entonces ya no sirve el hombre.

GERARDO. ¿Podemos perder el *ajayu* y estar vivos un tiempito?

J. Un tiempito, pero ya no mucho tiempo. El *ajayu* se pierde cuando ya no hay posibilidad de recuperaciones. El *kuraji* es cuando uno se asusta y puede tardar [en recuperarse] meses o semanas, puede tardar ese; ese se puede curar nomás, pero *ajayu* ya no, es incurable. Incurable, ni médico ni "maestro" ni nada, nada ya no cura nadie porque el *ajayu* se ha ido para siempre y ya no vuelve. El *ajayu* se va cuando uno haiga sufrido un accidente, un accidente muy grave, un vuelque de camión o uno puede resbalar de un barranco, sin vida, o uno puede ser un atropello de camiones, cuando ya, o un toro le puede cornear. Ahí ya, ya no recupera, perdido ya su *ajayu* ya no recupera. Perdidó ya su *ajayu*

ya no sirve. Entonces, cuando es *kuraji* nomás, cuando uno se cae..., alguien le asustó, ese no más es fácil. Ese rapidito nomás.

Entonces, ese [el *kuraji*] puede aguantar meses, semanas. Puede tardar ese *kuraji* [aguanta aunque esté perdido, no tiene consecuencias fatales para el enfermo], ¡tarda! Hay que llamarlo eso, pero no pasa nada, se puede curar nomás ese.

Y el *animu* es cuando uno es nervioso nomás ¿no? Nada más, no es tan grave eso. Aunque sólo lo llama... entonces vuelve nomás. Con maestro siempre o uno solo también puede, porque se nota, hablan.

Hay una imagen dentro de nosotros, no sé si alguna vez se haya notado que cuando es un *ch'ivi*²⁶ tiene tres *ajayus*. Una sombra, uno es más oscuro, el otro es semi oscuro, el otro es muy clarito. En un *ch'ivi* se nota en la sombra, en su luz, lo que sea. Ahorita no se ve bien, se ve entonces... ¡Tres se ve! cuando te enfoca una luz. Ahí ya puedes fijarte ¡tres! Clarito ya es, uno sobre ese... seguidito nomás.

G. ¿Cuál es el de más adentro?

J. El *ajayu* es el más oscuro, el *ch'ivi*, el oscuro. El semioscuro es el *kuraji*, el más clarito es el *animu*. Los doctores no tienen esa capacidad de curar *ajayu*, *animu*, eso no tiene curación; eso sólo lo pueden curar los curanderos, los *yatiris*.

G. ¿Para qué son buenos los médicos?

J. Los médicos son buenos cuando una enfermedad que sea, un accidente, una luxadura, una quemadura muy grave, ese sería, o si no, una operación que sea de muy gravedad, de algún aparato digestivo, entonces ese sería su tarea de los médicos. Cuando hay fiebre ¡fuerte! también es ¿no? incurables. Para eso los médicos. Pero más que todo en este tiempo ya conviene que se combinen el

26 *Ch'ivi*: Sombra (De Lucca 1987: 49).

médico y los "maestros" [yatiris] ¿no? Conviene que se convengan, la parte más conveniente de cada uno. Entonces la gente a cada uno lo que necesita, así, de acuerdo, así ¿no? La gente no es que pide una sola cosa²⁷. Necesita las dos cosas. Tanto puede necesitar del maestro, puede necesitar del doctor ¿no?, del médico.

G. *¿Vos crees que sería bueno que en las postas hubiera maestro más, hubiera yatiri, con su parte, o sería difícil?*

J. Sí, sería muy lindo. Con eso la gente casi estaríamos muy lindo y tendrían mayor responsabilidad dentro de ellos. Porque hasta el momento hay una desconfianza, entonces porque no hay una exactitud de los doctores. Hay veces tampoco de los maestros también ¿no? Son ambas partes. Entonces yo, en este momento creo que es bastante necesario que sea de ambas partes ¿no? Muchas veces también la gente que no sabe de un maestro, hay veces los maestros también fallan ¿no? Entonces no es tan correcto. De esa razón, es bueno nomás también, tampoco no se niega ciento por ciento que el otro es negativo ni positivo; entonces valen, valen, al medio valen. Vale más que todo que se entiendan de ambas partes, nada más, sí.

G. *¿Cómo es del kharisiri?*

J. Sí, pero no se justifica hasta el momento. Hay habladurías. A ese le dicen *khariri*, pero... no se justifica. Así, rato mismo teníamos unas demandas ante las autoridades sindicales y no existía justamente una cosa hecha ¿no?

G. *¿Quién había denunciado?*

J. Persona a otra persona. Una persona se ha demandado a otra persona, a otra persona. Entonces, entre ellos se han hecho una

27 El enfermo utiliza las diferentes opciones que el mercado terapéutico ofrece.

palabra intermedia; entonces ahí han hecho jugar, entonces cuando le decía: "¡Acláreme! ¿Cómo he hecho? ¿Me has visto? ¿Cómo, cuándo? ¿En qué sentido he actuado?". Entonces no ha podido hacer declaraciones, entonces, de esa razón hasta el momento no se justifica. Pero dicen hay que sacan sangre, pero no se justifica... ¿Cómo? ¿Con qué? ¿Qué materiales usan para eso? Y como eso, no se justifica.

G. *¿Para qué creen que sacan la sangre? ¿Para qué dicen las gentes?*

J. Pero, según los rumores ¿no? Este es el rumor nomás, no es un hecho, ¿no? En cuanto hay una necesidad, cuando uno pierde la sangre dice, entonces el mismo número de sangre tiene que conseguir. El doctor pide el mismo tipo, Entonces para eso, dicen, puede ser buscado el sangre ¿no? Entonces, para eso roban de niños, lo que sea de adultos, cualquier cosa puede ser ¿no? Pero no hay pruebas cuando esto ha sucedido o no ha sucedido... ¿Es realidad o no? Esto es un dicho nomás. Tampoco no hay alguien que ha visto en este sentido. Hay medicina. Entonces aunque es o no es eso, el medicamento hay, medicina. ¡Se cura! Se cura, pero cuanto antes ¿no? Pero cuando se hace pasar... pierden también su vida. Pueden morir. Puede ser eso o no puede ser eso, no es seguro pero... ¡muere!

G. *¿Se quejan los enfermos cuando van al hospital?*

J. Se quejan... "No me curan", dice y más dicen eso. Pero de tratamiento debe estar bien, le han tratado a la gente bien, pero la cuestión es... la gente a veces también somos viciosos. De noche a la mañana también quieren curarse y ese no es tan ventajoso para uno ¿no? Entonces cuando es médico natural es igual, la misma cosa. Uno pide con hierbas medicinales, entonces tiene que tener también su tratamiento, igual que el doctor. Tiene que continuar. Si no continúa... ¡igual también hablan! No es que no, hablan a los doctores, al natural igual le dicen.

G. *¿Vos has estado en los hospitales alguna vez?*

J. No, no, nunca no he estado yo porque no he conocido ninguna enfermedad hasta el momento²⁸. Pero una vez estuve con una quemadura muy grave atizando el horno entonces he sufrido una quemadura bastante de las manos más que todo, entonces eso ya me ha salvado el doctor. Me ha salvado, me ha tratado bien... ya me ha curado y hasta el momento estoy sano.

Ahora también hay veces, pero hay veces en el hospital lo que sea existe que cuando hay varios enfermos, hay varios pacientes²⁹... que no, que no tiene tiempo el doctor para atender a otros que llegan recién. Entonces... ahí, el doctor mismo ya no tiene tiempo, entonces ya no atiende. De ahí, de la atención ya no deben ser bien atendidos los pacientes. Entonces ese debe ocurrir. Y cuando dicen que no entienden aymara... ¡ah claro! es evidente, porque la gente, la mayor parte no entiende castellano, habla aymara, entonces existe eso. Tiene miedo la gente acudir a los hospitales, tiene miedo³⁰.

G. *¿Qué piensas que cambien los grupos así año tras año...no hay continuidad?*

J. No, no, no hay continuidad. Eso sí, cambio de doctores, hay veces llegan buenos doctores, pero se van rápido, pero hay veces llegan unos doctores que son simples y esos se quedan también; se fijan no más en los hospitales. Me parece que un doctor, cuando es bueno que tiene que permanecer hasta donde pueda³¹. Eso tenían que hacer los del Ministerio de Salud... ¡Eso sería!

28 La interpretación y valoración cultural sobre lo que es "enfermedad" permite este tipo de afirmaciones. En este caso Julio no quiere decir que no haya enfermado nunca sino que, según su perspectiva, no se ha enfermado "para el hospital"; es decir, las enfermedades que ha sufrido las ha resuelto en casa con su padre *yuriri*.

29 La medicina aymara es individualizada; no se puede tratar a varios pacientes a la vez. De hecho no se trata a más de uno por día o noche.

30 La dificultad habitual de comunicación entre médico y paciente se refleja en este aspecto.

31 Los campesinos aymaras demandan calidad en la atención de los equipos médicos y su continuidad en el tiempo.

2.4. Notas de campo

La desconfianza que produce la medicina convencional en el altiplano aymara adquiere otras formas y maneras, que voy a tratar de mostrar a través de las notas recogidas en mi cuaderno de campo; de esta forma complementaré algunos aspectos sugeridos en los testimonios de los informantes.

Los médicos de las postas son considerados inexpertos. Los campesinos conocen el talante bisoño, poco experimentado de los médicos bolivianos que atienden los servicios generales en las postas sanitarias y algunos hospitales. No quieren ser tratados como "conejillos de indias"; están convencidos de que los médicos aprenden practicando con ellos, es decir abriendo sus cuerpos, curioseando y probando con los tratamientos un tanto a ciegas. En el dominio aymara, sólo el *yatiri* que sabe, tiene clientes. Los que tienen clientela, aquellos a los que "se molesta" con frecuencia son los más prestigiosos. Los médicos que cumplen su año de provincias son considerados como "practicantes", los peor cualificados, "principiantes". En este sentido, el sistema de año de provincias sobre el cual insistiré en las recomendaciones finales, supone un flaco apoyo a las posibilidades de implantación de la medicina convencional en el altiplano aymara. La postura particular de cada equipo puede incidir en la mayor aproximación o lejanía respecto a la problemática social y cultural que el tratamiento de la enfermedad supone.

El campesino quiere continuidad en los servicios de atención sanitaria y quiere los mejores equipos, no a los estudiantes prestados de últimos cursos. Quiere médicos cualificados, no la "morralla" que el Estado puede gentilmente aportar, para su aprendizaje profesional; por otra parte se desea continuidad en la dotación y ejercicio médico de dichos equipos. Indudablemente cualquier esfuerzo en las dotaciones de estos equipos, donde nada existe, resulta importante, pero es necesario cambiar el punto de partida. Un año de provincias "obligatorio", que quien puede lo paga para librarse, algo así como el servicio militar, no parece el mejor planteamiento para iniciar un servicio de atención sanitaria donde el contacto con el paciente implica una aproximación, no siempre deseada, a problemas y conflictos de índole social, donde el médico ha de tomar, no pocas veces, postura.

La gente del campo no se confía en los médicos, por plata, por inexpertos; con puro curanderos sanan... ¡Claro que sanan! Con mates y sahumeros exteriormente, pero interiormente... ¡difícil!

TAXISTA AYMARA oriundo del Lago, "residente" en la ciudad de La Paz.

Juan Apaza considera improbable que los mejores médicos puedan trabajar en la esfera rural: "¡Qué van a venir al campo! Plata no más quieren. No son especialistas... ¡puro aprendices!"

Desde la perspectiva aymara no tiene sentido acudir a un *yatiri* nuevo que recién se está iniciando. Tiene que demostrar que sabe, curando a la gente. Cuando un aspirante a "maestro" cura a su primer paciente, se inicia como curandero. Sólo los que demuestran su competencia en la lectura de coca, la ajustada predicción de los casos y su tratamiento terapéutico, son "maestros" socialmente reconocidos. Los "maestros" jóvenes levantan tantas sospechas como los médicos de las postas, por su falta de experiencia. Los aspirantes y "maestros" jóvenes no pierden de vista a los más experimentados, especialmente a los que intervienen como sus tutores, en el proceso de iniciación, reflexionando sobre cada caso en particular, visitando lugares de poder e interpretando las escenas oníricas que se producen durante los sueños. Los *yatiris* que socialmente no han sido reconocidos como "maestros", por sus deficiencias en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad, no son considerados propiamente *yatiris*. El ejercicio del *yatiri* no depende de su voluntad, no se puede "estudiar" como una carrera universitaria; el *yatiri* es elegido, muy a su pesar. Tiene que tener dones y virtudes, para el ejercicio de un "camino" que se entiende no tanto como salida profesional, sino como servicio. Este aspecto hace que los "maestros" urbanos, aquellos residentes cuyas carpas decoran las pampas de Sagrado Corazón y Faro Murillo en El Alto de La Paz, sean considerados por los rurales como "farsantes", por su deseo desmedido de hacer plata.

La ambición por la plata es un rasgo común que identifica con cierta frecuencia al médico, desde la perspectiva aymara³². Los médicos son "platosos".

32 "El médico recién egresado que va a provincias, piensa sobre todo en su futuro, cómo instalarse, qué instrumental deberá comprar... y resulta que la única fuente inicial de ingresos para todo ello es su primer trabajo en el campo. Si no tiene otros recursos propios y una miseria muy alta, la tentación de lucrar con su profesión, a costa de esos clientes tan pobres, es muy alta" (comunicación personal de Xavier Albú).

Se les acusa de buscar ganancias personales que pueden ser en dinero e incluso en bienes materiales: comida y ganado. Celso Vila cuenta el caso de un médico que no quiso colaborar con una mujer cuya *wawa* estaba enferma. Le recetó una pastilla que no le hizo ningún bien. El médico sólo se interesó por la *wawa* cuando vio que la mujer tenía gallinas; a cambio de las gallinas aceptó medicar a la niña. El problema de la costosa atención sanitaria y la manifiesta precariedad de recursos económicos del campesinado aymara promueve esta imagen interesada del médico, incluso cuando parte de la atención sanitaria pudiera estar subvencionada. El desplazamiento a La Paz, el trato en la institución sanitaria y los costos de la estancia desaniman a los familiares del paciente, quienes de hecho influyen para que el desplazamiento y el ingreso en alguna institución sanitaria paceña no se produzca finalmente, pese a las recomendaciones de los equipos de salud.

La cuestión de la enfermedad es una problemática social donde el paciente no decide solo; la familia evalúa los costos y lo que estima más conveniente para el enfermo. No resulta infrecuente que los equipos médicos convencionales se desesperen ante sugeridos traslados a la ciudad, denegados por los familiares del enfermo. El término "operación" es esgrimido con frecuencia por los campesinos como justificativo de la tendencia del médico a "abrir" los cuerpos de los seres humanos, cosa que nunca debe hacerse, y por otro lado se subraya su tendencia a "hacer plata", dados los costes habituales (en miles de bolivianos) que las intervenciones quirúrgicas establecen. Por otra parte, el valor otorgado a ciertos productos biológicos como la sangre, sustancia requerida frecuentemente por los médicos para su análisis, induce posiciones ambiguas respecto a la figura del médico y los sanitarios rurales. La sangre es una sustancia de extrema importancia. Es un bien considerado "limitado", que no se repone con facilidad. El efecto probable de una extracción sanguínea abundante resulta en una sensación de debilidad que produce sospecha, por cuanto puede poner en riesgo la estabilidad laboral y familiar del "residente" aymara paceño. Por otra parte, la sangre es un bien caro, puesto que se dice que por ella, los enfermos blancos, pagan dinero; dicen que la sangre campesina les hace fuertes, eso sí, dependiendo del talante del donante. En este tipo de interpretación aparece la figura del *kharisiri*, el personaje antaño preocupado por el sebo de los *jaqi* aymaras, relacionado con el tata cura y gente de iglesia a los que entregaba el

sebo de sus víctimas y que ahora parece especializado en extraer sangre para entregarla a las instituciones hospitalarias.

Este tipo de preocupación del médico por el dinero y el lucro en el tratamiento de la enfermedad, puesto que los fármacos e inyecciones se adquieren con "plata", contrasta con el "servicio" desempeñado por el maestro ritual aymara, sea *yatiri* o *ch'amakani*. Es frecuente que el *yatiri* ante la pregunta del paciente sobre lo que se deba, responda que "la voluntad". El *yatiri* no puede obligar a pagar un precio exorbitado por su labor; por otra parte no resulta infrecuente que el "maestro" cobre una vez que el paciente reconoce la efectividad y eficacia del tratamiento impuesto y no antes. Algunos *yatiris* rurales aceptan el pago en especie (sobre todo alimentos), indicando que no pueden obligar a ser retribuidos por encima de las posibilidades económicas de sus pacientes; por otro lado tampoco pueden negarse a curar a las bases pobres de la comunidad³³. Esta circunstancia relativa al precio de los medicamentos y el tratamiento médico posibilita no pocos recelos sobre la figura del galeno formal.

La relación entre pacientes y fármacos resulta tremendamente dispar. Así sucede, por ejemplo, cuando los medicamentos se regalan, a no ser que se justifique como "cariño" por parte del médico. Si el precio del fármaco es bajo e incluso regalado por parte del personal de la posta, como quien regala limosna, sin el cálido sentido que las aportaciones de "cariño" tienen entre los aymaras, puede ser que su empleo levante susceptibilidades entre los afectados. Se piensa que el fármaco está "pasado", que ya no sirve o que es inútil. Existe cierto desdén sobre lo regalado que no se solicita, a no ser que medie el "cariño" explícito entre médico o sanitario y paciente.

Otras reacciones ante el fármaco de la posta están relacionadas con el origen de la enfermedad. Si la enfermedad es para "tratamiento", entonces sí se entenderá como eficaz el empleo del fármaco. Los fármacos caros se entiende que resultan más poderosos que los baratos. Este prestigio de lo "caro" aparece reflejado en las mesas rituales. Las mesas rituales de mayor precio se dice que

33 Este aspecto está recogido en la deontología del *yatiri* incluso en los sueños de iniciación (Fernández 1995b).

son más eficaces, porque tienen más "poder" al demostrar más "cariño" de los oferentes respecto al destinatario ceremonial; exigen mayor sacrificio, lo que justifica, desde la perspectiva aymara, su valor.

El desdén que producen las sugerencias formuladas desde el poder político y administrativo, se aplican igualmente a las sugerencias médicas. Los proyectos y sugerencias ajenas al contexto aymara producen múltiples suspicacias por los precedentes de engaños y abusos con que se ha escrito la historia de las sociedades aymaras y su relación con el Estado. La medicina indígena tiene un valor impagable, pero su precio sí es accesible en el entorno aymara, circunstancia que no puede aplicarse a la medicina convencional.

La medicina convencional es cara y no ofrece "garantías". La medicina no es ciencia exacta; ni los médicos ni los *yaitiris* curan en todas las circunstancias y ocasiones, pero la medicina convencional exige unos costos adicionales que, desde la perspectiva aymara, no parece redundar en mayor eficacia y seguridad:

La gente no confía en los doctores. La plata no alcanza y sólo quieren abrir nomás. No hay garantía de curación; no hay seguridad; por eso prefieren a los maestros.

IGNACIO CAILLANTE.

Por otra parte, la inversión económica que la medicina occidental exige para llevar a cabo los tratamientos terapéuticos, no arrienda las ganancias de sus pacientes aymaras; es decir, se considera que no ofrece las garantías pertinentes. Resulta frecuente escuchar de los pacientes y familiares de afectados la norma imperativa —"¿Usted vas a garantizar?"—, exigiendo un compromiso casi "notarial" y público que pueda derivar en la exigencia de responsabilidades en caso de defunción del paciente, a los equipos médicos de salud. En esta circunstancia influye, por un lado, la poderosa convicción de que la naturaleza del mal es otra diferente a la que el médico convencional considera. Por otro lado, el alto coste (por bajo que pueda parecer, incluso en las circunstancias donde el traslado a la ciudad y parte del coste de la atención médico hospitalaria global, corre por cuenta de la propia posta rural que traslada al paciente) que en proporción supone para la familia del enfermo, exacerba los requisitos de "seguridad" que se piden a la medicina occidental.

Curiosamente, este deseo de "seguridad" y certificado de garantía nunca he podido constatarlo en relación con los *yatiri* rurales. No se duda en ningún caso del "poder" que el "maestro" ritual atesora, y la fiabilidad de sus prácticas concuerda con la sanción social y cultural de que son objeto. El médico, frente al *yatiri*, se encuentra en una postura inicial de importante desventaja, puesto que, no estando integrado en la sociedad donde pretende ejercer sus conocimientos, tiene que demostrar en primer lugar su competencia. No se le supone hábil sólo por su prestigio social. Tiene que ganarse el reconocimiento de sus pacientes a diario. Cualquier traspies que acontezca pueda dar al traste con meses de exclusiva dedicación.

El trato en las instituciones hospitalarias induce múltiples celos y desconfianzas. Los campesinos aymaras se quejan de la forma "clandestina" en que el médico manipula y diagnostica. No confía nada a los pacientes, obra en secreto sin informar lo que sucede. Este aspecto puede estar relacionado con el escaso conocimiento de la lengua aymara (*jaqi aru*) que tienen los médicos de provincias que atienden en el altiplano. El interés por la sangre, el uso del fonendoscopio —con el cual los campesinos consideran que el médico no hace otra cosa sino "jugar", puesto que no justifica habitualmente lo que hace—, establecen un distanciamiento marcado respecto a las formas aborígenes de diagnóstico donde la lectura de coca, *wank'u* (conejo), orín e incluso la "lectura de la vena" son más prestigiados que el empleo del frío "fonendo".

Por si fuera poco los pacientes se enfrentan solos, sin sus familiares, a determinados tratamientos hospitalarios. Los asistentes se llevan al enfermo y prohíben la entrada de los familiares que lo acompañan, circunstancia que dispara la certidumbre de abuso fraudulento en las instituciones hospitalarias. Como los familiares no pueden ver lo que pasa, los equipos médicos "abusan" del enfermo, pudiendo sacarle sangre en exceso, "para poner a otros". Las instituciones sanitarias son contempladas no como centros de atención en salud, sino como centros de abuso e inquina, donde se increpa al enfermo llamándole "indio", echándole en cara su propia enfermedad y dolor, por lo mal que come y por su desaliño y suciedad acostumbrados, como si el enfermo fuera culpable de su dolencia, precisamente por "indio", permitiéndose, los sanitarios y enfermeras, el lujo de opinar y entrar en juicios de valor sobre las vidas e intimidades de sus pacientes (TAHIPAMU 1994; Dibbits 1994).

Yo no voy a la posta médica porque me atienden mal, me gritan. Me dicen, "¿por qué haces enfermar a tu hijo; seguro te has emborrachado, seguro que no le das comida a tu hijo. Por qué tienes tantos hijos si no vas a poder mantener. ¿Crees que las enfermedades se curan con yerbas no más?" Así me dicen, por eso no voy, me tratan mal.

MARÍA, 35 años. Información aportada por Willy C. Chacón (Pisac, Perú).

La gente va a los hospitales y queriéndoles operar, se salen, se curan con hierbas.

IGNACIO CAILLANTE.

Resultan frecuentes los casos narrados de enfermos que escapan de los centros hospitalarios donde se les iba a practicar alguna amputación o intervención quirúrgica y que se recuperan con tratamientos medicinales a base de terapia tradicional orientados por los *yatiri*.

El caso del hijo de Paz Mariano es notorio en Tuqj Ajllata Alta; su pierna derecha se estaba deshaciendo; olía mal y un tono negruzco iba adueñándose de su superficie. Los médicos decían que tenía gangrena: había que cortar. El intrépido muchacho al ver los preparativos de la amputación se escapó del recinto hospitalario y regresó a la comunidad donde consultó con su "tío" Ignacio, *yatiri*, quien le curó con tierra virgen del *achachila Qapigi*, concretamente de su cumbre, empleando tierra que ninguna persona hubiera hollado jamás; le colocó una masa barrosa de aquella tierra sobre la superficie de la pierna dañada. Al parecer había pisado un "mal lugar" y por eso su pierna estaba enferma; con el emplasto de barro, poco a poco la pierna fue adquiriendo mejor aspecto hasta sanar por completo, lo que le permitió marcharse como heladero a Santa Cruz de la Sierra.

Varios casos semejantes a los del hijo de Paz Mariano son frecuentes en el altiplano como testimonios clarificadores, considerados desde la perspectiva aymara como certeros de lo inapropiado que resultan las técnicas médicas más violentas, frente a las posibilidades eficaces de recuperación con las prácticas médicas tradicionales. Los médicos tienen la fama de cortar deprisa y seccionar miembros con facilidad, sin contar previamente con el parecer del paciente.

Más que un servicio de salud, parece que ejerce como un servicio de "abuso" fraudulento donde los pacientes aymaras son, en cualquier caso, sus víctimas.

Por otra parte, el carácter ajeno del hospital, según manifestaciones del propio Equipo de Salud Altiplano, afecta a los alumbramientos. Las mujeres aymaras quieren dar a luz en casa, en la posición correspondiente y en contacto con la tierra. Los hijos nacidos en el hospital o la posta, a pesar del probable cuidado higiénico, no dejan de ser "extraños" (Dr. Rubén Montero, comunicación personal) al nacer fuera de la casa. Al mismo tiempo, los cuidados y el tratamiento farmacológico que se dispensa a los niños altera su condición fisiológica. Algunos *yatiris* me han comentado que los niños nacidos en hospitales a los que se han puesto tratamientos y medicado con fármacos, ya no responden a las curaciones tradicionales, puesto que el cuerpo se acostumbra a las drogas del hospital y sólo podrá curarse con drogas.

La conceptualización del tiempo en el servicio médico rural contrasta seriamente con la consulta del *yatiri*. El servicio de ambulatorio al que se ven obligados los equipos sanitarios rurales dedicando días completos a campañas de prevención en escuelas de atención primaria, servicios generales de salud y odontología, trata de sacar la máxima renta a la consulta, atendiendo al mayor número de casos en el menor tiempo posible. En este sentido, las tablas estadísticas de vacunaciones y servicios de atención general exigidos por los financiadores externos, de las cuales depende en ocasiones el mantenimiento de la ayuda sanitaria, tampoco facilitan la calidad del servicio prestado.

En las sociedades aymaras, los *yatiris* dedican una noche completa por paciente; difícilmente el *yatiri* accederá a atender a más de un paciente por sesión y día (al contrario de lo que se puede apreciar entre los *yatiris* "residentes" de La Paz y El Alto); participa de las formas habituales de integración en el mundo aymara. El tratamiento de la enfermedad forma parte del resto contextualizado de la cultura, de tal forma que no pueden obviarse las formas de cortesía habituales y las demostraciones de "cariño" que están insertas en la visita misma del *yatiri*, como es el *akhulli* de coca, fumar cigarrillo, tomar algo de trago y compartir una comida con el doliente y su familia, mientras el *yatiri* recoge toda la información sobre el caso, aportada por la familia y contrastada convenientemente mediante el diagnóstico de la coca.

El *yatiri* sólo puede aceptar los casos médicos que conoce y aquellos para los que se siente capacitado. El criterio universalista de los médicos, supuestamente entendidos de todo, provoca cierto rechazo por la arrogancia inherente que produce y el sentido ambicioso de su conocimiento, interesado en "hacer plata" a toda costa. El *yatiri* no puede aceptar los casos que la hoja de coca no confirme que son "para él". El *yatiri* ambicioso que se interesa por el dinero de forma desmedida y cobra caro, no tardará en recibir los reproches velados de ser *layqa*, brujo dañino, por parte de la comunidad y de sus propios pacientes.

El ejercicio de la autoridad médica difiere en el contexto aymara respecto a los servicios de salud formales. En la medicina urbana convencional delegamos la decisión de la curación en el médico; es él quien otorga las "altas" y las "bajas" médicas; sin embargo, en el mundo aymara no es así, es el propio doliente el que reconoce si se ha curado o no. El planteamiento resulta mucho más correcto que en nuestro caso: puesto que es el paciente el que está enfermo, a él le corresponde definir cómo se siente y si el tratamiento ha sido o no satisfactorio. El *yatiri* consulta, pregunta una vez efectuado el tratamiento –"¿Estás sano?"– mientras que el médico suele afirmar con prepotencia: "¿Estás sano, no tienes nada!". Indudablemente cuando la gente acude a la posta, por algo será. En este sentido alejar a los pacientes con cajas destempladas insistiendo que está sano, da lugar a que se prodigue entre los campesinos que el médico "no entiende", con lo cual difícilmente podrá cubrir las expectativas de atención sanitaria que persigue.

En el dominio occidental, la medicina está tan tecnificada que hemos delegado el asunto de la salud en los "expertos", los médicos, sin contemplar el valor de una realidad social y humana importante. "Sano, sano, dice el médico, pero yo estoy enfermo", comenta un paciente tras la visita a la posta. Es el paciente quien debe confirmar los resultados de la terapia; es él quien tiene que verificar su propia curación y no el médico.

El ejercicio de la autoridad terapéutica en la práctica médica aymara radica en la actuación del *yatiri* y finalmente en la satisfactoria recuperación del paciente, pero este último posee la última competencia en el reconocimiento de su situación médica, posteriormente confirmada o desmentida por los diagnósticos obtenidos en la hoja de coca.

la Ley de Capitalización incidirá en nuevos impuestos para el campesinado. Es decir, todo este maremagno de posturas encontradas, contradictorias y complementarias, al mismo tiempo indican hasta qué punto el gremio de los maestros rurales resulta extraordinariamente heterogéneo. Por otra parte, el propio Pedro Quispe, contrariamente a sus manifestaciones públicas, no dudó en adelantarse a mi actuación sanitaria, llevando a sus hijos al hospital de Achacachi para ser vacunados ante los síntomas de brote epidémico coqueluchoide que tuvo lugar en Ajllata.

Sin embargo, la interpretación de Manuel nos enfrenta ante otro problema importante como es la dimensión "política" de la medicina. La relación entre competencias de salud tradicionales y estatales, supone igualmente un pulso de carácter político que afecta a las relaciones de poder existentes entre todos los actores sociales integrantes de la cadena terapéutica: Ministerio de Salud, instituciones hospitalarias, médicos, sanitarios, auxiliares, *yatiris* y pacientes. Este tipo de recelo médico que tiene su origen en un planteamiento donde las relaciones de poder entran en juego, se muestran igualmente en las reacciones ambiguas que produce la donación alimentaria exterior, causante para muchos del grado de desnutrición característica de los pobladores aymaras, especialmente en los dominios urbanos³⁵. Indudablemente las poblaciones aymaras y los diferentes grupos étnicos que conforman Bolivia, poseen fundadas razones históricas para dudar razonablemente de lo que el Estado les propone, así como de los fondos y ayudas internacionales. Superar este recelo no resulta, en mi opinión, sencillo, a no ser que se refuercen los espacios de diálogo intercultural.

Manuel Coa, "residente" alteño oriundo del cantón de Ajllata Grande, se encontraba afectado de una complicada úlcera sangrante. Tuvo un espectacular vómito de sangre que le obligó a acudir con urgencia al puesto sanitario más próximo de su residencia habitual en Villa Huayna Potosí de El Alto. Allí fue tratado con brusquedad, golpeada su camilla contra la pared y "aparcado" en uno de los pasillos. Sus familiares no pudieron acompañarle. Le colocaron suero y le realizaron un análisis de sangre. Manuel espantado asistía a la extracción de

35 Lola González Guardóla (comunicación personal).

sangre. Ya no pudo más y recriminó a la enfermera: "¿De cómo me van a sacar, a ver? ¡No tengo más sangre!". La enfermera replicó con violencia: "¡Sonso!, si no tuvieras sangre ¡estarías muerto!".

Este tipo de relación "a gritos", sin considerar las diferentes perspectivas culturales, no propician el entendimiento ni la aproximación razonable de posturas. No es una cuestión sólo técnica, puesto que el valor de la sangre, su cantidad y los usos fraudulentos que se achacan a las extracciones sanguíneas presentan un marcada interpretación cultural.

¡Qué sangre voy a tener! Para vender es que me están sacando. La sangre para otros también colocan... ¿no ve?

Manuel Coa no se contenta con el tratamiento convencional. Ya le han advertido que tiene que operarse y el costo de dicha operación asciende a varios miles de bolivianos... "¿De dónde voy a sacar... a ver?" Puesto que Manuel Coa es *yatiri* considera que existen pruebas razonables que indican que el mal que le aqueja es de otra naturaleza. Está convencido que es cosa de los *saxas* (malignos), como demuestra el que varios gatos negros se abalanzasen sobre su cama en plena noche, "asustándole" y provocándole la enfermedad. "Como los doctores no entienden, por eso preguntamos al otro lado."

¿Cual es ese "otro lado" que menciona Manuel? Es la medicina aymara. Para ello hizo llegar un aviso de urgencia a uno de los principales *ch'amakanis* de su comunidad, rogándole para que le atendiera a la mayor brevedad posible. Carmelo Condori se presentó en la casita de Villa Huayna Potosí con su *tari* de coca y sus mesas ceremoniales. Después de comentar el abusivo trato de que había sido objeto en el hospital, criticó el que tuviera que colocarse otra botella de suero que tenía que pagar, en breve. El *ch'amakani* no estaba de acuerdo en que el cuerpo y la vena fueran "abiertos" de esta forma, considerando que no iba a poder aguantar de golpe todo el goteo. Por otra parte, el celo hospitalario por los análisis sanguíneos se explicaba en función del uso fraudulento y del empleo de la sangre para colocar a otros pacientes a alto precio. Manuel decidió no ir más al hospital, puesto que el médico "no sabe", congratulándose de la presencia de Carmelo, quien sin ninguna duda iba a atenderle de forma eficaz con alguna

limpia de *wank'u* (cuy, conejillo andino), en combinación con el "pago" de una *ch'iyara mesa* (ofrenda negra)³⁶.

El hijo de Andrés Mamani se ha caído de la bicicleta. Sus extremidades inferiores parecen encogerse, síntoma inequívoco, desde la perspectiva aymara, de haber sido agarrado por la tierra. Le duele mucho la cabeza. Le pregunto si ha ido al médico, pero no confía en los médicos rurales: "Son puro aprendices, puro principiantes". Una vez más se conjuga el hecho de la poca experiencia con su marcada incompetencia en el tratamiento de ciertas enfermedades, las consideradas de mayor riesgo por la gente que están definidas como auténticos síndromes culturales.

Consideremos ahora la opinión de Germán Mamani, *yatiri* de El Alto de La Paz, concretamente de la zona de Faro Murillo: "Los médicos no curan de *Pachamama*, de *katja*... ¡Todo reblandecen y hacen morir!"³⁷. Esta afirmación de Germán relaciona las enfermedades consideradas como síndromes culturales propias del entorno cultural aymara y andino, con la incapacidad del médico convencional en atenderlas. En el capítulo siguiente dedicaré unas páginas a documentar etnográficamente este tipo de dolencias. Lo que ahora me preocupa es relacionar el testimonio de Germán con las prácticas médicas convencionales y el resultado de muerte. "Los médicos todo 'reblandecen' y hacen morir": esta severación que realiza Germán está relacionada con la tendencia a las aperturas corporales, las intervenciones quirúrgicas que dan como resultado un cuerpo blando, endeble, mucho más proclive a la enfermedad, según las construcciones culturales aymaras en torno al propio cuerpo físico, cuyo análisis será considerado en el próximo capítulo. De momento baste considerar que cierto tipo de estrategias habituales en las prácticas médicas formales, son consideradas inconvenientes desde la perspectiva aymara, precisamente por la exposición en que dejan los cuerpos de los pacientes, blandos y vulnerables a la enfermedad.

36 El empleo de los conejillos andinos disecionados para el diagnóstico de enfermedades, resulta una práctica extendida en diferentes regiones de los Andes. Frisancho Pineida (1988: 59) recoge esta práctica en Puno (Perú) y lo considera de forma explícita como "los rayos X de los aymaras".

37 En relación con el concepto de *katja* y su significación patógena entre los aymaras, ver el capítulo 5.

Desde esta perspectiva no debe extrañarnos que el hospital sea considerado como el lugar donde la gente va a morir y no tanto a curarse. Los médicos se quejan lógicamente de esta interpretación, insistiendo en que buena parte de casos que podrían haber tratado a tiempo, son trasladados al hospital demasiado tarde, delegando en ellos una responsabilidad casi milagrosa, puesto que cuando reciben al enfermo, apenas pueden hacer nada por su restablecimiento. Posiblemente, adelantando un poco la moraleja de este libro, si los equipos médicos estuvieran habituados a reconocer las interpretaciones aymaras de la enfermedad, la naturaleza de sus recelos y desconfianzas, así como la lógica de sus construcciones terapéuticas, tal vez el hospital, la posta o el médico formal, no fueran el último eslabón en el tratamiento de la salud humana en el altiplano, allí donde la posta permanece sin ser integrada ni socializada en las tareas cotidianas de la comunidad. Mientras el servicio sanitario formal constituya más una sospecha de control político y desajuste comunitario que un centro de salud, difícilmente conseguirá ser algo más que la antesala de algunas muertes (que no de todas) de los comuneros aymaras.

La pelea por la salud tiene sus limitaciones. Este aspecto, sin duda, resulta difícil de reconocer desde una perspectiva foránea ensimismada en la misiva de "a toda costa la vida". Cuando se ha hecho lo razonable por recuperar al enfermo sin resultados favorables, parece como si las sociedades aymaras levantaran las manos: no se debe ir más allá. El enfermo queda ligado a su destino, acompañado por su familia que es quien le velará hasta la muerte. Este planteamiento de "muerte digna" resulta tremendamente conflictivo en las sociedades occidentales, teniendo en cuenta los problemas jurídicos y administrativos que están provocando cuestiones como la aplicación de la eutanasia. El empeño occidental por proseguir un combate que ya se ha perdido, desde la perspectiva cultural, produce una tremenda desazón en los familiares de los afectados. En la ciudad y en los sectores rurales donde las postas sanitarias están, en cierta manera, integradas en la colectividad, el enfermo busca dentro del mercado de salud, las diferentes opciones. Sin embargo, en aquellas partes del altiplano donde las postas sanitarias apenas intervienen en los procesos de integración y socialización, los familiares desechan la opción de la medicina convencional, puesto que la convicción generalizada es que en tales circunstancias el tratamiento médico peor le va a resultar, sospechando incluso que van a abusar del enfermo.

Las limitaciones en las prácticas médicas aymaras cuando se cree el resultado inevitable de muerte, arrojando al enfermo desde el entorno doméstico para hacer más gratificante sus últimos días, tiene que hacernos reflexionar sobre esta revaloración actual de la "muerte digna" que se está efectuando en el contexto occidental, más allá de la maraña de tubos, respiradores artificiales, electrodos y computadoras, tristes compañeros de viaje (el último) de los pacientes terminales que agonizan en las modernas instituciones hospitalarias. Morir en casa, entre los suyos, tal y como se nació, al calor del *qhiri awicha* (la "abuela", o divinidad del fogón campesino) o morir como un anónimo entre "desconocidos" en el hospital, parece ser la diatriba que se perfila entre los considerados enfermos terminales desde la perspectiva aymara, aunque no se haya consultado a ningún profesional médico sobre el caso.

Una vez conocidos los testimonios y mostrada la tensión existente entre las prácticas médicas aymaras y las que pertenecen a la clínica convencional, en los siguientes capítulos evaluaremos los modelos aymaras de salud, la etiología de las enfermedades, así como las estrategias predictivas y terapéuticas que resulten pertinentes. Para ello tendremos que hablar inevitablemente de los diversos agentes curativos, de la concepción de almas (sombras) y cuerpos, así como de las implicaciones que estos conceptos tienen en el diagnóstico y tratamiento de las diferentes afecciones y enfermedades.



Cursillo de la Responsable Popular de Salud (RPS) a mujeres en una comunidad de Jesús de Machaca. [ESA]



Cursillos de parto y nutrición en escuelas rurales de Jesús de Machaca. [ESA]



UN KALLAWAYA EN LA PAZ

Las posibilidades de un planteamiento intercultural en el dominio de la salud no se circunscriben al dominio rural. Buena parte de las ciudades bolivianas se caracterizan por la presencia de diferentes grupos culturales conviviendo en un mismo espacio y que acuden a diferentes representantes de la salud según lo estimen oportuno. Este es el caso de *Chukiyawu Marka*, la ciudad de La Paz.

La ciudad de La Paz, capital política de Bolivia, constituye un mosaico de formas culturales diferentes, extendidas sobre los escalones que constituyen su peculiar orografía, entre los 3200 metros de altura en que se localizan las barriadas nobles de Calacoto, Achumani y Los Pinos, hasta los 4100 metros que alcanza la Ceja de El Alto en pleno altiplano andino, principal nudo de comunicaciones situado en la ciudad anexa a La Paz conocida con la elocuente denominación de "El Alto".

En este intrincado espacio natural conviven diferentes grupos étnicos, lenguas y culturas, apreciándose un componente indígena que resulta predominante, el correspondiente a los aymara altiplánicos. Las diferentes expresiones religiosas y festivas muestran la vigencia de las conceptualizaciones culturales indígenas y mestizas, así como sus reinterpretaciones urbanas, frente a la ortodoxia católica y las formas del poder político y social ejercido por la minoría blanca. En este contexto social y cultural el ejercicio de la medicina encuentra posibilidades igualmente diversas.

La atención médico sanitaria convencional, no cubre a todos los bolivianos de igual forma. Tan sólo algunos gremios de trabajadores entre los que destaca

el magisterio, ciertos funcionarios administrativos y algunas empresas mineras así como particulares, ofrecen un seguro médico a sus asociados. La mayor parte de la población queda al margen de este tipo de convenios, muy especialmente las poblaciones indígenas que tan sólo reciben el beneficio de los sistemas de postas sanitarias, muchas de ellas regidas y administradas por parte de ONGs, que dependen de algún pequeño hospital que hace las veces de centro articulador del sistema ambulatorio de postas a cargo de auxiliares sanitarios nativos. Las posibilidades de "socialización" de dichas postas, dependen en gran medida de la capacidad de relación y afinidad que los equipos sanitarios consigan con sus pacientes indígenas y con los propios médicos aborígenes detentadores del rol médico tradicional.

En las ciudades de La Paz y El Alto, la atención sanitaria ofrece múltiples posibilidades. Las clases pudientes no dudan en despreciar el seguro médico, abonando importantes cantidades en clínicas privadas, dotadas de mejores medios que algunas instituciones hospitalarias públicas, cuando precisan de atención médica. Las clases populares, tanto mestizas como indígenas, no dudan en conjugar las formas de terapia tradicionales con la consulta médica convencional. En ciertas ocasiones, cuando la etiología del mal lo aconseja, es el curandero indígena, *yatiri*, en aymara, *jampiri* en quechua, quien es consultado para la resolución del problema, con exclusividad. Si bien, la complementariedad parece el recurso habitual en la ciudad de La Paz, sí se establece una marcada diferenciación cuando la medicina "es para el doctor" o cuando "es de la gente" implicando al curandero tradicional. Las enfermedades y dolencias "de la gente", no puede sanarlas el médico. Las dolencias del "susto", la pérdida del *ajayu*, el mal "aire", o el mal de los "gentiles" o *chullpas*, no son consultados al médico, puesto que "no entiende" de dichas afecciones, y acostumbra a increpar en ocasiones al propio paciente por su "credulidad", lo cual dificulta de forma severa las relaciones entre médico y enfermo.

En el contexto urbano paceño han aflorado desde los años ochenta grupúsculos de médicos tradicionales y especialistas rituales indígenas de variada consideración. No significa que antes no los hubiera, puesto que la medicina popular aymara y quechua han tenido entre los residentes paceños una clientela segura hace tiempo; sin embargo ha sido de forma reciente cuando han aparecido sindicatos de *yatiris* en La Paz y El Alto que se dedican a tiempo

completo a las atenciones ceremoniales y terapéuticas de su clientela urbana, generalmente residentes de adscripción indígena, extendiendo sus perentorios recibidores de nylon y cartón a modo de improvisados campamentos en las lomas y recodos de El Alto en los sectores de Faro Murillo y Sagrado Corazón, en las barriadas de Villa Dolores y La Ceja, así como en la zona del Calvario de Alto Villa Victoria¹. Lo cual no excluye que estos curanderos rituales indígenas sean también consultados por las elites criollas paceñas en algunos casos de enfermedad especialmente grave y en ciertos períodos del año ritual, como la víspera del primero de agosto, para cubrir ciertas costumbres ceremoniales.

Junto a los *yatiris* aymaras, existen en La Paz otros especialistas rituales y médicos considerados "naturistas", por su extenso conocimiento de especies herbáceas en los tratamientos terapéuticos que realizan. Proceden de la provincia Bautista Saavedra, con su capital Charazani, al norte del departamento de La Paz y a unos 200 km. de distancia. Son los *kallawayas*.

Los *kallawayas* son originarios de los valles templados que se localizan en las proximidades de la cordillera de Apolobamba, en las provincias Bautista Saavedra y Muñecas, al norte del departamento de La Paz. Estos valles tuvieron una importancia estratégica relevante durante el Imperio Inca, por cuanto constituyeron la puerta de acceso a las tierras bajas amazónicas lo que pudo incidir en el adiestramiento de los *kallawayas* en relación con el conocimiento de especies herbáceas y ciertos recursos "shamánicos" amazónicos².

Su lengua materna es el quechua, aunque conocen el aymara y el castellano y algunos utilizan destellos de una lengua ya perdida, internamente llamada el

1 No podemos obviar el importante "fraude" que se produce entre supuestos curanderos rituales que, desde la perspectiva aymara no han satisfecho convenientemente su proceso de iniciación y formación (Fernández 1995b, 1997c).

2 Respecto a la ubicación estratégica de los valles *kallawayas*, ver Saignes (1983: 362) y Wassen (1988). La literatura sobre estos médicos naturistas es muy abundante. Ver, por ejemplo, la antología compilada por Costa (ed. 1988) y, más recientemente, otras publicaciones de Girault (1987, 1988, 1989) y los numerosos trabajos de Rösig (1990a, 1990b, 1991, 1992, 1993, 1995a, 1995b y 1996). Ver también nuestro ensayo Fernández (1998a). El término *shaman* o *chamán* tiene su origen en diferentes culturas siberianas por lo que resulta inapropiado su empleo en los Andes, a pesar de las afinidades que

machaj juyay, que según algunos especialistas estaría emparentada con el extinto pukina (Torero 1987; ver Albó 1995: 124-125).

Las prácticas médicas *kallawayas* se nutren de una rica y variada farmacopea natural, un gran conocimiento de especies herbáceas, una medicina de rasgos rituales entroncados en una cierta afinidad andina, que –con ciertas peculiaridades propias– comparte con otras sociedades y grupos étnicos vecinos, y una medicina popular de resabio hispánico que se plasma de una manera explícita en el entorno urbano de La Paz.

Los *kallawayas* han conseguido configurarse como interlocutores válidos frente al Estado boliviano en materia de salud, al conseguir su institución paceña, la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA), reconocimiento presidencial a través de sucesivas resoluciones ministeriales y el beneplácito internacional en diferentes congresos sobre medicina natural³. Por otra parte han conseguido superar fronteras étnicas marcadas en la atención de la salud, tratando a clientes aymaras y quechuas de diferentes sectores a los de su región de origen y encontrando sus prácticas médicas y rituales enorme eco en las élites paceñas quienes sienten predilección por estos médicos andinos.

la figura del maestro ceremonial siberiano pueda tener entre los grupos indígenas americanos, particularmente en lo que se refiere al viaje chamánico, los arrebatos extáticos y la ingestión de alucinógenos. Al respecto ver Eliade (1975, 1993). Sobre el fenómeno del llamado "chamanismo" en el altiplano andino, ver Fernández (1996a).

- 3 Si bien en la actualidad SOBOMETRA cumple ese rol, (no sin cierta ambigüedad por el talante político de sus dirigentes), los antecedentes en el camino del reconocimiento de la medicina tradicional boliviana supera los límites fundacionales de dicha institución. Veamos el testimonio de un testigo de excepción en este proceso como es el propio Jimmy Zalles Asta, Secretario ejecutivo de SEAPIS y miembro fundador del Equipo de Salud Altiplano (ESA):

"En 1970 el equipo jesuítico que trabajaba al Sur del Lago Titicaca, en 6 Cantones, cerca de 80.000 habitantes y más de 4.000 km², encuentra que sólo hay tres médicos para esa población: Dos de ellos en Guacaj, uno exclusivamente para el Ejército, otro sólo para el Ferrocarril y el tercero en una granja experimental a 10 km. del camino (Pillapi). En la imposibilidad de contratar un médico, el grupo jesuítico pide a estudiantes de último curso de medicina que vengan a trabajar en una pequeña posta sanitaria que se habilita en Tiwanaku los sábados y domingos. Sólo se les podía ofrecer los pasajes, la comida y la cama. Conseguíamos muestras médicas y ellos mismos traían alguno que otro medicamento. Después fueron naciendo otras postas en Laju, Tambillo, Q'atawi, etc. Y a ese grupo se llamó el Equipo de Salud Altiplano (ESA).

Han sido los *kallawayas* objeto de investigación antropológica en las tres últimas décadas, lo que ha contribuido a alentar, en gran medida, el mito del médico *kallawayas* itinerante y su resabio antiguo. SOBOMETRA ha conseguido la credencial de reconocimiento por parte del gobierno a través de las correspondientes resoluciones ministeriales, pero además se ha convertido en interlocutor válido frente al Estado y la medicina académica. Por ello potencia su carácter de "medicina naturista", es decir relacionada con especies naturales y su empleo terapéutico, emplastos, infusiones y cataplasmas, pero repudiando, al menos en los congresos internacionales, la vertiente ceremonial de la medicina andina. Su líder más carismático comentaba en el Congreso Internacional de Medicinas Alternativas efectuado en la ciudad de La Paz en noviembre de 1995 que los médicos *kallawayas* no practicaban esas "supersticiones" de pagos [ofrendas] y rituales sino la medicina natural, es decir esa parcela de la medicina nativa que resulta más afín al concepto de "ciencia" estipulado por la academia médica. Los documentados y abundantes trabajos de Ina Rösing resultan suficientemente expresivos como para reivindicar el valor ceremonial de diferentes prácticas rituales *kallawayas*; otra cosa bien distinta es la posición política adoptada por SOBOMETRA en este aspecto para alcanzar ciertas prerrogativas. Al mismo tiempo pretenden otorgar ellos las credenciales o certificados de validez a cualquier persona que se dedique a la práctica de la medicina tradicional en Bolivia, lo que se me antoja una gran insensatez.

Un día, después de un cursillo de Primeros auxilios, D. Rufino Phassi levanta la mano en la "evaluación" y dice: "Agradecemos a los jóvenes médicos por haber venido a pasar frío, a comer nuestra humilde comida, a dormir en el suelo, pero un botiquín no nos sirve para nada." Analiza cómo las tijeras y pinzas inoxidables son caras, que los elementos del botiquín sólo sirven para lavar heridas, que suponen costosos viajes a La Paz, hasta por la caja de madera y que para lavar heridas ellos tienen como dos maneras diferentes. Añade que ellos preferirían cursos de sus propias plantas medicinales. Fue entonces cuando ingenuamente levanté mi mano para ofrecer uno de esos cursos, ya que las plantas medicinales eran una arraigada afición mía. Al cabo de dos meses estábamos cuarenta personas ante un pizarrón de escuela, donde les invité a decirme los nombres de las plantas que ellos conocieran. En diez minutos se llenó el enorme pizarrón y yo me di cuenta de que sabían más que yo, que lo único que podía hacer era imitar la "mayéutica de Sócrates" hacer que ellos parecieran los conocimientos y luego devolverles las síntesis en folletos mimeografiados... Pero al tercero o cuarto curso de esos, se volvió a elevar la mano crítica de Rufino: "Ya no queremos estos cursos porque a ellos vienen cantidad de chicos de quince años que no saben nada y nos hacen perder tiempo"-. ¿Qué deseaba D. Rufino?-, pregunté. "Queremos congresos de los conocedores verdaderos de las plantas".

3.1. El testimonio de don Pedro

Pedro Ticona es un reconocido curandero *kallawaya* originario de Charazani. Su testimonio constituye una muestra de la opción que los *kallawayas* presentan en la ciudad de La Paz en términos médicos, junto a los *yatiris* aymaras y los representantes de la medicina convencional u occidental sin menospreciar el desempeño de otros participantes en el mercado de la salud de La Paz como son los numerosos charlatanes de origen peruano que se reúnen en la Plaza de San Francisco vendiendo Uña de Gato y paseando todo tipo de faunas exóticas (serpientes, iguanas y armadillos) ante el regocijo de los viandantes.

Poco después del golpe de Banzer, las reuniones quedaron prohibidas por Estado de Sitio. Al constatar nuestra dificultad, él se adelantó a decir: "Si tienes miedo, la próxima reunión la hacemos en mi casa". Así fue, poco tiempo después nos reunimos en su casa con gente ya conocida y con otros hasta entonces desconocidos que Rufino se encargó siempre de invitar, año tras año, hasta 1978. A estas reuniones llamó "Congresos" y los numeró hasta el 8º, escribiendo conclusiones de cada uno.

En 1978 en la reunión de Alma Ata la OMS dijo que había que "Rescatar al curandero y a la partera como amigos, porque sólo el pueblo llega al pueblo" (Presencia de la época). Con toda la novedad de las Estrategias de Atención Primaria, me animé a organizar el 9º Congreso, esta vez en La Paz e invité a la Ministra de Salud en la Presidencia de la señora Lidia Gueiler, Dra. Aida Claros de Baya, para que presenciara las "conclusiones". Ella tuvo la gentileza de presentarse acompañada por el representante de OPS/OMS.

Habíamos invitado por primera vez para entonces al Dr. Walter Alvarez, porque sabíamos de su existencia, ya que al final del prólogo de su libro, Girault hace una alusión a un hijo de *kallawayas* que se quedó a vivir en La Habana, después de terminar su carrera médica. Walter pues y sus *kallawayas* toman este tren en su novena estación, después de 10 años de un proceso muy interesante. Las conclusiones del 9º Congreso fueron muy simples y profundas. Rufino tomó la palabra y les dijo: "Señora Ministra, no le vamos a pedir ni sueldos ni títulos de médicos". Ella interrumpe: "Entonces... ¿qué me van a pedir?". Sigue Rufino: "Vamos a pedirle respeto por nuestros conocimientos y diálogo con las autoridades de Salud. Que se investigue nuestra medicina, que no nos llamen brujos ni nos castiguen por ejercicio ilegal de la medicina. Que se estudie nuestra medicina, que se difunda". A lo cual la Dra. Claros y el representante de OPS/OMS contestaron que las palabras de Rufino Phaxsi tenían todo el derecho de ser tenidas en cuenta por las autoridades. De ahí salió la consigna de "organizarse" para luego hacer convenios con el Ministerio y otras instituciones. Pero las cosas en Bolivia están signadas por la fugacidad. Después de mucha inestabilidad, recordemos el martirio de Lucho Espinal, vino el golpe de García Meza contra Lidia Gueiler. Tuve que exiliarme en México y todo quedó paralizado. En mi ausencia Walter desplazó a Rufino, y a la Sociedad de Medicina Tradicional le puso el nombre de *Kallawaya*; pero la sociedad no había sido pensada sólo para esa etnia sino para todas las de Bolivia. Rufino no quiso nunca más incorporarse a SOMATEKA y prefirió ser un gran solitario en una microempresa familiar de salud."

El testimonio de Pedro refleja la opción concreta que los *kallawayas* y sus consideraciones culturales en torno a la enfermedad suponen en las prácticas terapéuticas efectuadas en una capital "moderna" como es la ciudad de La Paz y su vigencia digna de resaltar en el acontecer urbano de los diferentes grupos sociales que la integran.

Pedro Ticona es natural de Charazani, capital de la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz; su familia procede del pueblito de Chajaya en las proximidades de la región dominada por las alturas de la cordillera de Apolobamba. He sido ayudante suyo en alguna de las atenciones médicas y ceremoniales que realiza en La Paz y viajé con su familia a los recónditos valles *kallawayas* coronados por la imponente figura del nevado Akamani. Pedro es médico *kallawayas* y se encuentra afiliado a SOBOMETRA (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional), en la ciudad de La Paz. Esta institución aglutina a cerca de 40 médicos *kallawayas*, residentes en La Paz, que ejercen sus conocimientos en las inmediaciones de la calle Sagárnaga, cerca de la plaza de San Francisco. Indudablemente es un colectivo habituado al trato con los "residentes" urbanos de extracción indígena y con las diferentes clases y grupos sociales que integran la colectividad paceña.

Pedro acompañaba a su padre, siendo apenas un niño, en los viajes que realizaba a los valles cochabambinos practicando la medicina tradicional. Aprendió con su abuelo, natural del pueblito de Kanfaya, el arte de la medicina *kallawayas* incluyendo un conocimiento minucioso de especies herbáceas y talismanes⁴.

Cuando era apenas un joven adolescente continuó en compañía de su hermano menor practicando la medicina itinerante que podía hacerlos demorar más de mes y medio en su retorno a Chajaya, portando los bienes y el dinero conseguido mediante el ejercicio de las prácticas terapéuticas. Pedro tuvo una adolescencia complicada. Los problemas habituales en el hogar paterno le

4 La elaboración de talismanes en miniatura, tallados en diferentes tipos de piedra y yeso constituye una de las técnicas ceremoniales relacionadas con las prácticas *kallawayas* (Girault 1987: 543-618; Oblitas 1978: 223-230).

obligaron a abandonarlo pronto, pasando a desempeñar ocupaciones dispares al margen de sus conocimientos como incipiente naturista *kallawaya*. Finalmente, Pedro abandonó el oficio de relojero que había aprendido después de realizar el servicio militar en Caranavi, localidad de los cálidos valles yungueños, para retornar de nuevo a La Paz y practicar la medicina *kallawaya* tal y como su abuelo le enseñó.

Después de treinta años de experiencia realizando esta función como médico, naturista y especialista ritual, el testimonio de Pedro constituye un reflejo fiel a las conceptualizaciones indígenas *kallawayas* respecto a la etiología de la enfermedad y su tratamiento, con ciertos resabios de sofisticación urbana.

He preferido mantener el estilo expresivo propio de Pedro, incluyendo las notas de pie de página pertinentes para la mejor comprensión de sus palabras; en ellas se combinan recetas y plantas con fórmulas cosmológicas, farmacopea y plegarias con ungüentos, cataplasmas y ofrendas. Todo este complejo marco de elementos conforma la urdimbre que sostiene el modelo estructural integrador de las prácticas médicas *kallawayas*.

El testimonio de Pedro Ticona refleja un conocimiento variado sobre formulaciones, recetas médicas, incluyendo algunos referentes de especies herbáceas, farmacopea, propuestas dietéticas y prácticas ceremoniales. Por otra parte las técnicas y recursos empleados por el *kallawaya* en el tratamiento de diversas enfermedades, aflicciones y dolencias, permite aproximarnos a la naturaleza explícita de cada aflicción documentada etnográficamente por Pedro, a su etiología particular, así como a las estrategias terapéuticas recomendadas. El parecer de un médico naturista *kallawaya* sobre la medicina tradicional y la medicina convencional estimo que resulta muy oportuno por la experiencia que aglutinan en contacto con la enfermedad en sectores dispares del altiplano, valles y trópicos, recorridos por alguno de ellos en lo que, hasta no hace mucho tiempo caracterizaba a la medicina *kallawaya*: su carácter itinerante.

Pero dejemos la palabra a él mismo. Para facilitar la lectura, hemos incorporado subtítulos temáticos:

SU VIDA

DON PEDRO. Yo soy de la localidad de la Provincia Bautista Saavedra, de Charazani, capital de la medicina *Kallawayaya*, Pedro Ticona. Yo soy de mis abuelos, de mis tatarabuelos. Soy *kallawayaya* nativo y mis abuelos me enseñaron diferentes clases de hierbas para atender a la gente pobre y nos viajábamos a los campos a diferentes lugares hasta diferentes departamentos curando a las gentes. Viajando lejos, cargando nuestras camitas, nuestras *ch'uspitas*⁵, con nuestro botiquín.

Llevamos nuestra medicina molida y, a veces también, a veces, muchas veces sufrimos también en los caminos. No hay comida, muchas veces, no hay agua, el sol, o nos hace pasar frío. ¡Tantas cosas nos ha pasado! Pero hoy adelante tenemos una institución, la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional, SOBOMETRA. Estamos en La Paz, departamento de La Paz estamos.

Cuando tenía 12 años ya estaba empezando, cuando viajábamos a Cochabamba a Santa Cruz también a Muruchata, después Quillacollo... ¡Todos los sectores! Potosí. Salíamos hasta Oruro caminando ¿no? Los *kallawayas* habían sabido caminar lejos; un mes perdía casa por casa, con medicina andábamos. Llevábamos medicinas para el "aire", para reumatismo, para la *katja*, para matriz⁶, llevábamos medicamento, entonces mayor parte gentes se enferma de matriz, de los riñones, reumatismo... Eso mayor parte sufre la gente.

Hoy adelante ya no caminan; los demás están yendo a las provincias, los demás, pero nosotros ya estamos en ciudad, pero así mismo

5 Ch'usgo: Pequeña bolsa tejida que se emplea para llevar hojas de coca.

6 Diferentes síndromes culturales identificados por las *kallawayas*, pero que no resultan exclusivos de ellas, localizándose en distintos sectores de los Andes (Palma 1978; Lira 1985; Aguiló 1985; Frisancho 1988).

estamos rondando a otros departamentos. Estamos llegando a la Argentina, estamos llegando a la Brasil, estamos llegando... ¡diferentes lugares!

"Así a diferentes lugares llevan a los sacerdotes, a los *kallawayas*, a los médicos *kallawayas*. Somos médicos, atendemos toda clase de enfermedades, de los ataques, de las pulmonarias, de las bronquitis, pero también atendemos de la matriz, o también puede ser del dolor de cabeza, puede ser ardor de manos, los pies..."

LA FUERZA DE LAS PLANTAS

¡Hay forma de curar! Hay forma de atender puro a base de hierbas. Hay hierbas bastantes aquí; bastantes medicinas veo. Ustedes no conocen. En Bolivia, ¡más mejor! Muchas plantas hay en Bolivia, todo es la medicina... ¡Todo! Hasta de un barro, hasta... una piedra macho es medicina, hasta el fierro... ¡hasta nuestro baño es medicina! ¡Es gran medicina! Eso hay que conocer, hay que analizar de poco a poco las hierbas, nuestro cuerpo mismo podemos hacer, pero poco a poco, no a golpe, eso debemos saber.

Debemos cuidarnos nuestra salud. Nuestra planta ¡Aquí está! lo estamos pisoteando... ¡No es así nomás! Debemos analizar para qué es. Así poco a poco vamos a saber, vamos a dar un tratamiento... gente pobre se [lo] toma. Analiza nuestro cuerpo mismo. Una planta veo... pino en La Paz. Ese pino sirve para dolor de estómago, tomar poquito, no siempre una rama, será una puntita, será una ramita... poquitito, circula como infusión, lo tomas matesito, ¿cómo te hace? Voy a analizar en ese caso. La medicina es para todo, para cualquier enfermedad, pero hay que saber, hay que preparar bien, hay que tomar.

SUSTO

Vayamos hablando... de los "sustos"⁷. Hay muchas veces personas [que] tenemos poco ánimo, pero... no tenemos fuerza, muy débiles

somos... para poquito. Si alguien le ve... un perro se acerca... "¡Pucha, me va a morder!", se asusta uno. Uno se pone nervioso, no quiere comida, no tiene sueños en las noches, fatiga y levanta. Ese es "susto".

Entonces nosotros agarramos una flexión en el cuello, los brazos estirar arriba, los cruzados hacer cuestión de jalón, los brazos, los corazones nivelarlo y sacudirlo así en esa forma a la persona. Frotarlo la cabeza, atrás un jalón de cabello ¡K'aj! Escupe la persona que está asustado, escupe tres veces, escupe. Ese es la gente... ¡sano! Ya come la gente... ¡Pucha! sencillo, no necesita *q'uwa*⁸ ni *sullu*⁹ ni coca. Es fácil. Ese debían hacer. Debemos saber, debemos aprender más, debemos capacitarnos más. Ese debemos prepararnos nosotros, porque nuestros abuelos nos enseñaron. Después hemos sabido distintas formas de preparaciones, distinta forma de curaciones. Y, llamar ánimo. Puede ser también, podemos llamar *animu*...

Uno puede ser con coca, coca no es cocaína¹⁰, coca es medicina para cataplasma, para varias cosas. Llamar ánimo, coca, *q'uwa*,

-
- 7 El "susto" es un síndrome cultural que puede localizarse no sólo en las sociedades andinas, sino en otras poblaciones indígenas y mestizas de Latinoamérica (Rubel 1986). En los Andes, el susto viene propiciado por una fuerte impresión que desencadena la pérdida de una de las entidades animicas que conforman el alma humana.
 - 8 *Wira q'uwa*. *Senecio mathewii*. Especie herbácea aromática silvestre, propia de los sectores de altura. Localizada por Gimult (1987: 486) en las inmediaciones del abra de la cumbre, puerta de acceso hacia el trópico yungueño. Especie caracterizada por su inclusión en gran cantidad de preparaciones rituales y mesas.
 - 9 *Sullu*. Feto de animal. Se emplea en las elaboraciones rituales y ofrendas complejas. El más considerado en las ofrendas a la tierra es el feto de llama (*qerwa sullu*), si bien, según el tipo de elaboración ritual, se utilizan otras especies como el feto de cerdo y el de oveja (Fernández 1993).
 - 10 Existe una importante sensibilización social en Bolivia en relación con la problemática de la coca surgida con respecto al empleo de la hoja en la elaboración de "pasta base" para la producción de cocaína y su posterior vinculación al tráfico de estupefacientes. Esta dura pugna entre productores de hojas de coca y consumidores de cocaína, mayoritariamente extranjeros que se deben a círculos extensos de consumo dominado por las mafias internacionales, no ha pasado inadvertido a los grupos indígenas. Por un lado en defensa de los derechos de consumo tradicional de hojas de coca, considerado un bien cultural

incienso, copal, clavel y un poco de azúcar, poquito... esa cantidad hay que colocar. Luego con alcohol *ch'allar*¹¹ –"que venga su espíritu, que venga su *ánimu*, venga su espíritu, ¡te llamo!, venga, venga, venga"–, con su *ch'uspita*, con su *camisita*, con su *gorrito*, por lo menos puede ser, podemos llamar animo. Llamamos: "Animito, *ánimu*, *ajayu* venga, venga, venga, espíritu venga, venga, te llama, tu *ánimu*, tu *ajayu*, venga"... con campanita "Chililín, chililín", ya, ¡listo!¹².

Ya la persona se pone, la persona que está asustada, está durmiendo. Nosotros le damos matesito, toma ese matesito, la mitad se lava sus manitos, la carita, los pies y luego a acostarse... ya, tranquilo. Ese se llama "llamar ánimo". Ese se llama "curar"; en esa forma se cura la animo.

HEMORRAGIAS

Ahora podemos pararnos en hemorragia. ¿Por qué tiene hemorragia? Puede ser también, hay muchos casos puede ser de rayo o puede ser también por la mala caída o por calor ...o también puede ser por

de indudable aprecio en las sociedades andinas (Carter y Mamani 1986; Cajías y Cajías 1995), por otro en relación a los problemas que está suscitando entre los productores de coca, fundamentalmente campesinos indígenas del área yungueña y del Chapare cochabambino, la actuación estadounidense en la lucha por la erradicación de cultivos. La diferenciación entre coca para usos tradicionales y lo que se ha venido en llamar "coca excedentaria" para la elaboración de "pasta base" en la región del Chapare, canaliza en gran medida la política de erradicación de cultivos del gobierno boliviano a inspiración de la Administración Clinton.

- 11 *Ch'alla*: Libación alcohólica. Consiste en una simple aspiración del líquido, generalmente con el dedo índice de la mano derecha, con la intención de convidar a los diferentes seres tutelares que son recordados por el oficiante durante una ceremonia. La costumbre de la *ch'alla* se ha generalizado en cualquier acontecimiento social que se efectúe. Antes de servirse el primer trago, es preciso que los seres tutelares del entorno beban primero, razón por la cual se vierten algunas gotas en su honor. La *ch'alla* aparece como institución social y ceremonial en diferentes sectores de los Andes.
- 12 El alma de los seres humanos está configurada por una diversidad de instituciones animicas. *Ajayu*, *ánimu* (ánimo), *kurují* (coraje) son las tres principales, si bien podemos encontrar otras denominaciones como espíritu e incluso "santo" o "ángel de la guarda".

frío. Entonces nosotros agarramos cuando hemorragia le da a la señora o al hombre... muchas veces hemorragia de nariz le bota entonces... donde el médico no curan eso. Nosotros curamos. Nosotros nunca hemos conocido los médicos. Así nuestra tradición, nuestros medicamentos, nuestra hierba y curamos nosotros, cataplasma de la media espalda con trapo negro. Primer lugar le remojamos en orín el trapo, ¡nuestro orín es medicina! Le remojamos biensito, le exprimimos, sacamos todo el zumo y le colocamos a la media espalda con trapo mojado. El persona ya no tiene esa hemorragia, lo que bota... ¡ya no tiene! Eso basta.

Ahora otro caso, puede ser del Señor, de relámpagos, de lo que llega, asusta a uno, a alguna persona, alguno de sus familiares le ha asustado, relámpagos, por esas razones a veces uno se siente susceptible, cabeza duele, mareo o sea, no tiene ganas y le bota la nariz sangre. Bota, bota, bota... "¿Qué puedo hacer?" Eso es del Señor.

Hay que alzar con inciencito, con braserito decir... "Señor tata Santiago, tata San José, tata San Juanito..." ¡son malos a veces esos rayos!¹³ Esos hay que darle una ofrenda, la mesa blanca, hay que alcanzárselo: "Tata Santiago, perdoname, disculpame, te lo estoy convidando", diciéndole hay que ofrecerlo al Señor, darlo una mesa. Así, entonces se levanta con incienso se alza al Señor... "¡Me quedo tranquilo!", diciendo. También puede ser la piedra del rayo.

13 El rayo es uno de las entidades religiosas de mayor impacto e importancia entre las sociedades andinas. Se constituye en elector de especialistas rituales, él "golpea" a sus candidatos obligándoles a comprometerse en el ejercicio de su desempeño ceremonial (Tschopik 1968; Bouysse y Harris 1987; Huaca 1990; Rösing 1996b). Los rayos son identificados como "visitaz" a las cuales hay que tratar con la correspondiente cortesía, como es usual hacer con las visitas que llegan inesperadamente a los hogares. Estos rayos son objeto de culto en los lugares donde se atestigua el impacto producido con la tierra. Es frecuente que se levanten altares o "calvarios" como testimonio de dicho encuentro. Por otra parte los rayos poseen diferente talante y carácter; existen rayos buenos y rayos malignos. Los kallawayas asumen peculiares formas de relación con los rayos a través de plegarias que reflejan el especial contexto del valor ceremonial que se le concede (Rösing 1989: 3-34; 1995b, 1996b).

Hay muchas veces. Tiene dos colores, otro negro, otro rojo; hembra y macho. Tamaño... ese tamaño; y rasparlo con agua bendita, raspar poquito su sangre. Sobre ambas piedras rasparlo... sangre llora de la piedra del rayo. Entonces en vino de... ¡no es vino! agua bendita hay que hacer tomar reposadito en *tutuma*¹⁴, *tutuma* o jarro ¡lo que sea! Ponerlo el agua bendita, después emplear el clavel, después emplear ese raspado de aquí, junto con agua bendita hay que regar así. Incluirlo, ampliarlo luego, los misterios¹⁵ que hay, misterios del Señor, formado del Señor, tata Santiago, Virgen de Copacabana, Virgen de... ¡toda clase!

Entonces también ¡todas las vírgenes! también hay que molerlo, hay que incluirlo en ese jarro. Moverlo todo, en ayunas debe tomar todito, con flor reposadito así en agua bendita nomás. Blanco, puro blanco, nada rojo. Tomarlo siempre, inciensito hay que alzarlo, hay que sahumear. El enfermo.... ¡ya no tiene hemorragia!

También podemos hacer cambio con cataplasma con conejo blanco. Porque hay que limpiarlo cataplasma de la nuca. Limpiamos con incienso, con copal, así igual también limpiando, le botamos medio camino.

Eso se llama "cambiar del Señor", hacer para la mesita con incienso blanco... ¡en fin! Eso se llama curar del rayo. Por eso sale la hemorragia ...son ¡dos cosas!

Ahora, caso de la mujer, caso de la mujer. A veces, muchas veces, también en la mujer se asienta la hemorragia. Botan por orinar como sangre. ¡Aggg! Bota hartito. Entonces decimos... "¿Qué tienes señora? ¿Por qué corre también?". Uno se asusta, uno se admira...

14 *Tutuma*. Pequeña calabaza de la zona tropical empleada como recipiente para líquidos.

15 Pequeñas galletas rectangulares efectuadas con una mezcla de azúcar y cal que contienen gráficos en bajo relieve, alusivos al carácter de la ofrenda, que pueden adquirirse en los mercados ceremoniales y ferias campesinas (*sump'i qhatsha*) (Martínez 1987: 23).

"No sé..." ¿Qué puede hacer uno?. "No sé qué hacer." No puede. Para eso hay que curar *chakana* negro¹⁶, hueso del *suri*¹⁷, su pluma y también alquitrán. También es bueno, también... eso sería otro, sobre eso complementaría *phuka* de punta¹⁸; Pucha! Ese es única planta, se emplea unito, solito hay que hacer tomar.

Cinco litros preparamos, todas las mañanas se puede tomar. Ese totalmente corta... ¡Ya no tenemos hemorragia! Ahora si no le corta eso, podemos preparar... es que es cosa cálida, la *chankaka* es cálido, pero a otro metemos cosa fresca. La fresco es un barro bien cernido, barro hediondo, estuco batido con orín, nuestro orín. Batirlo como para revocar la casa. Entonces agarramos, ya está batimos, luego le colocamos cataplasma altura de la cintura. Ya con eso ya está, en fin, sanita la señora, ya no tiene hemorragia y otra cosa hemos hecho. Por calor, por frío... Calor la medicina le damos, no le hace entonces con la frío también hay que meterlo, cosa fresca. Relaja totalmente. Lo que sé, lo que he curado estoy hablando. Eso sería de curaciones... hemorragia.

MAREO

También puede ser el mareo. El mareo viene muchas veces, puede ser por debilidad, también preocupaciones o preocupado, tiene algún problema el señor, o mala alimentación. Tiene problema. Piensa, piensa... Uno quiere dar como arrinconarse, quiere caerse, no tiene ganas, no tiene voluntad, quiere dormir, pensativo. Mucho piensa, por eso ataca a los corazón. Por eso mareo, tanto pensar, tiene mareo. Para eso la medicina hay. Estamos sobre la planta. La medicina, mar de estrella, hembra y macho¹⁹, la mitad quemadito,

16 *Chakana*: Negro. *Ch'iyora chakana*: *Urtica magellanica*. Especie localizada en los valles altos de La Paz (Girault 1987: 160).

17 *Suri*. Avestruz. *Rhea Americana* (Girault 1987: 500).

18 *Phuka*. *Laccaria* sp (Girault 1987: 99).

19 Estrellamar femenino (*Stichaster Aurantiacus mayes*) de cinco puntas y estrellamar masculino hembra (*Helaster helianthus lamarek*) de 30-32 puntas (Girault 1987: 519). Se emplean igualmente formando parte de las mesas rituales, particularmente las mesas negras (*ch'iyora mesa*).

la mitad sin quemadito, puro un pedazo, no es necesario grande. Sigue empleando... También puede ser la murciélago, también quemadito, la mitad sin quemadito. Sigue nuez moscada, puede ser la *waji*²⁰, puede ser *ch'ich'i*²¹, puede ser también *castilla ruda*²², puede ser *ruda*.

También se emplea para todo esto alcanfor pasta también. Pasta en la farmacia, de químicos siempre. Entonces, todo eso molerlo y hacerlo madurar, la mitad de botella de vino o *singani*²³, echarlo molido todas esas cosas que requemadito.

Todo hay que hacer madurar, eso lo que va a moler hay que emplearla con la mitad de la botella hay que emplearla al *singani* o si no es vino... ¡lo que sea! Tiene que madurarse una semana... menos, unos tres días, cuatro días... ¡Ya, listo! Cada mañana debe tomar poquito, un vasito, una copita, hora de las doce, una copita, chiquitito, no es necesario un gran vaso, copitas. Tarde, para dormir, también. En la mañana, en la tarde, en la mañana, en la tarde debe tomar eso, ¡nada más! Eso es para ataque cardíaco. Para eso es eso.

Ahora, uno tiene preocupaciones también, mismo caso, casi, casi, linaza con *waji*. Por ejemplo, a veces preocupaciones no faltan no faltan ¿no? A veces me preocupo, pienso... tomo linaza con mi *wajito*, con eso nomás camino, con eso ya... ¡listo!

KHARISIRI

El *kharisiri* es muchas veces... voy a hablar de los *kharisiri*. Vive en valle, en trópico.

20 *Waji*. *Aristolochia fragrantissima* (Girault 1987: 165).

21 *Ch'ich'i*. *Dipteres-Ca* (Girault 1987: 492). Apreciación de Jimmy Zalles.

22 *Ruda*. *Ruta graveolens* (Girault 1987: 272).

23 *Singani*. Bebida alcohólica semejante al aguardiente, pero más refinada.

Ellos son sacerdotes del padre, padres son esos²⁴. Tata cura dicen, padre de la iglesia ¿no? Eso son ellos. Pero me contaron mis padres, pero no sé. Nunca no le he visto, pero he sabido, me han contado así, mis abuelos, mis papás, por eso he sabido. Dicen que se ha hecho *kharisiri*, dicen que tiene, así dicen que anda, pero sí dicen que le había pillado. Algunos cuentan, me contaron también... ¿no?

[La víctima del] *kharisiri* tiene su presión... ¡phucha! muy caloroso siente... calor, tiene diarrea, no tiene valor²⁵, en la cama se acuesta, ya no se puede levantar más. Para eso nosotros, ¡cosa sencilla! No es mucho. Podemos preparar grasa o una oveja negra. Agarramos, rápidamente, el panza le abrimos, la grasa, lo que complementa a la panza, su grasa ese hay que sacar, su telita y todo... *lik*? decimos nosotros en quechua. Entonces eso ¡k'aj! colocando "aquí me duele", k'aj le hacemos colocar, después huevo batido blanco no más, también puede ser eso, también puede limpiar con los cuatro huevos o también puede tomar, tomadito un huevo, pero sin azúcar nada, eso se llama curación de los *kharisiris*.

Estos temas raras veces me llegan, pero nuestros abuelos nos contaron. Esas cosas, si, una vez cada unos cuantos años, una vez

-
- 24 *Kharisiri*. Lit.: "el que corta". Personaje maléfico que recorre los caminos, interesado en robar a sus víctimas grasa del costado y sangre. Ya nos hemos referido a él en los testimonios del capítulo anterior. Este peculiar "sacamantecas" andino se encuentra en las regiones altas de Bolivia y Perú recibiendo diferentes denominaciones (*Aqqaq*, *pkistaku*, *sacaqos*, *ka'ichiri*, *khariri*). El comentario de Pedro engarza con las versiones más tradicionales donde se relaciona la actuación del *kharisiri* con el "tata cura", el sacerdote y sus secuncas (Ansión 1989, ed.; Morote 1988: 153-177; Fernández 1996b). En la versión de don Sebastián en el capítulo anterior, en el dominio aymara, se le achacaba al *kharisiri* la extracción de la grasa de los riñones, existiendo diferentes procedimientos para curar al enfermo quien, en cualquier caso, nunca debe conocer el origen de su dolencia. Las versiones contrastadas sobre el deseo de los *kharisiri* por la grasa humana, en la actualidad relacionada no sólo con los santos óleos, sino con la elaboración de jabones y lubricantes para aviones (comentario personal de Xavier Albó), hace que tengamos que adoptar cierta cautela ante el cambio sustancial que en relación con los intereses del *kharisiri* (sangre en vez de grasa) nos ha relatado don Sebastián.
- 25 La supuesta pérdida de sangre o grasa recae a la víctima en su casa. Pierde el valor, el principal recurso energético y vital que posee la vida humana representado en la gordura, la grasa y la sangre (Szemianski 1987; Bastien 1986).

escuchamos; a los dos años... ¡una vez! Así pasa. Hay también otra forma. Prepara habas rojo, sebo de llama, su líquido que bota se prepara.

Se hace madurar, toma, toma, también ya no se coloca, pero más que todo es la grasa, grasa de oveja aplica. Eso hay que emplear donde está doliendo, o si no, es huevo batido, pero no avisarlo al personal que está enfermo. Si avisamos ¡se asusta peor! "¡Ya me voy a morir; ya no voy a vivir, estoy mal!", en fin ya problemas puede haber o peor causamos. Mejor es que secretamente hay que curar esas cosas.

ARCO IRIS

El arco iris, en campo siempre estamos donde hay lugar filtrante, el agua y llueve y sale el sol. Se forma arco iris donde sale del agua. Se forma arco iris. La persona, ese agua, por ahí está... ¡le toma! ese agua. Cuando se ha levantado arco iris, se ha levantado arco iris, él está tomando ese agua. Entonces, por esas razones, cuando ha tomado agua, él ¡otra clase se siente! Ya poco a poco, ya más infla la barriga ¡grande! como si puede estar esperando familia. Las manos moradas, la barriga grande "¡Ay..! ¡qué pasa? Porque ese agua nomás he tomado". Ese arco iris, se puede curar. Con floripondio²⁶ le hacemos infusión, biensito las flores recogemos, no importa las hojas más. Ponemos cataplasma donde está inflamado. Amarramos con fajita ancha. Luego, doce colores de lana o también puede ser doce colores de sebario²⁷, en Perú hay ese sebario.

26 Floripondio. *Datura arborea* (Girault 1987: 383). Planta con propiedades alucinatorias. Frecuente en los Yungas, en las cabeceras de valle y en algunos recovecos protegidos del altiplano Incustre del Titicaca.

27 Sebario (*Swariva*). Hematita pulverizada, olígisto micáceo (Girault 1987: 530). Suele tratarse de polvos de diferentes colores con matices diferentes, generalmente doce, que provienen de distintas sustancias: plomagina en polvo, olígisto micáceo, almidón de arroz... etc. (Frisancho 1988: 76; Girault 1988: 234).

Le hacemos agua hervida infusiones, agua hervida le hacemos infusiones y le hacemos tomar. Esa persona... relaja.

También puede ser del chanco su huevo, o su pelo o su orín, de color rojo chanco o si no es amarillo. Ese es muy grande medicina. Yo ya he analizado bastante. ¡Pucha! con orín, cuando está el chanco, está orinando hay que ir a aprovechar, hay que recibir y así toma el persona, toma. Lo demás se lava su mano si está inflamado ¡Pfiuuuu! ya no hay hinchazón, relajamiento. Orín, normalmente orina. Ya no hay esa inflamación. Eso es arco iris.

ANEMIA

La anemia. También hay muchas veces la persona duerme, duerme no tiene ganas de comer, poco come, duerme, poco come, duerme, no quiere trabajar. En la cama nomás está durmiendo. Sus papás, sus mamás se reniegan, "este mi hijo muy flojo es". No tiene ganas, muy pálido, amarillo ...no tiene valor. Sigue en la cama. Parece que la cama no puede dejar y amarillo. Ese es anemia. Ese es por debilidad, viene eso. Para eso hay que emplearlo el fierro que está oxidado raspado con una cucharillita, con alguna forma hay que sacarlo el fierro oxidado.

Medio cafecito es ese color, rasparlo y un jarro ponerlo y agua hervida echarlo, infusiones darlo, hacer tomar eso. Ahora, si no le hace bien entonces hígado de la vaca, hígado de vaca cortajeadito un pedacito como un, tamaño de un huevo, esa cantidad bien cortajeadito, un vaso de bicervecina negra²⁹ después licuar. En ayunas hay que hacer tomar. Ya persona está consciente ya ¡pucha, carajo...! Siempre hay que dar alimento, cosas, alimentos, puede ser pata de ganado, puede ser nervio de ganado, puede ser también leche o frutas o pescados. Eso corrige toda clase de enfermedades. De lo que sé estoy hablando; eso sí se cura. En esa forma ese tratamiento se hace.

28 Cerveza de malta.

LA PACHAMAMA

También puede querer hacer a la *Pachamama*, a la Santa Tierra, Tierra Virgen, nuestra costumbre es en Bolivia. Para las empresas, para la mina, para las empresas de estaño, para el oro, la plata, para construcciones nosotros ofrecemos a la Madre Tierra. Nos da plantas, nos da agua, nos da oro, nos da estaño. Porque... ¡queremos a la *Pachamama*! No es que no... ¡queremos! Podemos ofrecer con un gallo rojo, también podemos ofrecer con feto de llama, o también podemos ofrecer con toro o también podemos ofrecer con chanco. La chanco es plata, el toro es mujer, el gallo... ¡gallo rojo! es de la *Pachamama*, como un cariño, como si le podemos dar un *saxta*²⁹, un *t'imphu*³⁰ un comida buena, le invitamos. Diciendo preparamos todo completo las preparaciones; unas ocho o diez cosas entran. Preparamos todo con Madre Tierra, *Pachamama*: "*Pachamama*, yo te ofrezco con cariño con corazón, con voluntad. Dame valor, dame capacidad, dame fuerza y ánimo. Con todo mi cariño te ofrezco *Pachamama*. Señor *Pachamama*³¹ yo te ofrezco esta ofrenda, dame valor, dame capacidad dame inteligencia, dame salud, dame buenos viajes... todo lo que pienso voy a realizar,

-
- 29 *Saxta*. Comida criolla a base de pollo cocido, *ch'ufu* y *rawa*, variedades de patatas deshidratadas, como ingredientes característicos.
- 30 *T'impu*. Plato criollo preparado con cordero, papas y *ch'aña*, como ingredientes principales (Paredes 1986: 318). El *t'impu* de cordero y la *saxta* de pollo constituyen dos platos de prestigio entre los residentes urbanos paceños. Pedro pretende resaltar el valor culinario de calidad que la ofrenda ritual supone.
- 31 La indiferenciación textual de género es muy frecuente en el contexto ceremonial andino y produce numerosas "incorrecciones" léxicas cuando se emplea el castellano. Santos, vírgenes, cerros y lugares sagrados comparten una ambigüedad de género que en ocasiones tiene un carácter lingüístico, pero en otros casos parece conceptual: vírgenes "señores" y santos "mamitas". Esta indiferenciación suele resultar más acusada en el caso de las imágenes importadas de España, sin embargo, "señor" *Pachamama*, lo utiliza Pedro para referirse a la Madre Tierra, en esta circunstancia, femenina. Hay que tener en cuenta la tendencia a elidir la última vocal en aymara: "señor(a)". Por otro lado es preciso tener en cuenta la tendencia en aymara a añadir otra vocal evitando la consonantización de la última letra en los nombres propios: Dios(a), Eshter(a)... Nótese un poco más abajo la expresión "las *pachamamas*". Con el número (singular o plural) sucede algo parecido a lo que acabamos de explicar sobre el género (puntualizaciones que agradezco a Xavier Albó).

pachamama, ayudame. Dame pues valor, dame pues corazón grande. Yo te quiero *Pachamama*", diciéndole hay que bendecirlo con alcohol³²... ¡Phucha! bien puede ser singani, también puede ser singani San Pedro. Bendecirlo con cariño, darle una ofrenda, con gusto, recién las *pachamamas* nos da³³.

Hay que tener fe también así surgen todos los deseos que tienes. Todo va así para cualquier empresa, para minas, para cualquier cosa eso se hace. Para viaje también se hace. Los *kallawayas* siempre especialmente preparamos. Por ejemplo... "Yo soy Pedro Ticona, para mi viaje, para mi trabajo, para mi hogar, para mi salud." Así también tengo salud... ¡bien!

Así tiene que hacer las cosas. Así mis manos tienen que saber bien³⁴. Por eso la gente también me busca. Yo no estoy así nomás, siempre me llevan otro lugar, otro lugar. También me llevan hacia la frontera del Perú, también a los Yungas, a los trópicos, ¡en fin! todos los lugares camino. Hay que tener deseos...

¡No olvidar a la Madre Tierra! Es nuestra Madre Tierra. Para mesas en curaciones, especialmente en agosto, también puede ser en carnavales, también puede ser en Espíritu [Pentecostés]; día de agosto, la tierra está abierta³⁵. Entonces siempre alcanzan todos

-
- 32 El alcohol posee un valor sagrado relevante en el entorno cultural andino (Saignes (ed.) 1993). Con él se efectúan las acostumbradas libaciones ceremoniales sobre las ofrendas. El símil de la misa católica en la realización de las mesas aymaras y *kallawayas* es frecuente, aunque de contenido formal y sentido opuestos (Fernández 1994: 173).
- 33 La mayor parte de los seres tutelares del altiplano y de las localidades andinas *kallawayas* establecen pactos de reciprocidad con los seres humanos a través de las atenciones ceremoniales y la ejecución de mesas rituales (Fernández 1995a). Sobre el plural *pachamamas*, ver la nota 31.
- 34 El poder de las manos del curandero resulta muy importante. Parte de las rogativas ceremoniales aluden a esta circunstancia (Rösing 1993: 63).
- 35 En agosto se inicia el ciclo ceremonial aymara, circunstancia compartida por los *kallawayas* urbanos de La Paz, coincidiendo con un alza apreciable en sus compromisos rituales con los clientes. La tierra se "abre", razón que justifica el sacrificio de ofrendas complejas durante todo el mes con especial mención a la víspera del primero de agosto (Fernández 1996b). Por eso, según nos precisa Esteban Ticona, agosto se denomina también *lakan phaxsi* "el mes que tiene boca".

los que tienen empresas, fábricas, todos los diferentes vecinos se hacen un sahumero para que no tenga problema, para que no tengan separaciones, para que no tengan ningún muerto.

La Tierra, cuando no le alcanzan hace atraso, no le pueden recuperar fracasos, si no es peleas, separaciones, si no es malignos parece, entonces lugar es mal. Entonces quien está mal hay que hacer pasar una mesita. *Sullu* de llama, dulce mesa, incienso, copal, pan de oro, untu de llama, huevo, feto, clavel, coca, alcohol... en sahumero: "Pachamama, Santa Tierra, Tierra Virgen, disculpale, perdónale, yo te estoy alcanzando esta ofrenda. Este *kuchu*³⁶ recíbelo." Así, con este rezo hay que alcanzar a la tierra, santa tierra hay que hacerle pasar un brasito; con ese ya le perdonamos, no enfermamos, tampoco no hay problema.

CAMBIO DE MALA SUERTE

Cuando lugar está mal entonces otros se sienten afligidos, entonces una mesa será, al momento hay que preparar³⁷. Entonces cambio más siempre necesita. Necesario es eso. Cuando uno no tiene suerte, entonces nosotros cambiar también con animal, como puede ser con gallo, puede ser un conejo, cualquier animal, una limpiadita, con mesa negra³⁸ diferentes clases de hierbas bañarlo, cintura abajo si no es su cuerpo, hay que bañar. Todas las desgracias, atrasos, maldiciones, hechizados que salga ¡pffiuuu! echarlo con agua.

36 *Kachu*. El término *kachu*, alude a los sacrificios ceremoniales que se colocan en el cimiento de ciertas edificaciones. Así se denomina a los supuestos sacrificios humanos que soportan campanarios, puentes y otras edificaciones en el altiplano aymara.

37 El "lugar" es el enfermo y su estado "insalubre" afecta a las personas que sobre él se sitúan. El lugar es un ser vivo y su situación afecta a las personas que tienen relación con él.

38 Preparado ceremonial constituido por una diversidad de especies herbáceas queratinosas y sustancias orgánicas. Suelen emplearse en relación con la provocación del daño y su limpieza.

Agua hervidita también bañarlo a la persona, después limpiarlo todo y camino crucero botarlo³⁹. Eso se llama cambio de mala suerte. "Todas las desgracias, penas, rabias, atrasos, mala suerte que salga", diciendo hay que limpiarlo eso y entonces despacharlo camino crucero; eso es cambio de mala suerte.

LOCOS

De los locos vamos a proceder también. Locos, muchas veces uno se vuelve ¿por qué vuelve loco? ¿Por qué vuelve loco? Loco puede ser... es como decir trastornado, pero es trastornado. Ese loco, donde sea duerme. Una persona no es loco, pero estando sano, tiene problema tiene preocupaciones, tiene disgustos con sus concubinos. Por rabia me voy borracho o si no es a alguna parte se duerme, bosques, en los ríos, en las playas. Donde no anda gente duerme.

Por eso, hay veces el demonio, el *anchanchu* se encontraron entre ellos⁴⁰. Con *espíritu*, con *anchanchu* o se lo ve la persona ¡oh!, un toro se le aparece o un hombre aparece, un cóndor. Entonces la persona "¡Ay! cóndor"; uno mira a otro lado, otro lado mira... ¡ya no hay ese cóndor! Entonces ese cóndor, le ha bajado totalmente su moral, ya no tiene ganas, no duerme, aflige. Quiere irse donde se ha asustado, a ese lugar nomás, quiere irse a ese lugar nomás; está pensando ir a ese lugar nomás. Y si no tiene comida, cualquier rato qué cosa hace, qué otro hace; se puede desvestirse, se puede sacar sus calzones... ¡en fin! tantas cosas que pasan, o si

39. Las encrucijadas de los caminos suelen constituirse en depositarios de ofrendas y preparados rituales. Los padres insisten en recomendar a los muchachos que no se alcen envoltorios, ropas o alimentos depositados en los caminos: la enfermedad "pasa" a quien recoge dichos objetos.

40. *Anchancha*. Personaje maldéfico que ocupa ciertas cárcavas y lugares poco transitados en las quebradas y rinconadas de los cerros. Posee una enorme facilidad para mudar su aspecto y aprovecharse de los desaprensivos que se cruzan en su camino. Por ejemplo, según nos cuenta Esteban Ticona, a los hombres aparece generalmente como mujer y a las mujeres como hombre.

no puede caminar pelado... "Dejarme no más que tengo que ir." Los neurólogos, los psiquiatras no le hacen nada porque ¡hay que pagarlo!

Hay que darlo una ofrenda o sea esta mesita ¡cambio! Podemos cambiar este señor con gato tres colores, una cataplasma hacia la espalda hay que colocarlo en la cabeza. Está en presión o temperatura interior tiene la cabeza. Por eso uno aflige, no hay voluntad quiere irse, como borracho está. Entonces cataplasma hay que poner, una mesa más hay que preparar como para la *Pachamama*... igualito. Una cataplasma con incienso, con copal molido, el gato hay que matarlo, hay que hacer cargar el gato; o si no, es perro rojo; o si no es gallo rojo; o si no tres colores conejo... ¡uno de los cuatro! Ponemos cataplasma, podemos colocar eso y así... el persona por lo menos tiene que estar cargado unas tres horas...o dos horas y media.

Entonces jala todos sus malos sentidos que tiene, todo con su mesa, todo bien acostado en su cama. Bien amarrarlo, tiene que chupar sus malos, chupa todo del cerebro que tiene mal, le jala; ya normalmente le acomoda. Entonces donde se ha asustado el joven, el hombre, el señor, hay que ir a enterrarlo al mismo lugar también, hay que hacer pasar, celebrar una mesita: "Perdonale, disculpale, te lo estamos pagando. Suelta su *animu*, suelta su *ajayu*, suelta su *espiritu*" diciéndole hay que pagarlo: "*Pachamama* te lo estamos pagando esta ofrenda, suelta su *animu*, suelta su *animu*, suelta su *animu*, que venga su *animu* que no sea así tan nervioso, perdonale, disculpale", diciéndole hay que hacer pasar mesita y luego, ese gato que está en cataplasma rezando hay que bajarlo. Primer lugar es bajar rezando y luego igual también bajar rezando también el gato. Junto se va donde se ha dormido o donde se ha asustado.

En ese lugar... el persona que está enfermo tiene que dormir, no tiene que salir ningún lado, entonces nosotros rezádoselo llevamos la preparación, la cataplasma del gato donde se ha asustado, en ese sector, lo agujereamos, el gato enterramos, quemamos la mesita.

Después de quemar, la ceniza, ahí mismo dejamos, en tierrita hay que alzar en forma de cruz, con su azucarcito hay que hacer llamar, hay que ir hasta su casa. Tiene que tomar también eso "perdonale, disculpale", ¡así!

FRÍO Y CÁLIDO

De la hierba fresca siempre vive en altiplano, en altiplano y hierba cálida en los yungas y hierba templada en medio valle⁴¹. Entonces en ese sector que vive la planta. Entonces diferentes lugares. En Caranavi, en Yungas es cálido, por ejemplo; *matiku*⁴², cálido; *kalawala*⁴³, cálido; *khuwamuña*⁴⁴, cálido; *q'arallantin*⁴⁵, único templado es eso. Siempre empleo con limón; con limoncito, con un poco de limoncito entra el *matiku*. Entonces, para esas cosas, especial *mulli*⁴⁶, *waji*, cálido son. Copal⁴⁷, también cálido; *chachakuma*⁴⁸ ya altiplano es eso, hembra y macho.

Hay que diferenciar, hay que mezclar. Uno cuando está siente digamos, de riñón hay que mezclar. Mucho cálido, le hace mal al enfermo; tampoco no podemos puro fresco. No, no conviene. Mitad, mitad, entonces para que se suavice. Mediante eso ya preparamos. Ahora sí es el persona, hay personas cálidas, hay

-
- 41 El carácter "cálido" o "fresco" de las especies herbáceas y las diferentes sustancias empleadas en la farmacopea kallawayá no siempre dependen de la ubicación ecológica en que se encuentran. El polo sensorial seleccionado para la asignación de su "carácter" térmico no sólo depende de su localización física, el calor, la forma de uso terapéutico... etc., inciden sobre la concreta clasificación térmica de la especie utilizada.
- 42 *Matiku*. *Piper zinoclastrum* (Girault 1987: 149).
- 43 *Kalawala*. *Polypodium pycnocarpum* (Girault 1987: 103).
- 44 *Khuwamuña*. *Satureja boliviana* (Girault 1987: 371).
- 45 *Q'arallantin*. *Plantago hirtella* (Girault 1987: 410).
- 46 *Mulli*. *Schinus molle* (Girault 1987: 288).
- 47 Copal. *Hymenaea* (Girault 1987: 243).
- 48 *Chachakuma*. *Escallonia micrantha* (Girault 1987: 215).

personas frescas. Digamos persona cálida, mentisán peor le hace, peor cálido prepara. Cosa fresca le hace bien. Hay persona que es frío entonces una cálida también le hace. No somos igual de gente. Gente fría es tranquilo, duerme; gente caliente es fatiga, uno no puede, busca mujer... temperamento es.

ALIMENTOS

Lindas cosas, las mejores alimentación, eso es más importante. Manzana verde, pata de ganado negro, su pata, oveja negra su pata, después frutas... ¡cualquier fruta!, arrozito, manzana verde, puede ser la uva, puede ser todo ¿no? en leche de vaca negra⁴⁹. Hacer hervir, por lo menos cinco litros hasta que se cuece bien como una gelatina, todo deshace. Tomar como suero un vasito. Uno desmaya cuando está débil, hace dormir. Biensito se corrige.

Eso es caldo de cardán⁵⁰, hígado de vaca, todo eso vitaminas hay que corregir; por ejemplo betarraga⁵¹, rábano⁵², esas cosas ¡vitaminazo son! Leche de vaca, *wallaqi*⁵³ sin ají⁵⁴, pero se puede comino⁵⁵, *q'uwa*, *muña*, nada más, porque no es necesario ají meter porque ataca al organismo. Entonces debe tomar, comer riquito.

-
- 49 La incidencia del color en las sustancias empleadas en la terapia *kallwaywa* es muy frecuente y alcanza especial expresión en relación con las ofrendas complejas.
- 50 El "caldo de cardán" es un plato muy apreciado en las proximidades del matadero, pero no tiene nada que ver con el cardo y sí con el "cardán" (pene) del toro. Hay incluso restaurantes especializados en preparar este caldo en las diversas ciudades andinas (comunicaciones personales de Xavier Albó y Esteban Ticona).
- 51 Betarraga. Remolacha. *Beta vulgaris* (Girault 1987: 179)
- 52 Rábano. Planta crucífera hortense de raíz carnosa.
- 53 *Wallaqi*. Plato típico del dominio altiplánico lacustre. Consiste en un caldo de pescado (*q'uwach'i*) aromatizado con diferentes especies herbáceas del lugar, especialmente la *q'uwa* (menta silvestre).
- 54 Ají. *Capsicum annuum* (Girault 1987: 394).
- 55 Comino. *Cuminum cyminum* (Girault 1987: 339).

SUEÑOS

También podemos hablar de los sueños también se puede⁵⁶. Cuando uno se sueña bajada, es atraso. Un sueño cuando subida subes es bueno. Sueñas recoges alguna cosa, paja... ¡lo que sea!, alguna piedra, cosa de fruta... eso ¡es bueno! alegría. En sueños te caes, estás en agua sucia es para enfermar. Si ves ganados, muchos animales le ves ese es una preocupación. Agua limpia entras, ese es enfermarse, pero recuperas. Al espejo si ves un sueño en un espejo es traición, traición. Puede ser traición de mujer o traición de nuestros trabajos. Puede ser un trabajo que tenemos, otra persona recoge, ya no se puede realizar el trabajo, ese es el espejo. También sueño ves una vaca negra, toro, oveja eso es *q'ullu*⁵⁷; o jugadores que están jugando, deporte están saltoneando con pelota agarrado eso es mala señal, atraso. Cuando sueñas normalmente estás caminando o sueñas sale el sol es para larga vida porque tienes bastante salud.

LAVAJE DE VAGINA

El "lavaje" es para cosas vaginales. Se hace lavaje. Hay mujeres que tienen siempre dolores urinaria, dolor de ardores. Entonces hay que preparar manzanilla⁵⁸, limón, mostaza⁵⁹ y *pipa* [pepá, hueso] de palta⁶⁰, y si no hay *pipa* de palta, limón; ahora, si no hay limón, vinagre, dos cucharadas para un litro y medio. Tibia, limpio primero tiene que estar todo bien limpio. La jeringa, las tazas, bien

-
- 56 El campo de los sueños entre los indígenas americanos supone un ámbito de estudio importante desde la perspectiva antropológica (Tedlock 1995: 127-169). En relación con los Aedes y su importancia entre los especialistas rituales aymaras, ver Fernández (1995b: 389-420).
- 57 *Q'ulla*: Maligno. Se aplica a los huevos descompuestos, empleados en las prácticas de hechicería. De ahí, también se atribuye a hombres infértiles (comunicación de Esteban Ticona).
- 58 Manzanilla. *Matricaria chamomilla* (Girault 1987: 480).
- 59 Mostaza. *Brassica nigra* (Girault 1987: 210).
- 60 Pepa de palta (*Persea americana*) (Girault 1987: 202).

limpio hacer hervir. Hacer hervir los mercurios. Hacer hervir biensito, limpio, cánulas todo. Taza le colocas esa latita, le echas todo bien cernido, tibia tiene que ser eso, al piel tiene que tocar. Ahí se echa, colocarlo cánula vaginal tamaño mediano. Colocamos todo ¡pfiuuu! todo de golpe, ese ardor ya no hay. Ovarios no más lava. Ahora si es limón, dos limoncitos hay que cortarlo hay que hacer hervir. Mostaza, manzanilla, limón, si no hay limón, vinagre, *pipa* de palta, la mitad.

Ese limpia, tibia ¡pffiiuu! ese ya no tienen hijos. Cuando relación tienen algunos rapidito tienen *wawa*, le colocan agüita listo para eso... ¡pffiiuu! ya no hay *wawa*, ya no hay *wawa* es que le mata el mercurio; todos los olores le saca rápido. Eso se llama "lavaje".

Para venéreas, hay pomadita. Debemos tomar una pomadita hay, por ejemplo, nosotros hacemos eso, como chancroso es eso ¿no? Podemos preparar con grasa de llama, un poco azufre, un poco limón y de *llamp'u* de llama, ese es. Como vinagre aquí tocan, punzan, sale. Primero hay que lavar limpio con *Andres waylla*⁶¹. Hay que lavar todo bien. Después colocarlo con mentisán. Esto sus microbios lo mata, mata todo ¡aggg! doliendo siempre ¿no? Después seguir lavando con *Andres waylla* aunque es fresco lavando, lavando, poco a poco, así. Ahora, si no sana ...¡en pinchazo nomás! pero es peligroso.

LA FUERZA DEL KALLAWAYA

Los *kallawayas* tienen que manejar su crucifijo, debe manejar su navaja, debe manejar su campanita. El cuchillo es defensa del *kallawayas*. Defensa del *kallawayas* es su crucifijo. El *kallawayas* duerme tranquilo. No le molesta nadie. Una señal hablando con demonio, el demonio se acerca... "¡No! Tiene crucifijo... ¡Es de

61 *Andres waylla*. *Cestrum hediondum* (Girault 1987: 388).

Dios!" Por sí se aleja; se hace a un lado⁶². Ahora las personas que no saben. Hay secretos de los *kallawayas* muy distintos. Así nosotros siempre viajamos lejos. Puro creo que todos lugares viajamos; campos donde no hay gente, raras casas, parte por parte hay casas, visitamos con medicamentos. En noche siempre nos asusta un perro o una persona o animal en camino. Nosotros tenemos sabiduría, no necesitamos esas cositas, pero nosotros tenemos secreto oculto. El *kallawayá* hace cuando uno asusta su secreto sale. Tres veces he escupido ¡taj, taj, taj! La tierrita así en forma de cruz alzo... ya ¡tranquilo! no hay nada sano el persona. Si me duele cabeza, un jaloncito ¡taj! ¡ya está sano! Ese es secreto del *kallawayá*. Hay otros que se orinan o su baño hacen. Eso es un *k'intu*⁶³, dejar eso. Depende ponerse fuerte, animoso, corajudo, astuto hay que ser... ¡no tener miedo! Ese es secreto del *kallawayá*.

Treinta años de actividad llevo. Yo he empezado a conocer las plantas, porque mi papá curaba, pues, por eso conocía las plantas y base de eso preparaba. Mi papá preparaba... ¡mi abuelo, más que todo! preparaba medicina para los riñones, pa eritación [irritación], bilis, matriz, aire, *larpha, katja*... el susto ¿no? Todos a base de hierbas, a base de hierbas... todo eso preparábamos. Hay hierbas cálidas, hay hierbas frescas, hay hierbas que es también venenosas. No es igual nomás, tiene nomás, también hay que conocer.

62 El crucifijo es adoptado como emblema de poder, a inspiración de los objetos rituales del sacerdote, por diferentes especialistas rituales, especialmente en el dominio rural paceño. Estos crucifijos presentan una decoración peculiar a base de cuentas de colores con superposición de imágenes que reflejan la competencia ceremonial del "maestro" que lo porta. En realidad semejan grandes "rosarios" que algunos maestros ceremoniales utilizan acompañando a los ensalmos e imposiciones que realizan durante los procedimientos rituales. El crucifijo como símbolo de poder sagrado es portado igualmente como emblema de autoridad por parte de los cargos consuetudinarios más importantes en ciertos sectores del altiplano aymara. Así lo portan los *mallku* de Machuqi (provincia Ingavi, Departamento de La Paz), entre otros.

63 *K'intu*. Ofrenda de hojas de coca consistente en tres o cinco hojas de especial calidad que se depositan sobre los lugares sagrados. Las defecaciones son escondidas con preocupación por las derivaciones que su empleo puedan tener en propiciar hechizos malignos por parte de los *layqa* (brujos).

Por ejemplo curamos de los riñones; muchas veces algunos tienen ardor, algunos tienen las plantas de pie de escorza o no pueden dormir. Entonces fácilmente nosotros curamos con una cataplasma con lampazo⁶⁴, o también puede ser barro, barro sin raíz. Hay que preparar con orfín, pomada. Entonces vamos a colocar una cataplasma. Ahora pa tomar puede ser alfalfa⁶⁵, hoja de alcachofa⁶⁶ con perejil⁶⁷, sino también puede ser hoja de boldo, también puede ser... ¡muchas cosas!"

* * *

GERARDO. ¿Cómo es la relación que existe entre los médicos y los kallawayas?

PEDRO. No, está bien. De todos modos hay relación. Hay relación. Ya ha reconocido el gobierno todo⁶⁸. Casi... el mismo camino;

64 Lampazo. *Arctium lappa* (Girault 1987: 481)

65 Alfalfa. *Medicago sativa* (Girault 1987: 329)

66 Alcachofa. *Cynara scolymus* (Girault 1987: 428)

67 Perejil. *Petroselinum sativum* (Girault 1987: 337)

68 Se refiere a las resoluciones ministeriales del gobierno de Hernán Siles Zuazo (1984). Bolivia es el primer país de América en reconocer oficialmente la vigencia de las medicinas indígenas, considerando a la Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional como interlocutor válido en los asuntos relacionados con la medicina tradicional indígena. Paz Estenssoro firmó después un "saludo a la bandera" con el decreto de creación del Instituto de Medicina Tradicional Kallawayas que, finalmente nunca se concretó. El Ministro Rodríguez Serrano incorporó la medicina tradicional en cuatro puntos del "Plan Global de Salud" de 1986: en atención primaria, materno infantil, educación para la salud e investigación. Sin embargo esta política sanitaria dejó de tener vigencia en el gobierno de Jaime Paz Zamora, desapareciendo del nuevo Plan de Salud del ministerio (en aquel entonces encabezado por el hermano del Presidente, Mario Paz Zamora), al parecer por ciertas divergencias políticas entre el Dr. Walter Alvarez y los dirigentes del MIR. Este talante político partidista de SONOMTIA ha provocado serias discrepancias e influido en el desprestigio de la institución. Pero no todo el mérito ha sido de la dirección kallawayas de SONOMTIA pese a sus dificultades actuales. Fue un aymara, el señor Rufino Phaxsi quien impulsó, años antes de la creación de SONOMTIA, varios encuentros y congresos locales de medicina tradicional "congresos de qullwina aymaras", tal y como ya hemos referido, antes de considerar la presencia en uno de estos congresos, concretamente el noveno (1979), de los propios kallawayas. En este sentido no es posible hablar de la consolidación oficial de la medicina tradicional en Bolivia, sin otorgar un lugar pionero y destacado a la labor de don Rufino Phaxsi (Jimmy Zalles, comentario personal. Ver nota 3).

como decir científicos, dicen. Los doctores... igual, muchas veces también curan..., pero muchas veces tampoco no curan; eso es lo uno por lo otro. Ahora el médico, cuando no puede... el curandero cura; el curandero no puede... el médico cura. Lo uno por lo otro. No es, tampoco no puedo decir que el médico no cura. Cura también, cada uno su persona; cada maestro tiene su técnica de curar, diferentes clases. Entonces igual también, los médicos también. Los médicos también, algunos no pueden... entonces, el curandero... ¡le cura! Ese sería.

G. *¿Sería bueno que hubiera instituciones, oficinas donde pudiera trabajar médico, enfermero, kallawaya más?*

P. Se puede trabajar⁶⁹. Se puede, se puede. Por ejemplo donde el Walter⁷⁰ hay doctor, cirujano, hay naturista, hay kallawaya, también matronas, enfermeras de los partos. Son cinco grupo, digamos, doctor, kallawaya, huesero, parteras que hacen nacer wawitas, juntos con nosotros. Está resultando bien. Todo el grupo tiene cada su oficina, su consultorio cada uno. "Necesito para su sahumero", dicen, kallawaya necesita, ahí ya suficiente busca. Buscan para "susto" otro, para cirujano, yo no pudiendo, al cirujano también puedes ir. Esas cosas. Así, intercalados.

G. *La gente en el campo no quiere ir al médico, dicen que desconfían.*

P. Desconfían, a base de hierbas nomás. El que conoce se hace curar nomás. Depende prepararse, depende de mi fe también⁷¹.

69 Después de nuestra conversación, Pedro tiene un trabajo en el Hospital Obrero donde un paciente le ha hecho llamar a través de un familiar para que intente sanarle. El paciente no está muy convencido de las técnicas empleadas en el hospital y requiere la actuación del kallawaya. Sin embargo, el maestro kallawaya tiene que introducirse de forma "clandestina" en el hospital y, por supuesto en la sala del enfermo, aprovechando el cambio de turno. La relación de poder no resulta en ningún caso simétrica, a pesar del sentido común y la tolerancia que demuestra Pedro.

70 Dr. Walter Álvarez Mamani, dirigente de SOCOMETRA.

71 Depende del criterio del enfermo, su prediagnóstico sobre lo que le sucede y quién puede resultar más eficaz en el tratamiento de su enfermedad.

Uno debe analizar, qué cosa debe, el paciente debe decir. "Estoy mal... ¿qué comida me hace?", o "no puedo dormir" o "no hago baño" o "orinar no puedo"... debe avisar. Entonces, mediante eso preparamos también nosotros, plantas medicinales. Sacan sangre si no es... sí, mayor parte sacan sangre ellos [los médicos], venden entonces, doctores, entonces mejor sería doctores "BH" ¿qué? a otros acomodan a otro lado⁷³, pero paciente no dejan que entren sus hermanos, sus papás⁷³... "Dejen señora, ahorita ya va a estar. Vamos a curar"... ¡Nada más! Ya no dejan entrar al consultorio, entonces nos esperamos afuera nomás. Es, muchas veces sacan [la sangre] los gordos... un problema porque muchas veces... hacen morir también. No hay seguridad, porque otros, nosotros ¡no!, base de plantas nomás también andamos.

G. *¿Cómo crees que debieran tratar ellos a los pacientes?*

P. No, los médicos... casi no tratan bien, dejan a los enfermos. Digamos cuando a uno operación, a veces operados tienen sed, quieren tomar agua, quieren desahogarse y como amarrado, "¡no puedo!", lloran nomás porque muy difícil es⁷⁴. Pocos médicos

73. Dado el recelo y la repulsión cultural que producen las transfusiones sanguíneas, es preciso explicar bien el procedimiento y los por qué de su ejecución cuando sea necesario. Lo mismo respecto a los análisis sanguíneos. El recelo, la desconfianza por el uso fraudulento de la sangre humana desanima a los enfermos a acudir a las postas y hospitales.

73. Los familiares son separados del enfermo, se rompe la relación y estabilidad familiar y se cree que es con la intención de "abasar" del paciente, es decir, sacarle sangre para vender y otros menesteres. En el dominio campesino aymara y quechua, la familia ejerce una poderosa influencia en los períodos de crisis de alguno de sus miembros. La familia no descuida la atención de sus integrantes. En relación con la enfermedad, desempeña un papel notable en el dominio campesino; "acompañar" es una muestra de solidaridad y obligación familiar en circunstancias de crisis. Este aspecto debiem ser considerado en la medida de lo posible, entendiendo las limitaciones de espacio de las instituciones hospitalarias. Facilitar la presencia de familiares de los pacientes ayudaría a sentar bases de una mayor fiabilidad y confianza de los enfermos rurales y de los "residentes" en las instituciones hospitalarias y sus cuidados médicos.

74. El problema que plantea Pedro tiene que ver, una vez más, con el conflicto real de la relación entre médico y paciente. La escasa comunicación existente, el probable problema lingüístico y la confrontación étnica entre médico, sanitarios y pacientes complica la mutua relación. El desmesurado poder de los médicos y su ejercicio prepotente hace que no siempre expliquen con detenimiento las recomendaciones a seguir, el por qué de los ayunos o de las medidas dietéticas de control. Así las cosas, la atención

curarían bien, pero muy trabajo es eso, porque mejor naturista en hierbas, damos poco a poco. Si no podemos (sanar) entonces tenemos que pasar donde el médico, si es que no podemos, porque "no puedo"⁷⁵. Tampoco no puedo cobrar, exigir excesivamente también. Poco, con su voluntad también tienen que pagarme, porque yo me siento como *kallaway*, curandero⁷⁶.

3.2. Medicina y cultura *kallaway*

Las informaciones de Pedro nos sitúan frente a una conceptualización de la enfermedad sustancialmente diferente de los cánones transculturales que la medicina convencional académica pretende. La incidencia de prácticas y teorías médicas de diferente procedencia y adscripción define la concreción múltiple y dispar que sustenta la figura de los *kallaway*s urbanos de la ciudad de La Paz. El conocimiento de especies herbáceas y otras sustancias relacionadas con la farmacopea tradicional y su empleo terapéutico, se combina sin fricción alguna con diferentes hipótesis sobre la naturaleza y etiología de las enfermedades, una de ellas de probable inspiración hipocrática, para complementar y aplicar de

sanitaria parece una prisión o un castigo más que un servicio y un derecho de los enfermos. Por otro lado en este ejercicio manifiesto de la jerarquía hospitalaria en la que el paciente ocupa, paradójicamente el último eslabón, no resulta extraño que a los propios enfermos se les haga responsables de su enfermedad (TAMPAKI 1994: 61).

- 75 ¿Cabría pensar en lo contrario, es decir, que el médico pasara clientes al *kallaway* o al *yutivi*?... Difícilmente. De lo que se trata y lo que interesa es la mejor satisfacción de la salud y la atención médica más eficiente de los pacientes, en cuyo proceso el enfermo no puede ser un objeto pasivo. Cierta tipo de síndromes culturales justifican la actuación del *yutivi*, el *ch'umakani* o el *kallaway*. ¿Estaría el médico convencional dispuesto a ceder espacios de "poder" en el tratamiento de la enfermedad a los médicos nativos? Me temo que no, pese a experiencias muy puntuales.
- 76 El médico nativo cobra frecuentemente, al menos así lo confiesan algunos, después de que los resultados son apreciables y no antes. Si curan cobran, si no curan no cobran al paciente. Tampoco pueden exigir tarifas desorbitadas. Respecto a este asunto existen diferentes posibilidades algunas de notable picaresca. Algunos *yutivis*, *kallaway*s y médicos tradicionales utilizan el costo de la medicina convencional para recriminar a sus pacientes el precio de sus servicios. "¡A ver!, ¿cuánto te vas a gastar en el médico? Apenas se estoy cobrando". La picaresca y el cobro de altos emolumentos por parte de algunos *yutivis*, si bien va en contra de su honorabilidad y prestigio, encuentra en el precio de la medicina clínica convencional el argumento apropiado para su justificación.

forma especializada una medicina ritual que, en lo que se refiere a los fundamentos de reciprocidad que contiene el proceso de curación a cambio de ofrendas complejas, coincide con la valoración indígena efectuada sobre la naturaleza y tratamiento de la enfermedad en otras sociedades andinas, algunas próximas a la esfera añeja de intervención terapéutica *kallawaya*.

Ciertas denominaciones castellanas de enfermedades como "mareo", "hemorragia", "anemia" y "locura" están referidas a síndromes difícilmente reconocibles, si no es dentro de las pautas características de la etiología *kallawaya*. Llama la atención la importancia otorgada a la conceptualización de la persona, benefactor último de las prácticas desempeñadas por los *kallawayas* en el tratamiento de la enfermedad. La configuración de la persona adquiere una relevancia apreciable en el entorno *kallawaya*, circunstancia que comparte con otros grupos andinos, y que no resulta en absoluto ajena a la caracterización nativa de la enfermedad y, por tanto, a la pertinencia de los procedimientos terapéuticos empleados. No sólo la enfermedad, su etiología y tratamiento aparecen perfilados en la trama que teje la cultura en cada caso, sino que la propia categoría de "persona" contempla igualmente en su anatomía explícita, características peculiares definidas en su seno. Los modelos de proyección anatómica inspirados en la figura del "cuerpo montaña" y la transmisión de fluidos, así como el hermetismo de la piedra aparecen recogidos en diferentes monografías sobre los *kallawayas* y otros grupos andinos próximos, justificando formas diversas de atención médica y terapéutica. Este aspecto nos llevaría incluso a establecer lazos de referencia entre ciertas sociedades andinas y las piedras, cerros y montañas que las rodean con las que comparten un cuerpo social biológicamente activo, consolidado en los múltiples actos rituales que se efectúan en los perfiles sagrados de su espacio anatómico, así como un carácter diferenciado socialmente, en función del propio talante de las piedras ceremoniales (*wak'as* y "calvarios") que acogen de forma emblemática la tutela de cada población.

Por otra parte, la ligazón estrecha existente entre cuerpo y alma no como dos realidades escindidas sino formando parte del mismo tejido celular, plantea nuevas opciones y posibilidades a los modelos de formulación terapéutica indígenas.

La variedad de entidades anímicas que conforman el alma de la persona en diferentes sociedades andinas, como es el caso del *ajayu*, el *animu*, el *ispiritu* o el *kuraji*, establece una relación unívoca entre el cuerpo y todas sus almas de cuya correcta urdimbre depende la salud y vitalidad de los humanos. Si consideramos que los *kallawayas* y otros grupos indígenas hablan de personas "diferentes" a las enmarcadas en la tradición médica occidental, resulta razonable considerar que existan otras terapias apropiadas para la resolución de los síndromes y patologías encuadrados en las pautas culturales de cada uno de los grupos implicados.

Los acontecimientos del alma, de cada una de estas parcelas anímicas que poseen cierta autonomía existencial, pero ligadas a la "disciplina de grupo", implican consecuencias directas sobre el cuerpo, sobre la masa orgánica que las integra.

Cada una de las modalidades constitutivas de la diversidad que caracteriza al alma de los seres humanos es susceptible de ser "agarrada", apresada por un conjunto de seres tutelares que forman parte de la ecología altiplánica y valluna donde se inserta la vida *kallawayo*. Los cerros, la tierra, los rayos, los ruinas y tumbas antiguas así como los temibles *anchanchus* y *ñanqhas* que habitan las cárcavas y lugares solitarios, configuran un cuadro variopinto de entidades dispuestas a establecer una relación de reciprocidad con los seres humanos, donde la salud es motivo de negociación ritual en torno a la etiqueta de un banquete complejo. El *ajayu*, una de las parcelas constitutivas del alma de los seres humanos, es su sombra y constituye un "doble" exacto de la persona.

En aymara se denomina a las sombras que integran el alma de las personas *kimsa ch'iwí*, las tres sombras gemelas sobre las que hablaré en el próximo capítulo. El *ajayu*, el *ispiritu* y el *kuraji*, así se denominan frecuentemente dichas "sombras". Muestran diferentes tonalidades que pueden apreciarse en los destellos de la sombra humana. La pérdida de una u otra "sombra" implica una mayor o menor gravedad en la dolencia proporcionada sobre el cuerpo y, en este sentido, una exigencia y premura mayor en su rescate por parte del *kallawayo*. Esos personajes que pueblan los valles interandinos y el altiplano capturan cualquiera de las almas que las personas poseen, con la intención frecuente de recriminar ciertos comportamientos improcedentes en el ajustado engranaje

El cambio "salud por comida ceremonial" resulta pertinente en el planteamiento etiológico de la enfermedad que impera entre los *kallawayas* y otros grupos afines. Por otra parte, la práctica ritual de las ofrendas complejas constituye un atractivo modelo de medicina preventiva, cuya razón de ser se fundamenta en la cordialidad y mutuo compromiso de relación que se establece entre oficiante, oferente y destinatario sagrado.

La mesa supone una estrategia terapéutica proyectiva. El maestro manipula los ingredientes de la ofrenda reproduciendo el entorno simbólico de Charazani, haciendo participar a los diferentes lugares sagrados del ámbito *kallawayaya* y del altiplano en la resolución del conflicto que provoca la aflicción del doliente⁷⁸. La escenificación simbólica de los lugares de "poder" propios de los maestros *kallawayaya* intervienen, a través de su convocatoria en el banquete de la ofrenda, para la resolución del conflicto. Los maestros *kallawayas* reproducen y otorgan una significación concreta al entorno *kallawayaya* recreando esa anatomía simbólica local al incluir cada especie ceremonial en la ofrenda. El valor repetitivo de esta configuración ceremonial referida a los cerros, "calvarios" y "chullperíos" propios del sector, que son convocados a medida que el *kallawayaya* los nombra e incluye en la ofrenda, incrementan el poder del plato ritual y constituye un paradigma ejemplar de convocatoria colectiva, al convidar, en el orden estipulado, a todos los lugares de poder que tienen competencia en el caso y que debatirán, como acostumbra hacerlo los seres humanos, en asamblea en torno a los manjares y bebidas predilectas que mejor se ajustan a sus preferencias. En relación con las ofrendas complejas *kallawayas* existe una figura, el *ankari*, el viento, que realiza labores de intermediario respecto a los destinatarios sagrados y que se encuentra representado en el huevo de la ofrenda (Rösing 1990a; Marzal 1971).

78 En el dominio aymara se produce una significación pareja. El espacio sagrado es reproducido permanentemente al nombrarlo el *yotiri* cada vez que incluye uno de los ingredientes ceremoniales en la ofrenda. Por otra parte la mesa adquiere un marcado sentido anatómico al reproducir un cuerpo perfecto, el cuerpo del doliente elaborado con el conjunto de ingredientes de la mesa al ubicarlos el *yotiri* en el lugar que les corresponde, al tiempo que los diferentes lugares sagrados del sector son nombrados según un pulcro orden de autoridad y una orientación específica (Fernández 1995a: 253-349). El cuerpo físico del enfermo es configurado de nuevas con los ingredientes del maestro, las plegarias y el nombramiento del espacio anatómico ceremonial comunitario, resultante del propio convite ritual.

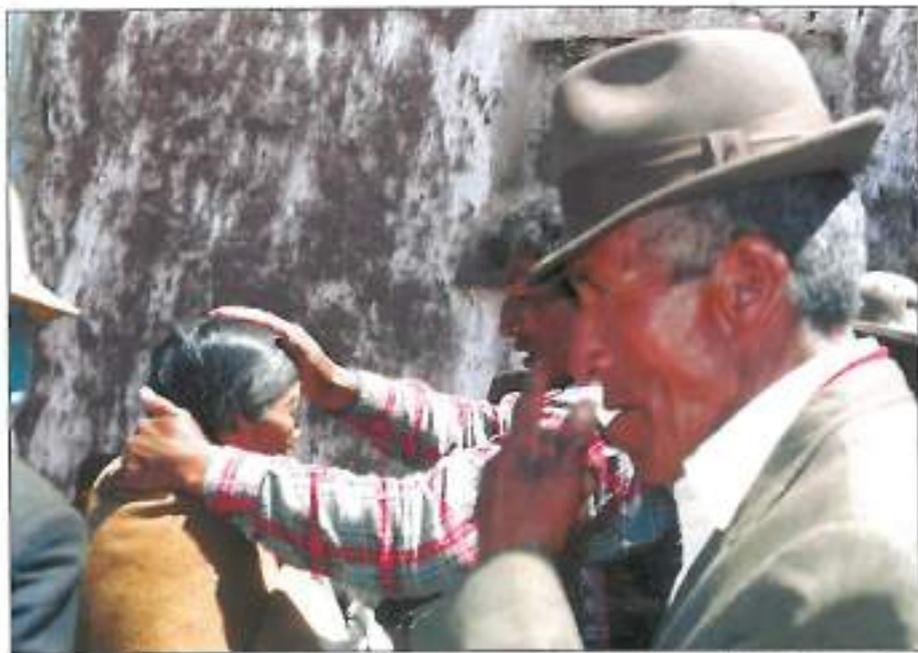
La mala suerte, el fracaso tenaz e incluso la locura, son signos de enfermedad que pueden modificarse con el pertinente cambio. Un animal desollado de especiales cualidades cromáticas (gallo rojo, perro negro, conejo de tres colores), es desollado y colocado sobre el paciente durante un tiempo para luego sacrificarlo en el lugar donde se produjeron los hechos desencadenantes de "mala suerte", junto a una ofrenda ritual. El animal representa al enfermo, lleva impregnado en su cuerpo abierto la dolencia del paciente.

El animal se entierra en el cementerio donde se alojan los difuntos humanos; con él se inhuma la mala suerte del doliente y la condición patógena del enfermo quien surge sano de la experiencia⁷⁹.

Rayos, cerros, arcoiris, ofrendas, plantas y almas integran un variopinto cuadro escénico en el que el conocimiento de los *kallawayas* se implica en el modelo de reinterpretación del mundo que conlleva el proceso de sanación. La recuperación de las almas capturadas por alguno de los agentes tutelares del medio ecológico, la infracción de las normas consuetudinarias que derivan en procesos de enfermedad colectiva (por ejemplo, el ejercicio de los ritos colectivos de perdón tras catástrofes naturales como la sequía), el cuidado ceremonial periódico del entorno ecológico, la reflexión permanente sobre la naturaleza de la persona y su variada composición anímica y biológica, el tratamiento de las especies herbáceas, la implicación del entorno familiar en los diferentes sistemas de atención terapéutica y la salvaguarda del hermetismo orgánico de los cuerpos, muestran una perspectiva integral de la enfermedad sustancialmente distinta de los modelos biologicistas propios de la medicina académica. En este sentido, las prácticas médicas *kallawayas* guardan una afinidad importante respecto a las conceptualizaciones etiológicas y terapéuticas de otros grupos étnicos del Sur andino.

79 En el entorno *aymara* *paséño* esta práctica recibe la peculiar denominación de "muerte cambio". El animal desollado, una vez que se ha colocado por espacio de varias horas sobre el cuerpo del paciente, en su espalda, la nuca, la cintura o los pies, dependiendo de la sintomatología que la dolencia presente, se entierra en el cementerio con el nombre del enfermo, realizando varias libaciones alcohólicas en nombre del paciente sobre el cuerpo del animal y el resto de abalorios rituales que lo acompañan. De esta forma el doliente "muere" bajo la apariencia del animal desollado que se ha empleado en su tratamiento al ser enterrado en lugar del enfermo, con su nombre, llevándose a las sombras la enfermedad.

La relación de los médicos *kallawayas* con los equipos formales de salud, especialmente a través de la institución SOBOMETRA va concitando diferentes convenios y campos de actuación multidisciplinar, lo que permite a los pacientes, al menos en La Paz, rotar por las diferentes opciones que el mercado de la salud ofrece, en la medida en que su economía lo permita. En este espectro diferenciado es posible que se den posturas encontradas entre curanderos, médicos y pacientes, así como otras de carácter complementario.



Predicador ambulante evangélico con don de curación en la feria de Qurpa, Jesús de Machaca. [CD]



Al ajustar hilos en el cuello o brazo del niño, se evita que se asuste y su ánimo se vaya o que tenga amartelo por la ausencia de sus padres. Charazani, [IR 1987: 199]

LOS "SABIOS" LOCALES FRENTE A LA AFLICCIÓN

Los especialistas en el tratamiento de las enfermedades locales del altiplano cuya naturaleza, etiología y tratamiento responden a una sintomatología de marcado carácter cultural (síndromes culturales), son el *yatiri* ("sabio" o "maestro") y el *ch'amakani* ("dueño de la oscuridad") que comparten ciertas áreas de conocimiento y competencias en salud con otro curandero de reconocido prestigio perteneciente a otro grupo lingüístico: el *kallawayá*. Restringido en la actualidad a la ciudad de La Paz, hace décadas no era extraño contemplar su figura por las comunidades altiplánicas.

4.1. Los especialistas locales

En el altiplano aymara existen diversos especialistas rituales cuya clasificación ha supuesto con frecuencia una compleja labor intelectual para los estudiosos en función de los diferentes matices considerados (Tschopik 1968: 179; La Barre 1948: 217-227; Huanca 1990: 27-36; Jordá 1981). Marzal (1988) ha efectuado una síntesis efectiva en el entorno serrano cuzqueño, considerando el solapamiento de competencias existente entre ciertos especialistas. Veamos de forma concisa quienes son los "maestros" de mayor prestigio en el tratamiento de la enfermedad en los dominios aymaras.

Yatiri significa "el que sabe". Lee con destreza la suerte de la hoja de coca como elemento de consulta a través del cual aventura los diagnósticos precisos en la clarificación de los asuntos más diversos. Habitado al trato con sus

clientes otorga un formato narrativo a la consulta de la coca, coherente y muy preciso, que se va adaptando a la información aportada por el interesado. El *yatiri* es un especialista seleccionado por el rayo quien le "golpea" hasta tres veces, para devolverlo posteriormente a la vida (Ochoa 1974 1-6; Huanca 1990: 56-57). A partir de este momento, el elegido puede adentrarse, previa solicitud de permiso que es pertinente concretar en alguno de los "calvarios" y altares de los cerros de mayor significación ceremonial de su comunidad, en los secretos de la coca y en la configuración de las ofrendas complejas (mesas) que le serán revelados en sueños, tras una profunda y costosa meditación en la que tendrá que poner a prueba su propia capacidad de raciocinio (Fernández 1995b: 389-420; 1996: 49-74).

Una vez elegido por el rayo, el aspirante pedirá permiso junto a otro "maestro"¹ ya consagrado, quien le iniciará en la lectura de coca para recomendarle posteriormente reflexión y predisposición para captar cualquier tipo de información revelada por la *Pachamama*, los *achachilas* y *aphallas*, a través de los sueños. Sólo de esta forma conseguirá un especialista tener éxito, porque depende de su buen criterio y de la información revelada para ejercer bien su profesión.

Los *yatiris* ostentan marcas sobre su cuerpo que conservan como testimonio de su elección sobrenatural y que muestran con orgullo a los clientes escépticos. Existen indicios, en el mismo momento del nacimiento, que sugieren la vocación específica del retoño como posible *yatiri*. Los que nacen de pie (*kayuni* o *kayullu*) y los mellizos (*ispa*) gozan de esta consideración particular que luego debe ser refrendada por el rayo (Carter y Mamani 1982: 294). En ocasiones, basta que el rayo se haya manifestado en algún antecesor directo de la familia para considerar que el nuevo aspirante "tiene rayo".

En otras ocasiones, la selección del candidato se fundamenta en un sueño prodigioso, a través del cual, diversos santos y "caballeros" revelan los secretos del oficio al nuevo especialista, formulando múltiples preguntas que el aspiran-

1 El término "maestro" es utilizado de forma coloquial con referencia al *yatiri*.

te, a medida que madura en su conocimiento, debe saber responder con corrección (Fernández 1995a: 216). Otros *yatiris* encaran el compromiso de su profesión tras superar de forma excepcional una dolencia prolongada, cuya génesis se atribuye a un castigo ejemplar de los seres tutelares del altiplano; algunos aprenden a curar, experimentando consigo mismos el tratamiento de su mal.

En la actualidad el número de *yatiris* que se afilian a ciertos sindicatos urbanos de "residentes" ha ido en aumento, atraídos por la demanda de que son objeto, constituyendo una especialización profesional que permite, tras una dedicación exclusiva, ciertos ingresos. Los *yatiris* más carismáticos y veteranos de sectores como "Sagrado Corazón" en la Ceja de El Alto de La Paz o de "Faro Murillo" en las inmediaciones de Villa Dolores, no dudan en traer de sus comunidades de origen a familiares, compadres y conocidos con ligeros conocimientos, rudimentarios, de lectura de la hoja de coca, e incluso les instruyen con rapidez a su llegada para que, con el tiempo, puedan conseguir su propia cartera de clientes. Esta circunstancia conlleva tensiones frecuentes entre los miembros del sindicato quienes tratan de evitar la proliferación indiscriminada de "maestros" y propicia, igualmente, las dudas y sospechas de los pacientes, al tratar con "farsantes" y falsos *yatiris*.

El *yatiri*, una vez elegido o sancionado por el rayo y consumada su iniciación no puede desvincularse del compromiso adquirido, debiendo ejercer sus funciones donde sea oportuno y a toda persona que se lo solicite (Huanca 1990: 69). El "maestro" participa de la vida comunitaria como un campesino más, pero su presencia se deja notar; es un consejero muy solicitado, cumplidor de sus obligaciones respecto a los cargos que toda persona madura (*jaqi*) debe efectuar al servicio de la comunidad. Introduce las oraciones y *ch'allas* (libaciones rituales) en las reuniones o consejos cuando el cariz del asunto tratado así lo aconseja. Maneja con soltura los conflictos frecuentes en el ámbito campesino así como los producidos en el dominio de los "residentes" urbanos, por cuanto él mismo participa como "residente" de las obligaciones adaptativas que la ciudad impone.

El *yatiri* conoce la naturaleza de las enfermedades que dañan y afligen a los aymaras; la consulta médica convencional es descartada, habitualmente, por su

ineficacia e incompetencia en atender la propia conceptualización aymara de la dolencia. Su terapia se basa en el diagnóstico establecido tras la consulta a la hoja de coca; posteriormente actúa sobre la afección utilizando sus conocimientos como médico "naturista" concededor de hierbas y emplastos (circunstancia que se da entre la gran mayoría de los campesinos) y, en los casos precisos, prepara una ofrenda compleja (mesa, *misa*) con la que seducir a los seres tutelares implicados en la aflicción sufrida por su paciente.

La hoja de coca indica al "maestro", una vez intercambiada la información pertinente con el paciente, el tipo de dolencia, enfermedad o carencia afflictiva que afecta al enfermo, el tratamiento a seguir, los seres y personajes implicados, el tipo de ofrenda que mejor se adapta al problema, así como el lugar donde la mesa tiene que ser entregada para que sea recibida con mayor gusto y resulte, en consecuencia, más eficaz. El buen *yatiri*, a pesar de la sencillez y compostura a que le obliga el sagrado camino en el que se ha iniciado, no duda, en momentos de mayor franqueza, en constatar la calidad de su saber por el gran número de clientes que le buscan y "molestan".

El *ch'amakani* es el "dueño de la oscuridad". Lo referido en el caso del *yatiri* puede considerarse válido para este nuevo especialista, cuyo carácter específico resulta de su capacidad para comunicarse y hablar con los seres tutelares aprovechando la oscuridad, las sombras y la noche. Es un eficaz intermediario entre los seres sagrados aymaras y la gente; el problema consultado por los pacientes es dramatizado y escenificado en una conversación que el "maestro" interpreta y desarrolla en la oscuridad. Convoca a los seres que lo apoyan (*aphallas*) y modera un diálogo entre ellos y los afectados para establecer las causas del mal que les aqueja, así como la identidad de los responsables².

2 El término *aphalla*, referido a las sesiones oscuras (*ch'amakas*) es sinónimo de *nchachila*, si bien con cierto matiz peculiar, como lo recoge De Lucca (1987: 27): "espíritu maligno", en el sentido no de la valoración que realiza este autor como entidad benigna o maligna sino por la naturaleza "espiritual" del *aphalla*, que se presenta como "aire" en las consultas. El aspecto que merece resaltarse ahora es el hecho que estas entidades o espíritus son los apoyos básicos que el *ch'amakani* posee para desarrollar su labor y que son varios. Cada uno tiene su propio carácter y lo demuestra por el talante de su habla y conversación tanto con el "muchacho", (el *ch'amakani*), como con los pacientes. Ina Rosing (1990) habla del *ankari*, el viento, como mediador, igualmente "aire", entre los oferentes y comensales rituales en la esfera *kallwaya*.

Las personas y seres tutelares que han contribuido en la formulación del daño, son convocados por el "maestro", quien tiene acceso y poder sobre los *ajayu* ("sombra" principal), de los implicados y sospechosos; son reunidos por el poder de los *aphallas* quienes los hacen llegar "como viento". Los "sospechosos" muestran sus razones y revelan hasta qué punto están implicados en la aflicción del doliente; si sus argumentos no resultan lo suficientemente convincentes son castigados con rudeza por el *aphalla* principal o *asintaru* (de "asentado"). El *ch'amakani* da voz, en la oscuridad, a cada uno de los personajes convocados que intervienen en la sesión. Una vez que el *aphalla* principal ha manifestado su criterio, indicando la naturaleza del problema, el tipo de ofrenda por realizar, el lugar de la entrega y los estipendios del especialista (al que denomina "muchacho"), se despide de todos los presentes.

Al encender la luz, se observa cómo el *tari* de coca (tejido ceremonial donde se depositan las hojas de coca) del *ch'amakani* está revuelto, señal de que los *aphallas* se han servido su coquita; lo mismo sucede con el vino y el alcohol que aparece desparramado sobre los utensilios del "maestro".

El *ch'amakani* impone un respeto riguroso, por pertenecer a la jerarquía más elevada de los especialistas rituales aymaras. Ha elegido el lado "blanco", el camino del bien y por eso tiene tanto poder y prestigio. Sin embargo a veces, algunos de sus clientes y vecinos pueden atribuir cierta ambigüedad a su desempeño, alegando que en realidad conoce "ambos caminos" —el camino "blanco" y el camino "negro"— lo que le emparentaría con el *layqa*, el brujo o especialista aymara del daño. Tal sospecha ocurre más fácilmente si existe algún tipo de enfrentamiento entre algún comunario y el *ch'amakani* relativo a linderos, chacras o ganado, por lo que la contraparte teme que les pueda "dañar" o provocar alguna enfermedad, como si fuera *layqa*.

Los médicos "naturistas" *kallawayas*, a los que ya hemos dedicado el capítulo anterior, ejercían, no hace mucho, una práctica médica de carácter itinerante por el altiplano y otros remotos confines. Según Saignes (1983: 369,372), se justificaba como respuesta específica en un contexto coyuntural de crisis ecológica relevante, planteando la posibilidad de que el origen de esta práctica terapéutica itinerante pudiera localizarse de forma cronológica en pleno siglo XIX. Pese a todo, los propios *kallawayas* de la ciudad de La Paz

esgrimen actualmente una variable de autoridad como médicos antiguos relacionados con la propia figura del inka (Vulpiani 1993). En este modelo "mítico" puede influir la relevancia de la imagen aportada por el cronista Guamán Poma donde aparecen los *kallawayas* como portadores de las andas incaicas en tiempo de paz (Guamán Poma 1987: 334-335).

Los *kallawayas*, como hemos visto más arriba en el testimonio de Pedro, poseen un vasto conocimiento de especies naturales, flora, fauna, sustancias orgánicas y minerales que emplean como remedios en el tratamiento de las enfermedades locales (Girault 1987). Conocen igualmente diferentes prácticas rituales vinculadas con tratamientos terapéuticos específicos; son consumados especialistas en la lectura de la suerte de coca, los naipes y la elaboración de ofrendas complejas, e identifican la etiología de ciertas enfermedades relacionadas con la pérdida del "alma" (Bastien 1986; 1996; Rösing 1990-1996).

4.2. Enfermedad: Diagnóstico y tratamiento

La clasificación taxonómica de las enfermedades, desde la perspectiva aymara, depende en gran medida del diagnóstico predictivo que el "maestro" efectúa en un primer momento.

El "maestro" tiene que discernir si se trata de una enfermedad "de la gente" o si es para *miriku* (médico), *tuktura* (doctor) o para "transfusión" (Alba 1989: 22). Es el especialista el que distingue el tipo de dolencia de que se trata en función de la sintomatología de la dolencia y atendiendo al testimonio del paciente, así como, principalmente, a lo que él mismo "ve" a través de los diferentes recursos predictivos. Con todo ello efectúa un primer diagnóstico y propone la terapia que mejor se ajusta a los caracteres de dicha aflicción. Este primer deslinde de la enfermedad, escindida entre enfermedad "de la gente", o enfermedad "del doctor" o médico, ya nos adelanta parte del enfrentamiento, no siempre excluyente, entre las dos medicinas: la medicina autóctona y la "occidental".

El "maestro" precisa urgentemente "ver" la etiología de la enfermedad, es decir, cual es su causa y su origen explicativo para formular, con los datos

recogidos, un primer diagnóstico. Estas circunstancias dependen de la "suerte" del paciente y por tanto, es preciso interpretarla a partir de los indicios que presenta su caso.

Las técnicas empleadas por los *yatiris* y otros especialistas del altiplano se fundamentan en el análisis concienzudo de distintas prácticas predictivas. El procedimiento más usual y fiable consiste en la lectura de hojas de coca –"la coca, mejor habla"– frente a otros métodos posibles. Para ello, el "maestro" selecciona las mejores hojas de que dispone, frescas y jugosas, "vivas"³ para que indiquen con certeza; tiene que pedir permiso o licencia para empezar la consulta⁴. Durante la fase de selección de las hojas de coca, en número variable según criterio del especialista, el "maestro" entabla una meticulosa conversación con el paciente y sus familiares sobre todos aquellos aspectos que unos y otros consideren de relevancia respecto al caso. Los derroteros de la conversación no consisten tan sólo en las apreciaciones estrictamente médicas, sino también sociales y religiosas, incluyendo una escrupulosa descripción sobre los asuntos cotidianos, aparentemente sin importancia e incidencia directa en el

- 3 Las hojas de coca tienen que ser brillantes y jugosas; han de estar "vivas", para indicar con acierto. Generalmente el cliente es el que dispone de la coca y los "maestros", antes de leer la suerte, exhortan que éstas sean buenas. Es responsabilidad del "maestro" el renovar las hojas del *tari* una vez que se resecan. Las hojas secas se tienen que *p'jirhar* (mascar) porque ya no sirven para leer la suerte. El cuidado de la hoja es una de las responsabilidades permanentes que el "maestro" debe tener presente de forma constante. Carricelo Condori, célebre *ch'usankari* de la provincia Omasuyos considera que la hoja y su cuidado le ha sido entregada en custodia, casi como si de una esposa se tratase, por el curro Lichumachi (situado oeste de la población de Curico, Prov. Nur Yungas), quien le puede reclamar cualquier tipo de incorrección o descuido cometidos con su "hija", la hoja de coca (Fernández, 1995a: 217).
- 4 Antes de iniciar cualquier consulta a la hoja, el "maestro" tiene que pedir licencia o permiso de los santos, los *achachilas*, la *Pachamama* y demás seres tutelares del altiplano. Uno de los requisitos principales para que un candidato a "maestro" pueda iniciar su "carrero" en el conocimiento y ejercicio de lo que será su profesión, consiste en "sacarse licencia", en los "cabezales" (*altares*) y "calvarios" de los cerros de mayor significación sagrada, en compañía de otro "maestro" de prestigio. De esta forma, "pagando" al *achachila*, recibe su licencia, protección y adiestramiento, a través de la interpretación de los sueños que se le van a presentar a partir de entonces. Sólo el aspirante u "maestro" que ha sucado el consiguiente "permiso" puede iniciar su formación "académica", una vez contrastada la selección "mística" previa de que ha sido objeto. El "pedir permiso" antes de efectuar cualquier actividad pública (hablar en las asambleas, por ejemplo) es una muestra de educación y respeto muy valorada por los aymaras.

caso, que convergieron en la dolencia. La realidad que el individuo vive a diario influye, de forma apreciable, sobre su propia situación médica; la enfermedad parece grabada en los sucesos que forman parte de la biografía cotidiana del paciente. Es preciso *p'ijchar*⁵ coca abundantemente con su correspondiente *llujt'a*⁶, y fumar exhalando humo a grandes bocanadas discutiendo los términos pertinentes en los que la dolencia se enmarca, a criterio del "maestro".

Algunos "maestros" consideran conveniente tomar *pusi tunka* o *puritu*, alcohol de cuarenta grados, y *ch'allar*⁷ a la *Pachamama*, la "Madre Tierra", a quien siempre hay que tener en cuenta durante los convites ceremoniales; resulta conveniente no precipitarse en exceso y cumplir con los requisitos que marca la cortesía aymara dedicando el tiempo preciso para cada consulta y utilizando el formato ceremonial pertinente.

Elegidas las hojas de coca e informado el "maestro" sobre lo relacionado con el caso, se efectúa la consulta. Cada "maestro" posee su propio *tari* ceremonial para "leer" o "ver" en coca⁸. Hay que leer la "suerte" del paciente, es decir, analizar

- 5 *P'ijchar* o *akhallikar* coca es un acto social de gran relevancia en los Andes. Jamás se da coca para *p'ijchar* a los niños porque "no entienden" la significación social del acto que desarrollan los adultos (Wagner 1976: 194). Es preciso mascar coca en diversas ocasiones de la vida campesina, pero especialmente en las asambleas comunitarias para concertar acuerdos conjuntos que implican al colectivo completo. Ni que decir tiene que tanto la hoja de coca como el alcohol de caña, constituyen objeto deseado de reciprocidad en las celebraciones festivas y actividades comunitarias. En el ámbito terapéutico, la coca posibilita "hablar" bien. Facilita la comunicación entre los participantes y el "maestro", ayuda a "pensar" en las causas del mal y es uno de los artículos principales empleados en la terapia, por cuanto los seres tutelares gustan igualmente del *p'ijcha* de coca y para "hablar" con ellos se guardan los mismos requisitos formales que se siguen entre los adultos aymaras (Berg 1989: 33).
- 6 *Llujt'a* Producto seco y duro elaborado principalmente con las cenizas resultantes de la combustión de tallos de quinua (Cotari et al. 1978: 213).
- 7 La *ch'allá* consiste en una libación ceremonial en favor de los seres tutelares que se efectúa en múltiples ocasiones ya sea utilizando alcohol, vino o cerveza. Abercrombie (1986: 168-170) recoge una *ch'allá* multitudinaria en la que son convidados cerca de sesenta seres protectores en K'alta (Oruro). *Pusi tunka* significa literalmente "cuarenta" (grados); *puritu* viene del castellano "puro".
- 8 El *tari* de los *yajtai* puede ser de herencia familiar, en los casos en que los nietos hereden los saberes de padres o abuelos; en cualquier caso es importante que cada "maestro" trabaje siempre con su propio *tari*, lo cuide y potencie su capacidad llevándolo a los santuarios, cerros y *apachitas* (collados montabozos) de mayor veneración popular.

las causas que han intervenido en la definición del daño y contrastar su carácter, naturaleza y calidad para esgrimir, a continuación, la terapia más recomendable.

Una vez introducidas las hojas de coca, previamente seleccionadas, en el *tari* junto a su *nayracha*⁹, el *yatiri* dobla el *tari* en cruz, lo presenta, formulando una plegaria en solicitud de licencia o permiso para leer la coca, y lo bendice con su mano derecha trazando tres cruces sobre el tejido¹⁰. Desdobla el *tari* y antes de abrirlo por completo presiona sobre la superficie del tejido reclamando a la hoja que indique la "suerte". Una vez desdoblado completamente, el *yatiri* evalúa la disposición de las hojas, sus amontonamientos, los diversos "caminos" trazados en el *tari*, la situación respecto a la *nayracha* y los crucifijos (si los hubiere), etc. Luego, la consulta se formula de forma más inquisitiva pasando a un estamento de mayor agudeza e interpretación visual. Para ello se eligen algunas de las hojas del *tari* en representación de conceptos y personas implicadas en el caso, escenificando un cuadro de referencia con todos los protagonistas (Carter y Mamani 1986: 409-426). Sobre este conjunto representativo en el que se incluyen personas, lugares y diversos personajes tutelares cuya incidencia en el caso se considera probable, el *yatiri* arroja suavemente, con su mano derecha, un conjunto de hojas recogidas del propio *tari* que van señalando, al depositarse sobre el grupo subyacente, las pautas indicativas del análisis que el especialista realiza. La presencia de "trancas"¹¹ que cortan el "camino" sugerido por el

9. La *nayracha* es "su ojo de la coca". Es la moneda que constituye el precio por la consulta. Si la *nayracha* es pequeña, la coca indica con dificultad o puede aconsejar de forma errónea. Esta circunstancia es manejada por el "maestro" para convencer a los pacientes de la necesidad de un pago correcto por sus servicios.

10. Si bien cada "maestro" realiza su propia parafernalia ritual, como le parece oportuno, si resulta frecuente la utilización de recursos ceremoniales que se repiten por tres veces consecutivas o plegarias y letanías igualmente construidas en torno a una estructura tripartita. Algunos "maestros" recomiendan incluso repetir, hasta tres veces el ritual, particularmente en los casos de "maldición" en los que se precisa de "limpiezas" y medidas higiénicas de carácter ceremonial. Berg (1985: 94) considera que el número "tres" es el número simbólico de mayor significación en el dominio ceremonial aymara, en relación con sus posibilidades de eficacia ritual.

11. "Tranca", barrera. Indica que el "maestro" debe seguir otro camino abierto en la consulta de la hoja. o bien que los deseos del paciente no pueden alcanzarse porque la conexión entre las hojas del esquema base está rota; no existe una continuidad favorable debido a la presencia de la "tranca".

especialista; la calidad y el valor iconográfico de las hojas que se depositan sobre el conjunto de referencia (Ossio 1989: 284-291); la disposición de las hojas sobre el haz verdoso o el envés blancuzco¹²; la composición figurativa que se produce entre el conjunto de referencia y las hojas que se han superpuesto en el desarrollo de la consulta; la respuesta de la hoja a los interrogantes expresamente formulados por el especialista, constituyen, todos ellos, aspectos relevantes de la "batería de datos" que el *yatiri* recoge durante la sesión.

Todos estos datos, refrendados en nuevas consultas que se realizan a continuación para corroborar o desmentir las apreciaciones de la primera, consolidan un diagnóstico preciso, según la apreciación del "maestro", que es formulado en términos narrativos de gran coherencia, de forma que, en no pocas ocasiones, el paciente o sus familiares se adelantan al diagnóstico aventurado por el propio especialista. El paciente encuentra razones lógicas para argumentar de forma razonable su enfermedad en los acontecimientos que ha vivido, en su propia biografía, una vez contemplada a la luz de las escenas definidas en los trazos que conforman las hojas de coca.

Existen otros procedimientos predictivos empleados por los *yatiri* aymaras, si bien, ninguno de ellos se considera tan fiable como la hoja de coca. Uno de los más conocidos, cuyas referencias encontramos en los textos coloniales, así como en los informes etnográficos contemporáneos, es el uso de *wank'u* o conejo andino empleado para realizar "limpias" ceremoniales en los enfermos (Frisancho 1988: 59)¹³. El especialista disecciona el animal una vez efectuada

12 El haz verdoso de la hoja de coca (su rostro) es interpretado como signo positivo, mientras que el envés blancuzco (su espalda) es considerado negativo. Sin embargo, algunos "maestros" invierten los términos y, los más "espes" (expertos) utilizan los dos lados de la hoja, "ambos lados", ejerciendo una labor de coerción y evitando las "mañoserías" de la hoja en función del tipo de consulta así como de la hora en que se formula. En algunos casos el color es simplemente el estilo y la particularidad del "maestro".

13 El concepto de enfermedad aplicado a la idea de mancha o contaminación exige un tratamiento específico que trata de higienizar al paciente mediante limpiezas rituales que permiten alejar la "pena" y la maldición. Los procesos de limpia ceremonial resultan frecuentes en los Andes con motivo del despacho de difuntos, la culminación del luto y la devolución (*kaura* o *kaurayña*) del "daño". Se emplean diferentes procedimientos rituales como la fragmentación de hilos torcidos "a la izquierda" *ch'iqu ch'onkhu*, el lavado ritual, el cambio de ropas... etc.

la "limpia"; dicho animal se ha impregnado de la enfermedad sufrida por el paciente, al pasarle por toda su superficie corporal. La dolencia se localiza en alguna de las vísceras del cuerpo del animal sacrificado. La observación concienzuda de dichas vísceras esclarecerá la causa del mal que sufre el doliente.

El naipe es utilizado como recurso predictivo por parte de algunos "maestros" ceremoniales, particularmente en la ciudad, aunque produce ciertas reticencias¹⁴. El caso del orín fermentado resulta ilustrativo del valor otorgado por las sociedades aymaras a la observación meticulosa. El orín podrido (una semana al menos) del doliente es utilizado por el "maestro" para diagnosticar la causa de su aflicción. Para ello se utiliza *millu* (sulfato de aluminio), alumbre, que se mezcla con el orín ligeramente tibio del paciente lo que da lugar a una reacción química que se manifiesta por la producción abundante de espuma (Girault 1987: 533). El análisis de las figuras representadas en la espuma y demás partículas suspendidas en el orín establecen las claves interpretativas del caso. Si el orín no "levanta" su espuma, textualmente si no "brota"¹⁵, es considerado augurio nefasto para el paciente.

El especialista ritual aymara de mayor prestigio es el *ch'amakani*. Como los antiguos "hechiceros" recogidos en las crónicas coloniales (Guamán Poma 1987: 270) y relatos alusivos a la extirpación de idolatrías (Albornoz [1570] 1990: 147), este "maestro" destaca sobre los demás por el poder que le confiere el ejercicio de la palabra, es decir, su facultad de hablar con los *aphallas* y demás seres tutelares aymaras que pueblan el espectro ecológico altiplánico (Fernández 1997b)¹⁶. Por si fuera poco convoca al *ajayu* de los enemigos y "sospecho-

14 La presencia de "figuras" y la riqueza simbólica de la baraja española es considerada para la formulación de los casos más insospechados. Su expresión simbólica y el contenido semántico de los motivos pictóricos ha sufrido un importante proceso de "andinización": As y tres de bastos (maldición); as de oro (plata), as de copas (trago, ir de borrachera); indiferenciación de género entre reyes, caballos y setas... etc.

15 Los términos terapéuticos y los biológicos se entrelazan mutuamente.

16 Los *aphallas* son los personajes que secundan al *ch'amakani* en sus consultas nocturnas. Se colocan sobre el hombro y la espalda del "maestro" quien, así cargado, jadea ostensiblemente cansado durante el tiempo que dura la sesión. La presencia de *aphallas* y su relación, en ciertas partes del altiplano, con

sos" de haber empleado "malas artes" contra su paciente, infiriéndoles severos castigos. De esta forma, en una sesión desarrollada en plena oscuridad, el *ch'amakani* conversa, amenaza y castiga, exhorta y reconcilia a los implicados en el caso expuesto por el paciente; incorpora las voces de personajes distintos, como si efectivamente estuvieran en la sala (a través de la convocatoria realizada a sus *ajayu*), de tal manera que la actuación que realiza sobre los *ajayu* repercute sobre las personas propietarias de los mismos. De esta forma, "conversando" con los afectados y con los posibles causantes del mal, se aclaran los hechos y el *ch'amakani* establece el diagnóstico pertinente y la terapia que mejor se adecua a la casuística concreta de la dolencia.

Una vez conocido el origen de la enfermedad, se estipula su categorización taxonómica, la competencia o incompetencia del "maestro" para sanar, así como el calendario terapéutico preciso que debe fijarse para la resolución exitosa del daño¹⁷.

La concepción aymara de la enfermedad responde a diferentes criterios tipológicos. Como ya he reseñado, en caso de fragante incompetencia del "maestro" en la resolución del problema, en tanto en cuanto la propia hoja de coca aconseje el tratamiento terapéutico del médico, se recurrirá, en la medida de lo posible y siempre que las posibilidades económicas lo permitan, al doctor. En la ciudad de La Paz, donde la presencia de postas y centros de atención sanitaria resultan más frecuentes, la medicina tradicional y la occidental suelen

"espíritus malignos" –como hemos visto en la nota 2 (De Locca 1987: 27)– incide en el recelo que el *ch'amakani* despierta, a pesar de las bromas de los jóvenes que, en ciertas ocasiones tratan de descubrir sus supuestas "argucias" en la oscuridad. La presencia de *aphüllka* ha incidido en ciertas denominaciones de los *ch'amakani* como *juphullani* "poseedores de *aphüllka*" (Jurá 1981: 179).

- 17 Si el "maestro" aprecia, durante el análisis previo efectuado merced a la consulta de la hoja de coca, que el caso no es para él, debe hacerlo saber al paciente. "Algunas gentes me preguntan: '¿curame pues!'. –A ver, si hay caso para usted o va a estar yendo para otro.' Siempre miro pues en la coca." (Modesto Capcha, Alto San Bartolomé, La Paz). Debe encargarse del caso aquel "maestro" mejor capacitado para resolverlo. Cada "maestro" tiene una especialidad bien definida en cuyo tratamiento demuestra ser más eficaz porque ha sido "llamado" para desempeñar ese camino. Dependiendo de la etiología del caso, el "maestro" sabe quién puede resultar más apropiado, entre sus "colegas", para realizar el tratamiento, porque sus mesas son mejor recibidas y sus ruegos mejor "escuchados" por parte de los personajes implicados en la dolencia.

complementarse en el tratamiento de las dolencias, a pesar de las reticencias y respetos que el médico produce. El paciente prueba ambas fórmulas sin excluir ninguna posibilidad¹⁸.

La atención del mercado terapéutico urbano cuenta igualmente con la observancia y respeto ocasional de las élites paceñas respecto a las técnicas médicas tradicionales indígenas y populares hispanas, debatiéndose entre la aceptación y el desprecio manifiesto.

En el dominio rural, sin embargo, resulta extraño que el *yatiri* no pueda hacer nada, a no ser que considere que el enfermo se encuentra en situación de extrema gravedad. Es probable que el "maestro" que efectuó la consulta de la hoja de coca, estime oportuna la intervención de otro especialista, más "capo" (experto) que él en la atención de un tipo determinado de dolencia. La hoja de coca indica quién va a efectuar mejor el trabajo –"no es para mí; vaya nomás"– y el "maestro", de acuerdo al concepto fundamental de servicio que marca su "camino", tiene que renunciar al tratamiento de clientes en cuya curación no resulte competente. Se acusa a los "maestros" urbanos que trabajan en los enclaves alteños de buscar simplemente su beneficio –"por plata nomás hacen"– olvidándose del mencionado principio deontológico que considera su oficio y conocimientos más apropiados para la realización de un servicio que para el ejercicio de una profesión remunerada. De hecho, algunos "maestros" cobran una vez sanado el paciente y no antes.

Las enfermedades "de la gente" pueden responder a una etiología dispar. Resultan frecuentes los comentarios relativos a "resfríos" ocasionados por un cambio brusco en la temperatura corporal. La enfermedad, en este caso se debe

18 En La Paz y El Alto, como vimos, conviven diferentes modos de atención terapéutica. Los servicios médicos, los sindicatos de "maestros", la medicina "naturista" de los *kallwayas* y las ofertas "milagrosas" de los charlatanes que con cierta frecuencia montan su espectáculo en la Plaza San Francisco en busca de clientes para sus productos. El mercado terapéutico urbano cuenta igualmente con la atención y el respeto ocasional de las élites paceñas que se debaten habitualmente entre la duda y el desprecio, pero que igualmente no se lo piensan dos veces en busca del preciado "maestro" que le *ch'alle* su negocio cada primero de agosto.

donde reposa el enfermo se le ajusta la ropa colocando el dulce a la cabecera del catresito. Hay que volver a llamar al *ajayu* y santiguar al niño con la señal de la cruz aplicándole sobre la frente sal y tierra que se alzó del lugar donde perdió su *ajayu* como consecuencia del susto²³. Algunos padres emplean el crucifijo de un rosario para llamar al *ajayu* de sus hijos, depositándolo sobre la cabeza del afectado, al tiempo que le santiguan con un poco de sal mezclada con saliva y tierra del lugar²⁴.

Los jóvenes y adultos pueden ser sorprendidos por diferentes personajes que "raspan" el cuerpo de los viajeros solitarios, particularmente por la noche o en lugares poco transitados, capturando su *ajayu*. Es el caso de los "malignos" *saxras*, *ñanqhas*, *antawalla* o del propio *kharisiri*, ese peculiar "sacamantecas" presente en el espacio andino. La terapia recomendada en estas ocasiones tiene que ver con los modelos de reciprocidad que pactan los *jaqi* aymara²⁵. Este tipo de personajes "atacan", agreden a los humanos... se los "comen". El "maestro" conceptualiza su terapia como una labor de "defensa" del doliente y fundamenta su estrategia en términos de reciprocidad culinaria.

Algunas enfermedades tienen como fundamento las tensiones sociales, caso del "reniego". El "renegar" debido a una disputa áspera con algún familiar o vecino produce algo semejante a la jaqueca tratada simplemente con cura de

-
- 23 La sal es responsable de la articulación de las viandas en la comida (Gutiérrez 1988: 294); consolida el éxito civilizatorio y cultural de las artes culinarias frente a los platos "salvajes", inarticulados o sosos. La sal es empleada en el campo ceremonial aymara marcando la separación pertinente entre naturaleza y cultura. Los niños se bautizan con sal para hacerlos cristianos y alejarlos de las garras del *achachila* a quien pertenecen desde su nacimiento (Albó 1992: 89). Los propios cimientos del hogar campesino se bautizan con sal para integrar la nueva casa, con su "nombre", *Kawthumamuni* (cóndor halcón), al dominio comunitario. No es extraño que se emplee sal, como parte integrante del ceremonial preciso para hacer retornar al *ajayu* de la naturaleza donde se asustó, al entorno familiar del afectado.
- 24 Respecto a los animales existe una importante controversia sobre si, al igual que las personas, pueden perder también su "sombra" o no. En Ajllata escuché en cierta ocasión que pueden asustarse, pero que no tiene sentido llamar su *ajayu*; sin embargo, los animales pueden ser también agarrados por la Tierra, es decir quedar *kajjtu*, aunque desconozco si es por la pérdida de una u otra "sombra", como sucede en el caso de las personas.
- 25 El término *jaqi*, "persona", alude a la situación de madurez de los hombres y mujeres aymaras que se adquiere tras el matrimonio, y una vez resuelta la independencia física respecto del hogar paterno. Con la construcción del nuevo hogar, los contrayentes adquieren los derechos y responsabilidades legales que la comunidad otorga y exige a sus miembros.

sueño y la consiguiente reconciliación. "Abuenarse" es un imperativo moral que la comunidad exige a sus miembros ante cualquier eventual conflicto que se haya desatado. Los enfrentamientos y desórdenes familiares o intracomunitarios repercuten en la producción, en la salud y en el habitualmente disciplinado orden cosmológico que dirige la vida campesina. Los ritos de perdón en relación con catástrofes ecológicas (sequía, heladas, granizo) resaltan la urdimbre e interconexión existente entre los patrones morales, la vida social, la salud y el ciclo productivo (Overgaard 1976: 243-250; Ochoa 1975b: 1-9).

Las tensiones sociales pueden canalizarse igualmente mediante prácticas de hechicería o "maldición", como se conoce popularmente. La "maldición" parece más propia de los núcleos urbanos donde las diferencias económicas y sociales se disparan. Así es el parecer del "maestro" Modesto Capcha en relación con los frecuentes casos de "maldición", que él atiende, relacionados con problemas de infidelidad conyugal y reclamaciones económicas fundamentadas en la "envidia". "En campo todos somos pobres pues". El control económico y social resulta mucho más férreo en el dominio rural que en la miscelánea urbana. La transgresión física o moral efectuada en la ciudad como causa originaria de la "maldición" presenta, en el dominio rural, una contraparte "mística" en la que son los seres malignos que habitan las alturas del altiplano los que agreden, roban, engañan y hacen enfermar a las personas, desafiando las normas sociales que rigen la vida comunitaria. En estas situaciones se busca al especialista en la producción del daño: el *layqa*. El *layqa* es el "brujo" aymara (Berg 1985: 109); el especialista en la creación de "daño". Si bien nadie afirma explícitamente ser *layqa*, el rumor y los comentarios sí suelen señalar ciertas actitudes indeseables de algunos "maestros". La mayoría de los "maestros" sabe "devolver" el daño que sufre un paciente a quien lo originó, con la intención de que a él llegue la "maldición" y le haga enfermar gravemente, sin que dicho proceder ocasione la menor censura. Se considera lógico "devolver" el daño a quien lo produjo y que sobre él caigan las penas e infortunios de su proceder. La sintomatología de la maldición radica en la desgana, pérdida de apetito, enfrentamientos constantes en el seno de la familia -"mujer y hombre como perro y gato"- y en la manifestación persistente de "mala suerte" en todas las iniciativas que emprende el afectado. Para sanar de la maldición es preciso devolver la pena, *llaki*, que padece el doliente a su origen; es decir a la persona causante del daño, al "enemigo".

de las lluvias, pobres cosechas, sequía, heladas, granizadas²⁸, y afectan igualmente a las posesiones de las personas, su ganado, el hogar o la salud de las familias. Estas atenciones necesarias que los aymaras sostienen con un medio ecológico "vivo" se fundamentan en la obligación de asistir, alimentar y tener en cuenta en los momentos precisos del año a los seres tutelares (Albó 1992: 93). A su vez, en justa reciprocidad, ellos cuidan de la producción de tierras y ganados alimentando a las personas (Kessel 1992: 46-48; Kessel y Condori 1992: 19). La vida en el altiplano depende de la eficacia del pacto establecido entre unos y otros que construyen sus relaciones dependientes mediante *ayni* culinarios. Si el *ayni* no se renueva de forma periódica, el compromiso queda roto y surgen los reclamos de los lugares de poder, de los seres tutelares "olvidados" y hambrientos. Los lugares "olvidados", que no se tienen en cuenta en los convites ceremoniales, resultan muy peligrosos; su hambre no ha sido saciada convenientemente, lo que justifica que hagan enfermar a cualquiera que se acerque por sus inmediaciones. "Agarra" al desprevenido, devorando su *ajayu*. Por eso algunos "maestros" incluyen en su letanía ceremonial un recuerdo a los lugares "olvidados" o no recordados: "*Amtata, jan amtata*; olvidado, te lo estamos pagando con esta mesita".

Las posibilidades de hacer enfermar al entorno comunitario mediante una aflicción generalizada se produce igualmente mediante acciones inconvenientes en el seno de la comunidad y de la familia, un *qhinchá* (adúltero) trae *mach'a*, hambrunas para la colectividad (comentario personal de Xavier Albó). Por otro lado, conocidas son las consecuencias de los abortos clandestinos. El granizo visita la comunidad de la familia infractora golpeando sus sementeras. Los abortos que se producen deben ser enterrados junto al *achachila* y compensados, por la vida que no van a disfrutar, con los abalorios en miniatura característicos

28 La helada, el granizo y la escarcha son tres hermanos flojos que roban las sementeras ajenas (Ochoa 1975a: 1-2). Cuando aparece la nube de granizo se le trata de amedrentar, en la actualidad con cohetes, si bien antaño se "pagaban" varias ofrendas para proteger el sector comunitario, corrándolo ceremonialmente a los avances del granizo, con amertoridad a su presencia en las inmediaciones del espacio comunitario. Se les recrimina que "pase" y se vaya a las sementeras de las comunidades vecinas; se le ruega "golpee" allí en tierras de los vecinos o que se vaya a otras partes, donde los sembradíos se encuentren más nutridos que en la comunidad.

de su sexo. De no ser así el granizo arrebatará los productos de la comunidad provocando hambrunas feroces. Las reacciones colectivas ante situaciones ecológicas catastróficas incluyen reiteradas ceremonias de perdón efectuadas entre todas las familias que integran la comunidad, habitualmente sobre la cumbre del cerro *achachila* más representativo (Ochoa 1975b). La enfermedad no es un acontecimiento individual ni en su sintomatología, ni en su tratamiento, produciéndose situaciones de aflicción colectiva como la resaltada, que demanda la acción terapéutica coordinada de toda la colectividad.

Las ofrendas "pagadas" a las *ispallas* y guardadas en el troje del hogar campesino, para que no falten los productos agrícolas durante el año, testimonian un pacto ceremonial y un compromiso recíproco que es preciso renovar cada cierto tiempo²⁹. Si los inquilinos se olvidan de la obligación de *ch'allar* periódicamente a la ofrenda de las *ispallas*, conservada en el hogar, ésta procurará saciar su apetito castigando a la familia con alguna dolencia. Los seres tutelares que no han sido alimentados ritualmente por las familias "devoran" a los infractores, produciéndoles enfermedades y diversas desdichas. La enfermedad, derivada del incumplimiento de dicha obligación moral, se resuelve mediante una "agresión" o "ataque" al infractor, quien enferma como consecuencia del mismo.

Para evitar que hombres y mujeres sean objeto del apetito desbocado de los personajes que pueblan el altiplano, y aprovechando la circunstancia de que "ellos saben comer igual que nosotros" (Phaxsi 1988: 12), según comentario habitual de los campesinos aymaras, es preciso alimentarlos de acuerdo a sus preferencias culinarias. Hay que calmar su apetito y renovar los lazos mediante el ofrecimiento de los "platos" preferidos por ellos; hay que preparar mesas, sus comidas predilectas:

Para los que han enfermado son estos platos (las mesas); para estos son un cambio; como podemos hacer cambiar un ropa, podemos hacer cambiar, así es pues esto pa que nos desampare, pa que nos defienda pa

29 Los personajes responsables de la reproducción de animales y plantas son las *illus* e *ispallas* relacionadas con el poder multiplicador que sobre los seres vivos posee el riyo, *illapa* (Albó 1992: 96).

que nos saca nuestros espíritus a nosotros que nos está afectando; para eso es pues esto. "Ahora, aquí tienes plato [se refiere al comensal sagrado implicado en la enfermedad], en tu consensamento, sírvase usted". Entonces, "al Pedro, no tienes que atacármelo"; entonces, "con este puro [alcohol] me recibes"; entonces, ";servite ya!; con alcohol, servite..." La mesa hemos entregado ahorita van a estar quemándose, comiendo ¿no? En ese rato hay que llamar pues al espíritu³⁰. Ahora ahisito tienes que fijarte, recoges con su ropita... ¡cabalito se llega! Recoges la ropa, atrás ya no tienes que mirar, a la casa tienes que llegar con el espíritu, cuerpo humano, para estar sanito siempre.

CARMELO CONDORI; PROV. OMASUYOS.



Las afecciones que producen un desasosiego creciente en el enfermo y sus familiares con implicaciones de gravedad exponencial al paso del tiempo, son aquellas que tienen que ver con los acontecimientos sufridos por las "sombras" de los seres humanos. El extravío de las "sombras", la necesidad de ser reintegradas al enfermo para su curación eficaz, el desconocimiento que presenta el médico convencional sobre esta etiología concreta, junto con la frecuencia y variedad de ocasiones en que se asocian crisis de salud asociadas a las *kimsa ch'iwí* (las tres "sombras"), constituyen aspectos lo suficientemente complejos y relevantes como para justificar un tratamiento preferente y un capítulo, el siguiente, exclusivo en su presentación y análisis formal.

30 La entrega de mesa y el reclamo del espíritu para que "vuelva" son dos técnicas que se combinan habitualmente para mayor garantía de éxito. Los comensales atentos al ágape descuidan la vigilancia del *ajaya* que reclamado por el "maestro" encuentra el camino de vuelta y es reincorporado al paciente.



Compartiendo con las almas, que retornan en Todos Santos. La ropa de la difunta simboliza su presencia. Coroma (Potosí), donde en ese día también se realizan ritos a la indumentaria de los antepasados más antiguos, fundadores del ayllu. [XA]



Compartiendo con las almas, que retornan en Todos Santos. Coroma (Potosí). [XA]

LA TUTELA DE LAS "SOMBRAS"

Saxras se llaman esos "malitos" (malignos), *saxra*, *ñanqha*, diablo, "malito", algunos dicen Satanás. De *saxra* agarran pues los *ajayu*, sus *animas*, su *ispiritu* siempre. Eso nomás es, pero cuando los *saxras* entran los cuerpos, aquí, el corazón, el corazón entra... ¡ya! ¡Todas partes le entra, le entra!

MANUEL COA, La Paz.

Uno de los juegos habituales entre los pastores benjamines del altiplano aymara, en los momentos de tregua frente a las asechanzas del zorro (*qamaqi*, *tivula*) consiste en perseguirse por los cerros y pampas hasta darse alcance, momento en el que el capturador grita al efectuar la presa: "¡*Kajata!*" (¡cogido!).

Los seres tutelares del altiplano aymara, las montañas (*achachilas*), la "Madre Tierra" (*Pachamama*), los malignos personajes de la noche y de las profundidades (*saxras*, *ñanqhas*)¹, los de la "gloria" (rayos y calvarios) y los

1 Si bien los términos *saxra* y *ñanqha* aluden a entidades en principio maléficas, también pueden referirse a diferentes planos de actuación propios de la ambigüedad que encontramos en los seres sobrenaturales andinos. Desde esta perspectiva, seres como la *Pachamama*, los *achachilas*, los santos, "mamitas" y los rayos de la "gloria", en principio benefactores, poseen facetas de actuación "maligna" (*saxra*) que resultan letales para las personas y son causantes de diversas enfermedades (Pablo Regalsky, comunicación personal). De igual forma, personajes como los "tios" o el *anchawachu*, de características dafinas, resultan sin embargo tremendamente generosos con los seres humanos si nos atenemos a las reglas de cortesía que nos demandan. Este criterio "caprichoso" de los diversos seres tutelares que pueblan el altiplano, les aproxima en gran medida al talante de los propios seres humanos a los que protegen.

antiguos (*chullpas*), juegan a semejante práctica con los seres humanos, los "agarran" desde adentro, sorprendiéndoles en los caminos durante los acostumbrados viajes a pie por quebradas y collados, puede ser en las propias chacras de cultivo o en las inmediaciones del hogar; les "agarran" y se los llevan consigo. Sin embargo estos seres que adoptan figuras diferenciadas, bien sea como "aire", o bien bajo la forma de animales silvestres o meteoros, agarran una parte sustancial, representativa del ser humano, se llevan su *ch'iwí*, su "sombra" o, al menos, una de las tres "sombras" (*kimsa ch'iwí*) que forman parte de las personas.

Tales "sombras" comparten el común denominador de poder ser identificadas, no sin cierta ambigüedad, como "almas", aunque este último término, prestado del castellano desde antiguo, tanto en quechua como en aymara es más utilizado para referirse a los difuntos, que siguen interactuando con los vivientes (Albó 1997: 337-338; Fernández, en prensa).

Una de las consecuencias inmediatas que se derivan de la pérdida de la "sombra" es un malestar progresivo que puede implicar un estado de convalecencia grave para el afectado. Es preciso acudir a la mayor brevedad posible a un maestro ceremonial, un "sabio" o *yatiri* con la intención de restituir la "sombra" extraviada cuanto antes. El tiempo que el afectado demore en el rescate de su "sombra" influirá en el empeoramiento paulatino de su situación general.

Este tipo de proceso patológico relacionado con la pérdida de una de las "sombras" es achacado a una serie innumerable de problemas de salud en el altiplano aymara. La trascendencia de este suceso tiene una dimensión patológica reseñable en el peligro que implica esa situación y la relativa frecuencia de su incidencia. Las afecciones relacionadas con el cuerpo, accidentes, torceduras, hemorragias, dolores y fiebres, no son consideradas propiamente "enfermedades" y, en cualquier caso, de "segundo orden". Las enfermedades que implican una amenaza real y una pronta preocupación por el estado general del enfermo tienen que ver con los acontecimientos sufridos por las "sombras" en relación con el talante de la extraviada, en su caso, así como del personaje que la retiene contra su voluntad con la intención de devorarla. Ni que decir tiene que este tipo de argumentación etiológica no encuentra eco en los escasos servicios

sanitarios formales existentes en el altiplano, por lo que el médico convencional es considerado incompetente en el tratamiento de estas afecciones².

La consecuencia más importante que la pérdida de una de las "sombras" deriva en el afectado es una enfermedad denominada *katja* o *katjata*, expresión que alude al fenómeno sufrido por el doliente, quien ha sido "agarrado" sufriendo como consecuencia la sustracción de su "sombra". La denominación completa de la dolencia identifica al agente productor de la enfermedad y guarda relación con la etiología específica que presenta: *Pachamaman katjata*, agarrado de la tierra; *rayun katjata*, agarrado del rayo; *tiyun katjata*, agarrado por el "tío" (el diablo)...., etc.

Una de las tres "sombras" del doliente se encuentra en poder de dichos personajes cuyas intenciones declaradas son retenerla el tiempo preciso para devorarla, e infringir de esta forma, una severa afección en el enfermo que puede culminar con su muerte.

Cada una de estas tres "sombras" recibe una denominación específica: la primera y más importante es conocida como *ajayu*, término antiguo recogido por Bertonio ([1612] 1984, II: 108) que lo define como la "sombra" de todas las cosas. El *ajayu* es la sombra principal, su pérdida implica la muerte irreparable del doliente. Las otras "sombras" reciben denominaciones prestadas del castellano: la segunda "sombra" es el "ánimo" o *animu*, de carácter secundario frente a la primera. Su pérdida puede ser corregida, puesto que existe un plazo de tiempo pertinente en que el *animu* se presta a ser restituido al doliente para su cura eficaz; sin embargo si no se toman las medidas oportunas, a tiempo, la pérdida del *animu* puede provocar una grave dolencia en el paciente, al demorar su atención, circunstancia que facilita el que el *animu* se encuentre lejos y que haya sido devorado en un porcentaje que hace inviable su retorno. La tercera de

2 Existen diversos niveles de exclusión y complementación entre médicos formales, especialistas rituales y pacientes. Aparentemente se respira cierto aroma de ambigüedad y cierta sospecha entre los diferentes especialistas en la salud. Ya hay proyectos en marcha que pretenden integrar ambas perspectivas, tal es el caso de la sociedad *СОВОМЕТЪА* (Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional) en La Paz o las postas organizadas por *CUNDA* en Cochabamba (Alba et al. 1993).

las "sombras" recibe la denominación de "coraje" (*kuraji*) y su pérdida resulta tan sólo un episodio sin importancia, puesto que tiende a reincorporarse sin mayores problemas a la disciplina corporativa de las "sombras"³.

Los *kimsa ch'wi*, presentan una caracterización morfológica peculiar: constituyen "dobles" de la persona a la que pertenecen. Su conformación se puede apreciar en las tenues variaciones de luz que se observan en la sombra de los seres humanos⁴.

Estas "sombras" arrebatadas constituyen la principal amenaza a la salud en el altiplano aymara. Los problemas derivados del cuerpo y el dominio de acción de los médicos es considerado de "segunda clase", prácticamente veniales, sin la consideración social de amenaza y peligro que las enfermedades relacionadas con las "sombras" poseen.

3 La etnografía andina no aporta grandes cosas en relación con los perfiles iconográficos de la pluralidad de entidades amícticas que integran el alma humana y su carácter, por lo que respecta a esta variedad de "almas" que en su variable de "sombras" constituyen la persona. No ocurre así entre los indígenas mesoamericanos, particularmente los de origen maya, cuyo interés por el alma y los acontecimientos que suceden a las diferentes almas de la persona ha sido recogido en diversos estudios y monografías que acuciosamente describen, incluso en términos iconográficos, el perfil de dichas entidades (Pitarch 1996a). Respecto a las sociedades andinas encontramos escasas alusiones. Algunas referencias de Polia (1989:197) en el norte peruano sobre la "sombra", aspecto ya recogido por el antiguo vocabulario de Berthonio ([1612] 1984, II:108). Berg (1985:13) y Carter y Mariani (1982:348) realizan algunas disquisiciones sobre los *ajayu* aymaras, pero de carácter muy general. A pesar de las informaciones constantes sobre la creencia de la pérdida del alma como enfermedad en cualquier monografía de estudios andinos, poco conocemos sobre esas almas que se "pierden". Por otra parte, la denominación de estas "almas" o "sombras" resulta bastante vaga y poco explícita. Las denominaciones son coincidentes respecto al *ajayu*, *awima*, *kuraji* o a *Espíritu*, en lugar del *kuraji*; pero las delimitaciones entre una y otra entidad no suelen aparecer demasiado claras. De hecho la relación entre *kuraji* y *awima* suele invertirse en diferentes referencias. Así como el *ajayu* parece concitar, habitualmente, la mayor relevancia de las "sombras", el resto, tanto el "ánimo" como el "coraje" o el "espíritu", invierten sus posiciones de referencia.

4 Hay que tener en cuenta la importancia de las seriaciones de luz en relación con las *almas* o degradaciones cromáticas de luz en los textiles y su injerencia en las representaciones orgánicas de los tejidos (Cereceda 1987:184), así como en ciertos procedimientos curativos *ch'ipayus* (Bouyssi Cassagne et al. 1987: 209). El matiz degradado, la transición de luz y color posee una característica de mediación entre lo sagrado y lo profano, lo dañino y lo saludable, potenciando la articulación de los diferentes elementos que integran un conjunto como sucede en el tejido, en las mesas rituales, o en las "sombras" humanas.

Las prácticas terapéuticas orientadas a la recuperación de las almas o "sombras" incluyen, por una parte, una llamada de retorno hacia el paciente que la perdió, circunstancia que se produce en el "susto", o bien, la elaboración de un plato de comida, tan suculento para el personaje que retiene a la "sombra" con la intención de devorarla, que le merezca la pena ceder su celosa tutela⁵, a cambio de tamaño manjar.

Jacinto es un joven del altiplano de Jesús de Machaca (provincia Ingavi). Su mujer trabaja como auxiliar sanitario. Ambos participaron en el traslado de una mujer parturienta a la ciudad de La Paz. El caso era particularmente desesperado puesto que en su vientre ya no se registraba latido fetal alguno; la criatura había muerto y la situación de la madre empeoraba por momentos. Aquel viaje por el altiplano de Machaca y Guaqui hacia la ciudad fue particularmente accidentado, atropellaron un perro negro en el camino por las prisas en llegar y finalmente todo fue en vano, puesto que la mujer falleció poco después de ingresada en una institución hospitalaria de la ciudad. Jacinto quedó impresionado del suceso. A las pocas semanas un sarpullido persistente erupcionó por todo su cuerpo produciéndole un malestar generalizado, pérdida de apetito y fiebre. El médico de la posta, un facultativo de La Paz, escasamente integrado en las costumbres indígenas, diagnosticó una varicela y no se ocupó más del asunto. Sin embargo Marta, la mujer de Jacinto, no se conformó con dicho diagnóstico y tratamiento convencionales. En la mañana, antes de incorporarse al trabajo, se acercó a ver a su tío Macario, conocido *yatiri* de la región. La lectura de hojas de coca estableció un diagnóstico sustancialmente diferente al del médico convencional. Jacinto se había asustado; era preciso llamar de vuelta a la "sombra" que había perdido en el viaje a La Paz. Por otra parte, a resueltas de la estancia de Jacinto en la institución hospitalaria, el *yatiri* Macario consideraba que había sido atacado por el *kharisiri*, circunstancia que explicaba su malestar, cansancio y debilidad generalizados. Esa misma noche acudimos a la posta sanitaria para

5 El sentido tutelar de las "sombras" está reforzado en la consideración que hacen algunos *yatiris* al incluir al "ángel de la guarda" como una más de las "sombras" de los *juqi* aymara. Por otra parte, el ruego que se efectúa entre los "maestros" rituales aymaras cuando se pretende recuperar una de las sombras es que sean "desamparadas", que se las libere de la protección y celo con que se encuentran sujetas por parte de los seres que, reteniéndolas de esta forma inapropiada, ocasionan la enfermedad de su propietario.

llamar el *animu* de Jacinto, aprovechando que el equipo médico "convencional" se encontraba en La Paz.

Macario tras una nueva lectura completa de coca, elaboró una ofrenda compleja, destinada a diferentes seres tutelares del altiplano, especialmente a todos aquellos relacionados con los caminos: *achachilas* (cerros de la Cordillera Real y otros de carácter local), *Pachamama*, *ch'uwa achachilas* (manantes de agua), *chullpa awichas* y *wara waras* (estrellas). La elaboración de la ofrenda exige considerar a todos los comensales pertinentes, realizando un círculo en sentido contrario a las agujas del reloj y considerando una vuelta completa al horizonte. Esta vuelta comienza por el Este, el cerro Illimani, y culmina con los cerros principales del Occidente a partir del cerro Sajama. El círculo tiene que ser trazado correctamente y debe ser hermético, "cerrado", para resultar eficaz. Ningún comensal que no haya sido expresamente invitado puede presentarse al agasajo que Macario efectúa al elaborar la ofrenda.

Este movimiento de "clausura" es corriente en el dominio ritual aymara. El conjunto ceremonial de invitados constituye un círculo cerrado, como debe serlo el horizonte ante las amenazas del granizo que pretende romper la salvaguarda ritual efectuada por la comunidad, como debe serlo el propio dominio comunitario y el cuerpo humano a inspiración del ejemplo perdurable de la piedra (Fernández 1995a: 280). El cuerpo humano ha de permanecer inviolado, cerrado y protegido; así es diseñado con los ingredientes de la mesa que conforman un objeto clausurado, como corresponde a la disposición de los convidados al banquete ritual de la ofrenda⁶.

Una vez elaborada la ofrenda, Macario se la entrega al adormilado Jacinto para que la retenga contra su pecho. A la medianoche se dispone a "llamar su animu". Para ello solicita de Jacinto alguna de sus ropas, concretamente el *lluch'u*, característico gorro de orejeras del altiplano. Dentro del *lluch'u*, Macario introduce un pan de San Nicolás⁷ y unos claveles blancos. Sobre la

6 En relación con las mesas rituales, su configuración y características ver Giesek (1988), Fernández (1995a, 1997b); Rösing (1990; 1991; 1992; 1993; 1995a; 1995b); Bastien (1996).

7 Pequeño objeto parecido a una galleta que posee una imagen estrellada sobre su superficie en bajo relieve y que suele formar parte de las ofrendas complejas.

superficie del gorro, una campana y un espejo. Con todo el conjunto sale a exterior de la posta. Es noche cerrada, hacemos lo imposible por no atraer la atención de los perros, cuyo ladrido nocturno es considerado pésimo augurio. Deposita todo el conjunto sobre el suelo. Tras efectuar una *ch'alla* (libación) de alcohol para los *achachilas* y la *Pachamama*, otra de vino para las *wara wara* (estrellas), otra de alcohol rebajado con agua para los *ch'uwa achachilas* y otra postrera de alcohol para las *chullpa awichas*, hace sonar la campana reclamando el retorno del *animu*. "*Jacinto, Jacinto, Jacinton animupa, jutam, jutam, jutamay*" (Jacinto, Jacinto, ánimo de Jacinto, regresa, regresa, regresa nomás). Deposita la campana sobre el resto de objetos que ha colocado sobre un saco blancuzco en el suelo. El clavel y el Pan de San Nicolás dentro del *lluch'u* y sobre el gorro de orejeras, el espejo y la campana.

Nos retiramos un buen trecho en silencio. Macario de rato en rato se acerca para inspeccionar el conjunto. El silencio nocturno ha acompañado favorablemente nuestra operación. De repente recoge todos los abalorios y entra en la habitación de la posta donde se encuentra Jacinto. Despierta al soñoliento enfermo y tocando la campana sobre su cabeza le coloca el *lluch'u* repitiendo su nombre "¡Jacinto, Jacinto!". Con el nombre de Jacinto le ata un trozo de *kayta* hilo trenzado de lana de oveja, sobre el cuello. Le muestra el pequeño espejo obligando a Jacinto a que se vea y reclamando al *animu* que se reconozca. Finalmente, prepara una infusión, un mate, al que acompaña el pan de San Nicolás pulverizado y las flores de clavel. Jacinto bebe por completo el preparado hasta que no queda nada, sólo entonces puede reposar su cabeza de nuevo en el catre. Pocos minutos después, Macario le ofrece para que tome una pócima específica que su mujer ha preparado contra el mal del *kharisiri*, eso sí, con absoluta discreción; es decir, sin que Jacinto sepa cual ha sido la causa de su enfermedad. Si descubriera que ha sido atacado por el *kharisiri* empeoraría hasta fallecer. Con las últimas recomendaciones a la mujer de Jacinto, insistiendo encarecidamente que no coma ningún alimento "fresco", especialmente carne, nos retiramos de la posta, bien entrada la madrugada con un frío gélido que nos sacude los huesos. En camino de regreso a la casa de Macario resulta tortuoso por la oscuridad cerrada de la noche; al fondo los ladridos de los perros de las estancias vecinas e aproximación inquietante y recortándose contra las luces de nuestra linterna sombras amenazantes que Macario no duda en relacionar con el propio *kharisiri*.

La estrategia de restitución del alma o "sombra" perdida en el caso de Jacinto implica dos operaciones complejas de gran relevancia sensitiva. Por un lado la conformación de un banquete ritual con los ingredientes de la ofrenda, que ponen a prueba el atractivo culinario de los comensales implicados en la restitución de la "sombra", quienes deben renunciar a la tutela impropia que están ejerciendo sobre ella, y "desampararla", para que pueda reincorporarse de nuevo al enfermo. Por otro lado, un conjunto de estrategias que pretenden, igualmente de una forma sensitiva encaminar el retorno de la "sombra" sobre el paciente. Para ello, la "sombra" debe reconocerse a sí misma e identificar a su propietario. Debe avivar su oído y acudir a los llamados efectuados de viva voz y mediante los toques de campana para alcanzar el lugar donde el *yatiri* le convoca. Debe mirarse y reconocerse en el espejo, disfrutar de la fragancia de los claveles, degustar el sabor del pan de San Nicolás y familiarizarse con el tacto de la ropa de su propietario⁸. Posteriormente tiene que reconocerse a sí mismo en el doliente. Para ello el "maestro" le coloca el *lluch'u* sobre la cabeza, le obliga a mirarse en el pequeño espejo; le amarra un hilo trenzado sobre el cuello con su nombre; le hace ingerir las flores y el pan de San Nicolás. Es decir, todos los sentidos (olfato, gusto, tacto, oído y vista) son consultados para confirmar la afinidad existente entre la "sombra" perdida y su dueño. El valor sensible de la "sombra" y su corporeidad es definida empleando la referencia del único modelo que se ajusta como un guante a sus propias características; su "doble", es decir, el propio enfermo.

5.1. ¿Sombras trinitarias?⁹

Así hablamos nosotros de *espíritu*, de *ajayu*... ¡más primero es de *ajayu*, de *ánima*, también de *kuraji*. Como decimos ahora este... estamos

8 El *ch'amakau*, en sus sesiones nocturnas y a oscuras (*ch'amaka*), puede llamar al *anima* de las personas ausentes a través de su ropa, como si fueran sus "pelos", es decir, algo orgánico que sirve para convocar a la "sombra".

9 Esta interpretación de las "sombras" amparada en el reflejo de la Trinidad católica, que encontré en las pampas de Machaqa y en la zona lacustre de Ajllata, debe ser evaluada con cuidado. No se puede en ningún caso generalizar de forma indiscriminada ni aplicar este parecer a todo el heterogéneo dominio *aymara*, si bien constituye un ejemplo más de los diferentes modelos de conjunción y síntesis de las prédicas católicas con los referentes culturales nativos.

rezando de Dios... *Dios Awki* (Dios Padre), *Dios Yuqa* (Dios Hijo), *Dios Espíritu Santo*, igual no más es tres. Igual que Dios tres también, una persona solo. Igual nosotros tenemos tres.

SEBASTIÁN TICONA, Jesús de Machaqa.

La diferente jerarquización respecto a las "almas" encuentra su fundamento a imagen y semejanza del Dios católico, según la interpretación de Sebastián. Al igual que Dios, que es "pura alma", es uno sólo, pero son tres personas diferentes, los *jaqi*, las "personas" aymara, poseen, como él, tres entidades diferentes, tres "sombras" que constituyen una sola unidad personal¹⁰. Entre las personas de Dios y las almas o "sombras" humanas existe una correspondencia explícita. La "sombra" principal, el *ajayu*, está vinculada con el Padre; es de color negro intenso que podemos apreciar en el espectro luminoso interno de la sombra. La segunda, el *animu*, relacionada con el Hijo, posee un color menos opaco que el *ajayu* sobre el cual se superpone ocupando un espacio más exterior. La tercera es el *kuraji* ligada al Espíritu Santo, ocupa la posición más externa de la sombra humana, en esa triple capa apreciable por sutiles destellos luminosos. En el caso del *kuraji* añade a su localización más superficial y exterior, un tono claro y una tendencia habitual al extravío, con motivo de cualquier acontecimiento inesperado, especialmente entre los niños y niñas pequeños que se "asustan"¹¹.

La perspectiva de la Trinidad, en la cual el viejito aymara de Machaqa engasta la naturaleza trina de los seres humanos a imagen y semejanza de su Dios, establece ciertos elementos de tutela sobre el amparo de las tres "sombras". El *ajayu*, la principal, identificada con el Padre; el *animu*, a su vez, con el Hijo y el *kuraji* (también conocida como *ispiritu*) con el Espíritu Santo. La tutela del

10 La Trinidad en el mundo andino presenta formas peculiares a través del arte colonial; tres personajes idénticos vestidos de forma diferente o un rostro triple con facciones afines, perteneciendo a la misma persona, aparecen en diferentes registros pictóricos coloniales de inspiración europea (Gisbert 1980: 88-90). En algunos casos con referencia incluso al Cristo del Gran Poder, de especial relevancia entre los aymara urbanos y "residentes" paceños (Albo y Preiswerk 1986: 10).

11 Cuenta la familia Vargas de la comunidad de Qurpa (Jesús de Machaqa) que los niños pequeños cuando se han "asustado" se palpan el rostro y se cuentan los dedos, en clara alusión a que algo han "perdido" su "sombra".

Padre sobre el *ajayu*, la del Hijo sobre el *animu* y la del Espíritu Santo sobre el *kuraji* o *ispiritu* establece una eficaz articulación de la cual depende la integridad y salud del individuo. La autoridad y prestancia del *ajayu* frente al *animu* y *kuraji* equivale a la que representa el Padre, frente al Hijo y al Espíritu Santo. Los elementos de la Santísima Trinidad y los de las "sombras" se encuentran respectivamente integrados en relación a la tutela que ejercen sobre cada uno de ellos en función de su autoridad. La pérdida de los más fuertes, como son el Padre y el *ajayu*, repercute en la inconsistencia física, tutorial y moral del resto.

La enfermedad se prodiga por el ejercicio inapropiado de la tutela sobre las "sombras". En lugar de que las "sombras", en su triple variante escolástica "padre", "hijo", "espíritu santo", e incluso "ángel de la guarda", protejan y velen por la salud de la persona, resulta que son ellas las tuteladas, bajo las formas de *ajayu*, *animu*, *kuraji*, por seres que tienen que ver con otros aspectos de tutela y amparo sobre la vida del altiplano aymara. Los seres implicados en la enfermedad, a quienes el "maestro" ruega encarecidamente que "desamparen" la "sombra" cautiva, pueden ser: los *achachilas*, dueños del ganado, el agua de lluvia y los animales silvestres; la *Pachamama* dueña de la fertilidad y fecundidad de los terrenos; los rayos y "calvarios", responsables de la germinación de la vida, tanto de los ganados (*illa*) como de los cultivos (*ispalla*); los *chullpas*, representantes de otros tiempos, de la época oscura cuyas ciudades aparecen en diferentes localizaciones con "encanto" y los *saxras* y *anchanchus*, dueños de los minerales y el "oro vivo".

La vida del altiplano está regida por la tutela eficaz de estos seres quienes, de forma paradójica, hacen enfermar a sus protegidos "tutelándoles" el alma, con la intención expresa de devorar esa "sombra" retenida contra su voluntad que llora y se lamenta en ausencia de su propietario¹².

Los aymara pertenecen al *achachila* en el momento de nacer, antes de ser bautizados con sal. Es por eso que el ejercicio de la tutela y su autoridad resulta

12 En las sesiones de *ch'awaku* las sombras lloran y se lamentan por la situación de captura y encierro en que se encuentran.

ambigua entre la Trinidad católica y los seres del altiplano. Perteneciendo a los *achachilas*, son amparados por la Trinidad católica.

El "combate" por las "sombras" de los seres humanos se establece entre quienes supuestamente pueden ejercer ese derecho a la tutela: los seres altiplánicos o la Trinidad católica. Corresponde al Padre, el Hijo y el Espíritu Santo e incluso al "Ángel de la Guarda" ejercer la tutela sobre los seres humanos, o, por el contrario, son los cerros, la tierra, los rayos, los antiguos y los poderes de la noche, es decir los detentadores de un poder tradicional vinculados con la existencia altiplánica, a los que incumbe la protección de los *jaqi* aymaras.

La tensión respecto a la problemática que sugiere el control efectivo de las almas humanas, enfermas por parte de los seres del altiplano, queda sentenciada en los procedimientos de cura, en los cuales es preciso arrebatárles las "sombras" capturadas o negociar en términos culinarios ofreciendo una mesa, para restituir las almas extraviadas al enfermo. El poder del Padre en especial, pero también del Hijo y del Espíritu Santo queda confirmado con los procedimientos de rescate de las "sombras": tocando campana, como hace el "tata cura"; rociando y ofreciendo a tomar en infusión un trozo de galleta (pan de San Nicolás) que es blanco y tiene forma aparente de hostia; colocando sobre el doliente un crucifijo decorado con numerosas cuentas de collar en colores degradados (*k'isas*) o bien, como es frecuente hacer en diferentes sectores, especialmente con el susto de los niños pequeños, escupiendo sobre la frente de la criatura un poco de saliva con sal y tierra del lugar donde se asustó. Las formas del rescate de las "sombras" recuerdan a los elementos de poder empleados por el tata cura. Las almas de los *jaqi* aymaras ya son "cristianas", el *ajayu*, el *kuraji* y el *animu* adquieren las formas que emanan del Dios católico en su triple personalidad, como Padre, Hijo y Espíritu Santo.

5.2. La enfermedad en la historia

Las narraciones relativas al proceso de creación y recreación del mundo en las sociedades y poblaciones de los Andes adquieren diferentes formas y versiones, implicando los acontecimientos que nos interesa evaluar respecto a las "sombras".

En Pindilig, una localidad serrana de los Andes ecuatorianos, Carmen Muñoz-Bernand (1986) presenta una concisa documentación etnográfica sobre Padre, Hijo y Espíritu Santo, que refleja una particular reinterpretación de las edades del mundo inspiradas en la visión apocalíptica de Joaquín de Fiore.

El mundo creado por Dios pasó por tres edades o siglos, la edad del Padre (Dios-Padre), la edad del Hijo (Dios-Hijo) y la edad del Espíritu Santo (Dios-Espíritu Santo). La edad o siglo de Dios Padre se caracteriza por el hecho de una naturaleza antropomorfizada; las plantas, los animales y las piedras saben hablar, las piedras caminan, la leña sangra. Es una época de enorme vitalidad natural. El siglo de Dios-Hijo se caracteriza por la quietud y el silencio, es el siglo de Adán y Eva.

Quando llegó el Dios-Hijo, el mundo quedó sumido en un profundo silencio; las piedras se inmortalizaron y quedaron ahí donde están ahora, los animales callaron... Ya no hubo nada cuando nació tayta Dios-Hijo, quedó muerto todo.

BERNAND 1986:13.

Esos tiempos, fueron de los antiguos. El tercer siglo es el de Dios-Espíritu Santo, el de los renacientes. Los antiguos eran morochos; "ahora ya se acabó, ya estamos podridos, ya estamos acabando."

BERNAND 1986:13.

Si el *ajayu* de los seres humanos aparece relacionado con el Padre y este a su vez representa la "primera creación", el *ajayu*, el alma principal de los *jagü* aymara, pertenece a ese entorno vitalista de la primera creación, caracterizado por una naturaleza viva, representante del tiempo antiguo en el que las piedras, los animales y la naturaleza hablan. Es el momento de expresión de los gentiles, antes de que con la llegada de Dios-Hijo y la evangelización correspondiente al *animu*, la vitalidad merme, las piedras se inmovilicen y callen definitivamente. Ese entorno natural, culturalmente domesticado tras la llegada del Dios-Hijo, se convierte en una situación de postración en el ámbito del Espíritu Santo, del *kuraji* o *ispíritu*, es decir, del dominio contemporáneo.

La enfermedad, la aflicción y el dolor reflejan el proceso de dominación y conquista de los amerindios en los Andes. Conflicto que es planteado en cada tratamiento terapéutico donde la posesión y tutela de las "sombras" entre en juego. La consecuencia final resulta, en cualquier caso idéntica: el paciente sana si su alma de "cristiano" es devuelta por los personajes poderosos del altiplano, muere si, por el contrario, es retenida por aquellos. Cuando el deseo de poseer ese rasgo de lo antiguo, contenido en el *ajayu* de los seres humanos, triunfa posibilitando una tutela inapropiada por parte de los personajes tradicionales del altiplano, hasta el punto de saciar su deseo de posesión devorando la "sombra" del enfermo y provocando una paradójica contradicción respecto a los acontecimientos y períodos grabados en las "almas" de los humanos, la muerte es la consecuencia irreparable¹³.

El *ajayu*, "sombra" principal, es reflejo del tiempo indómito de los gentiles. Su pérdida equivale al deterioro de la memoria histórica y es mortal. El *animu*, testigo del mundo cultural ya quieto, callado y sumiso bajo la evangelización, es una "sombra" secundaria y su pérdida sólo resulta mortal cuando el afectado no resuelve con prontitud su extravío. La subsistencia de las personas sin el refuerzo del *animu*, la sombra del Dios-Hijo y su testamento moral de la dominación evangélica, resulta mortal entre los insensatos que no se aperciben a tiempo de su ausencia y relevancia articuladora en esa *k'isa* cromática existente entre el negro central del *ajayu* y el tono claro, transparente del *kuraji*.

Finalmente el *kuraji*, sombra más externa y transparente, es el reflejo del mundo contemporáneo, trivial y sin importancia, cuyo extravío habitual a través

13. El deseo de protección, amparo y tutela encuentra en el hecho de la voraz ingestión de la "sombra" humana su más desesperado reflejo. Si el "maestro" demora en hacer regresar a la "sombra", no puede sacar al enfermo puesto que, en primer lugar, la "sombra" se encuentra cada vez más lejos y, en segundo lugar, ha sido devorada, ingerida y digerida. El causante del mal ya ha defecado el alma -"ha hecho baño"- y no hay como restituir esa "saciedad" ni como hacerla regresar. Mientras está en el estómago de su celoso tutor es posible regurgitar el alma, después ya no. En las *ch'amakas* rituales, una de las fases de mayor tensión consiste en hacer vomitar el alma -"sombra"- del paciente por quien la ha ingerido. Es necesario obligarle a regurgitar, puesto que no se complace en hacerlo voluntariamente. Los *sarwa* y "malignos" suelen ser los que se encuentran en esta tesitura, con más frecuencia, al ser acusados por los *apóllas* del *ch'amakani*.

del "susto" puede reintegrarse sin complicaciones. El reflejo más novedoso de la "sombra", como corresponde al testimonio del último período en el cual palpita la mezcolanza y la marginación política y social de los grupos amerindios en los Andes, son los "caballeros" y los "gringos"; ellos son los últimos en llegar al mundo; ellos son los representantes del *kuraji* y del Espíritu Santo y, en cualquier caso, los más consentidos de la creación. Ahora es su tiempo, su hora, "...ya estamos acabando".

Las "sombras" humanas conservan el testimonio documental del pasado y el presente en los Andes. La "sombra" más antigua, el *ajayu*, es la más apetecida por los seres tutelares aymaras, los detentadores del poder ceremonial y de las costumbres ancestrales del pasado, aunque su posesión signifique la muerte del paciente. Devorar el *ajayu*, nutrirse de aquella época indómita, antigua y "pagana", exige el pago máspreciado: la vida humana.

Los aymaras integran en su condición de "persona" el pasado y el presente articulados merced a los tenues destellos degradados de las *k'isas* que conforman la urdimbre de sus "sombras". Tan sólo el pasado es viable a su mirada; el futuro permanece inexorablemente oculto, a sus espaldas, y sólo a través de las técnicas predictivas y los augurios pueden obtenerse informaciones sobre su verdadera entidad y talante.

5.3. La lucha por las "sombras"

Los seres tutelares aymaras que más frecuentemente se relacionan con la ingestión del alma o de las "sombras", son los *savras* y *ñanqhas*, los "malignos" relacionados con Satanás. La visión satanizada de las creencias populares andinas, desde los procesos de extirpación de idolatrías de los siglos XVI y XVII, y sus manifestaciones de religiosidad popular, alcanzan en estos "depredadores" de "sombras", su máxima expresión. No es raro que estos seres tachados de demoníacos y cuya esfera simbólica se relaciona con la oscuridad y las profundidades, sean los más seducidos por la tutela de las "sombras" conquistadas por la Trinidad católica. El recuerdo en el *ajayu* del "siglo de Dios-Padre" relacionado con los antiguos y sus poderes así parece reclamarlo.

Existe otro personaje, que ya he mencionado anteriormente, al que también caracteriza el amparo de la oscuridad como es el *ch'amakani*, conocido también como *ch'iwini* (el dueño de la "sombra") de especial competencia en el tratamiento de las enfermedades originadas por el celo y amparo inapropiados de las "sombras"¹⁴. La posesión de la autoridad ceremonial del *ch'amakani* desde lo oscuro, desde la "sombra" le capacita como interlocutor excepcional en la mediación pertinente con los diferentes tutores de "sombras", los de la gloria y los de la tierra; los santos, los *achachilas* y los demonios. El *ch'iwini*, recibe su poder de los seres altioplánicos, sin embargo, los santos (San Jerónimo, San Felipe, San España), que en realidad son más rayos que santos, puesto que aparecen "relampagueando", le asesoran en sus diagnósticos y, finalmente, los *saxras* son sensibles a sus convites ceremoniales y públicas reprimendas. Los implicados hablan con él en las sombras, diagnostican en las sombras, dialogan con los dolientes en las sombras, tomando las determinaciones oportunas a que el caso dé lugar, en las sombras. Sólo a través de los sueños y la oscuridad, es como el poder del "dueño de la sombra" puede ejercer su labor mediadora articulando la relación entre un plano de tutoría, como el que corresponde a los seres altioplánicos y su relevancia en la vida, y la tutoría moral de las almas ("sombras") que corresponde a la Trinidad. Tal vez por eso, el *ch'iwini*, "el dueño de la sombra", detenta el poder ceremonial y el privilegio de curar hablando, desde la "sombra" con los "comedores de hombres" reordenando el principio de autoridad ligado con los poderes del Dios cristiano, frente a las aspiraciones de un pasado remoto y "mortal" que ambicionan los seres que pueblan el altiplano aymara.

* * *

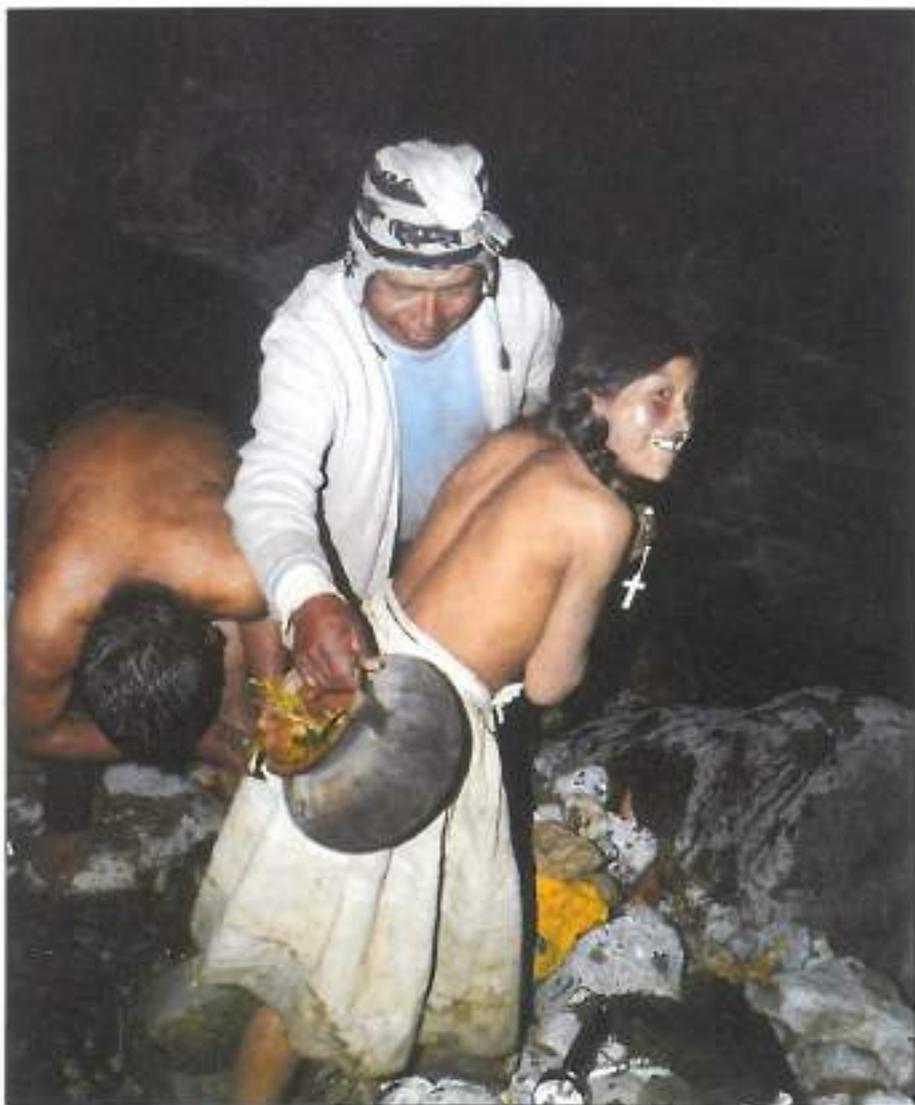
14 *Ch'iwini*, "sombra", "aublado". *Ch'iwini*, "el (o la) dueño de las sombras". Se da esta denominación al *ch'amakani*, no sólo por su capacidad de llamar a esas "tres sombras" (como puede hacer cualquier otro *yachari*) sino también porque posee un poder más general sobre la oscuridad, y con ello, para convocar también a otras divinidades y al espíritu de otras personas, vivas o finadas, en la oscuridad. En este sentido, el ser *ch'iwini*, o *ch'amakani* significa tener un poder (*munañani*) de mediación con diversos seres no directamente visibles y con los dioses tutelares andinos (comunicación personal de Esteban Ticona).

Los modelos de interpretación simbólica deben ajustarse de forma concienzuda a una base etnográfica suficientemente amplia y relevante (Urbano 1993). Las apreciaciones sobre las "sombras" y sus diferentes tipos resulta tremendamente amplia en el dominio aymara, heterogénea y poco clara en su definición. Esta interpretación sobre la Trinidad y las sombras humanas muestra tan sólo una variable más de aproximación a este problema donde los aymaras radican buena parte de sus enfermedades, por lo que me parece muy oportuno tenerlo en cuenta. Por otra parte no resultan nada extraño las formas de síntesis y reinterpretación entre elementos de la tradición católica junto a componentes de la tradición andina aymara. Recordemos la asimilación tan frecuente entre *Pachamama* y *Wirjina* (Rasnake 1989: 209; Firestone 1988), la "glorias", los santos y los rayos, o los "calvarios" como lugares sagrados donde el rayo ha caído, frente al signo de la cruz católica (Gisbert 1994: 299-310; Kuon y Flores 1994: 241). Toda esta sucesión de reinterpretaciones ya produjeron serias dudas en Monast (1972) sobre el grado de evangelización asumida por los aymaras contemporáneos.

Este criterio relativo a las "sombras" y su incidencia en la salud no debe despistarnos ni acentuar el carácter "exótico" de las enfermedades aymaras. De igual forma en el mundo occidental nuestras "sombras" se pierden con relativa frecuencia. El auge de las enfermedades consideradas de origen psicosomático, el estrés, la depresión, la anorexia o la bulimia muestran diferentes caras de "sombras" que afectan la salud en función de los caracteres peculiares que adoptan en cada cultura.



Bebé enfermo en manos de la medicina convencional en un hospital. [FS]



Muchacha enferma en manos de la medicina andina: "limpia" nocturna en un río de Charazani [IR 1987: 147]

CUERPOS ABIERTOS Y CERRADOS

El problema originado por la enfermedad en el altiplano contiene diferentes planos de actuación y relevancia. Hemos tenido en cuenta la consideración de las "sombras" y su incidencia en la enfermedad; veamos ahora ciertas prerrogativas sobre el cuerpo humano, la manera de estar configurado, la alimentación y la forma como las comunidades aymaras trenzan su cuerpo biológico y social enfrentando cualquier tipo de conflictos y dolencias. Estas recomendaciones no son nuevas en los Andes. Permítanme la licencia de aludir a un planteamiento etnohistórico de otras tierras andinas y otras gentes al poco tiempo de la llegada de los españoles a los Andes, para continuar luego con las consideraciones actuales de las comunidades aymaras en torno a sus cuerpos y su salud.

A finales del siglo XVI, en la región de Huamanga, corren rumores del retorno de las *wak'as* andinas. El turno del Dios cristiano ha concluido y de nuevo reclaman el poder arrebatado por aquel, los seres sagrados de los Andes. Amenazan con enfermedades a todos aquellos que no renuncien a los hábitos culturales de los castellanos; especialmente los atuendos, las comidas y los rituales impuestos por el Dios cristiano. La amenaza de enfermedad se concreta en los usos inadecuados de la comida, la estética y el dominio ceremonial. Las informaciones recogidas por Albornoz ([1577] 1990) muestran, de una manera concisa, la diferenciación entre lo hispano y lo indígena y sus repercusiones en el ceremonial y la salud.

...e que si querfan los yndios que no les viniesen enfermedades ni muertes, sino toda salud y aumento de bienes renegasen del cristianismo que avian

resçevido e no se llamasen nombres de cristianos ni comiesen ni se vistiesen cosas de Castilla creyendo que Dios hera poderoso para aver hecho a Castilla e a los españoles e a los mantenimientos que en Castilla se crían, pero que las huacas avían sido poderosas para aver fecho esta tierra y a los yndios e a los mantenimientos y a las cosas que en ella se criavan.

CRISTÓBAL DE ALBORNOZ [1577] 1990: 191.

Ni los alimentos, ni los nombres, ni los atuendos de los castellanos, ni el sacrificio de la misa —"ni entrasen en las yglesias" (Albornoz [1570] 1990: 93)— ni los símbolos cristianos satisfacen convenientemente a las *wak'as* que ya "secas y muertas de hambre porque los indios no les sacrificaban ya ni derramaban chicha" (Cristóbal de Molina [1574] 1989: 130) amenazan a los indios con enfermedades y muerte. Para evitar estos malos presagios, las *wak'as* exigen que los indios reconsideren su postura y adopten los valores "tradicionales" en relación, en primer lugar, con su propia "imagen", adoptando los atuendos y los nombres precisos; en segundo lugar, su cuerpo, comiendo los alimentos pertinentes y vistiendo las ropas que les corresponde; y finalmente, sus propias creencias, realizando los sacrificios que gustan a las *wak'as* y no aquellos otros diferentes que son los que complacen al Dios cristiano.

Los dones alimenticios, la comida, el cuerpo humano y la enfermedad aparecen unidos y relacionados configurando una urdimbre sólida donde, junto a otros valores y elementos estéticos como los vestidos, son resaltados por el cronista en señalar la diferencia existente entre los modelos éticos y estéticos hispanos y los propiamente indígenas.

La enfermedad y el extremo máximo que le corresponde, la muerte, aparecen como amenazas veladas si la comida, la "moda" y los sacrificios de los indios no son los pertinentes. Observamos una diferenciación marcada entre alimentos, atuendos, nombres y sacrificios propios de indios y categorías semejantes, propias de "no indios", que las *wak'as* no parecen dispuestas a permitir que se entremezclen. El resultado de esa mixtura indiscriminada es la enfermedad y la muerte. Por tanto, la separación de lo "mezclado" parece constituir uno de los fundamentos principales del orden disciplinado que debe imperar en los Andes:

viandas de indios, viandas de cristianos; cuerpos de indios, cuerpos de cristianos; enfermedades de indios, enfermedades de cristianos.

Los planteamientos actuales sobre el dominio de la medicina y su práctica entre indígenas aymaras y doctores occidentales, continúa provocando la indignación no sólo de las *wak'as*, sino de sus propios pacientes del altiplano.

6.1. Comida

La comida es uno de los aspectos particularmente relacionados, según la crónica, con las demandas de las *wak'as*. Por un lado solicitan sus comidas rituales y, al mismo tiempo, exigen que los indígenas coman las viandas que les son propias. La calidad y naturaleza de los alimentos aborígenes andinos junto con las prácticas culinarias ceremoniales, previenen la amenaza de enfermedad que las *wak'as* auguran.

La dieta alimenticia aymara que resulta más frecuente en los alrededores del lago Titicaca se fundamenta en el éxito de diferentes estrategias de conservación de productos. La lucha contra los efectos del paso del tiempo, por lo que a la degradación de las especies alimenticias se refiere, ha propiciado diversas técnicas de "endurecimiento" y "desechado" de viandas que garantizan una conservación temporal importante de dichos productos,

El "combate" contra la putrefacción ha resultado exitoso en el tratamiento de diversos tubérculos, particularmente la papa (*ch'uqi*) y la oca (*apilla*), configurando una serie de productos "secos" que aguantan el almacenaje temporal antes de ser consumidos (*ch'uñu*, *tunta*, *kaya*, *uma kaya*, por sólo citar algunos), la carne de oveja, conservada en forma de *chalwa* o *ch'arki*, e incluso la variedad de tostados, *mut'i* (mote), y *aku* (o *pitu*) de cereales que constituyen una parte importante de la dieta ordinaria rural¹.

1 Sobre las diversas estrategias de elaboración de productos alimenticios merece la pena resaltar el trabajo de Hitch y Mamani (1983: 199-249) en varias comunidades altiplánicas, así como las referencias más genéricas de Mauricio Mamani (1988: 124).

La dieta habitual en las riberas del Titicaca se inicia con un desayuno frugal a base de *pitu* de *q'alsiwara*² que se acompaña habitualmente con una infusión de sultana (preparado con cáscara de café) o hierba luisa. Si existe algo de plata (dinero), se compra algún panecillo (marraquetas) para consumir junto a la infusión.

La preparación del *pitu* de *q'alsiwara* y del desayuno en general corresponde a la mujer que se levanta algo más temprano, secundaria por las hijas mayores. Introducen hojas secas de eucalipto en el *qhiri awichu*, fogón campesino de barro cuarteado, al tiempo que aventan las brasas producidas con la *phusaña*³. Una vez tostado el grano en el *jivk'i*⁴ se muele en el molino o bien se utilizan los batanes tradicionales (*piqaña*; *qhina*). Tras el desayuno, efectuado normalmente a la salida del sol, a partir de las seis, seis y media de la mañana, según el período del ciclo productivo de que se trate, no se acostumbra comer más hasta la *saxra ura*⁵ (9-10 de la mañana) que sirve de descanso y a la vez de puesta a punto para iniciar las actividades propias del día.

La comida de la *saxra ura* consiste en una sopa, frecuentemente de pescado (*wallaqi*), condimentada con ají (*wayk'a*) (Paredes 1986: 173-208). La *saxra ura* se adelanta en períodos de faena o se consume en el lugar de trabajo, en forma de "merienda fría"⁶. La sopa se acompaña frecuentemente con papas cocidas (*qhathi*) o tubérculos secos derivados de la oca (*kaya* y *uma kaya*). El cabeza de familia es servido en primer lugar y tras él los varones, posteriormente las mujeres y los niños pequeños.

-
- 2 Literalmente, "cebada pelada". Es una variedad de cebada de calidad óptima para la elaboración de *pinu*. No presenta una cáscara externa dura, como la cebada común, cerniéndose con facilidad en el cedazo.
 - 3 Cilindro metálico empleado para soplar sobre el ojo del *qhiri* (fogón) y así avivar la combustión interna de su interior.
 - 4 Tastadero. Presenta una disposición oblonga de su panza, a la que se accede por un lateral, para facilitar la remoción de los granos (Paredes Cardia 1986: 73-74).
 - 5 La denominación de *saxra ura* significa literalmente "hora maligna", tal vez por la valoración cultural que se hace del trabajo entre los aymaras y la inclusión de este período de "descanso" que "retrasa" la faena en época de labor.
 - 6 Comida propia de períodos de labor, constituida a base de especes secas y frías (*ch'ina*, *junis unu*), papa cocida y algo de queso con *wayk'a*.

El almuerzo se retrasa hasta el mediodía (*chika uru*) aunque, por imperativos de la faena se puede postergar considerablemente. Si las tierras de labor quedan próximas, el almuerzo se prepara en la casa y normalmente consta de un plato de papas cocidas, tortillas de harina desleída en agua, tal vez algo de queso pasado por la sartén y habas cocidas. Si se ha "carneado" alguna oveja recientemente es posible incluir algún trozo, al igual que el queso, pasada por la sartén⁷. El aderezo consiste en ají encebollado (*jallpha wayk'a*).

En el medio campesino, la comida y la bebida difícilmente se alternan durante el almuerzo. En todo caso, una vez consumidos los alimentos, se alivia la sed con agua. Es importante remarcar esta separación estricta entre sólidos y líquidos, así como el espaciamiento existente entre los alimentos cálidos y líquidos (*saxra ura* frente a los frescos y sólidos del almuerzo). La diferenciación afecta tanto a la calidad de las comidas y su separación en el tiempo, como a la alternancia propia entre comidas y bebidas. La inobservancia de este tipo de espaciamiento culinario es considerada causa frecuente de enfermedad⁸.

En caso de exceso de trabajo en parcelas alejadas del hogar, se prepara una "merienda" a base de papas cocidas, *ch'uñu*, *kaya*, *jawas mut'i*, *tunqu mut'i*, queso (en el mejor de los casos) y un aderezo de ají encebollado servido en un plato colectivo del que cada cual come a su antojo. Las viandas se disponen sobre *inkuñas*⁹ o tejidos de lana para llevar fiambre, según el número de los participantes, y cada cual se sirve a su gusto. La diferenciación propia de la

7 En las inmediaciones del cantón de Ajllata Grande, la oveja es un bien preciado y no demasiado abundante. Su consumo en las celebraciones festivas resulta frecuente, no así en el dominio ordinario. Sin embargo, en el invierno altiplánico los ajllateños acostumbra carnear una oveja que las mujeres hacen *dañu*, ya en forma de *ch'uliso* o *ch'arki* salado, varias semanas (algunas alardean que incluso meses, lo que repercute en su calidad de mujer hacendosa y responsable), lo que permite aportar una pincelada de sabor a las sopas cotidianas. El ganado, particularmente la oveja y el chascho, constituyen los reservorios económicos más importantes del campesinado aymara en época de crisis por la facilidad con que suele trocarse en dinero efectivo (Xavier Albó, comunicación personal).

8 No hay que mezclar los alimentos de carácter "cálido" con los "frescos" ya que, como sabemos, distorsionan el equilibrio térmico del cuerpo ocasionando diversos disturbios y alteraciones corporales (Ortega 1980: 115-139).

9 Tejido rectangular más amplio que el *tari*, que es utilizado para transportar y cargar de las comidas colectivas.

comida rural en el hogar, se trastoca en esta aparente mezcla indiferenciada de viandas y consumidores; si bien, alimentos y bebida continúan mostrando dominios cronológicamente distantes y se evita, igualmente, la mezcla indiscriminada de viandas "cálidas" y "frescas".

Después del "tesito" (*junt'uma*) de media tarde acompañado de *pitu* o pan, según las posibilidades de la familia, hay que esperar hasta la cena (a partir de las 7 de la tarde) para realizar la última comida, si bien tener cena no es una práctica común. Algunas familias tras el té de las cinco no vuelven a comer más hasta el desayuno. Hay que tener en cuenta lo temprano que las familias se acuestan, especialmente si se carece de luz eléctrica. La cena consiste nuevamente en una sopa aliñada con *jallpha wayk'a* que se acompaña con tubérculos secos o papas cocidas.

* * *

Esta breve reseña sobre la comida ordinaria campesina propia del sector aymara de Omasuyos (Departamento de La Paz), resalta la importancia genérica de la diferenciación de alimentos según el carácter que se les atribuye, cálidos o frescos, la separación pertinente entre sólidos y líquidos, comida y bebida, así como la estricta categorización de los comensales y el pertinente orden en el que son atendidos, hombres y ancianos en primer lugar frente a mujeres y niños luego, según recomiendan las maneras de mesa y cortesía aymaras. Por otra parte, la comida rural aymara otorga una importante relevancia a los productos "secos" y "duros", capaces de conservar sus propiedades frente al paso del tiempo, lo que les hace sumamente propicios de cara al almacenaje en la lucha cotidiana por la subsistencia.

La dieta campesina ordinaria es considerada en la actualidad por parte de los ancianos como el principal aval de su longevidad. Se recuerda a los jóvenes que la gente mayor, en ese tiempo indeterminado que se identifica con "los abuelos", vivía muchos años más por la calidad de lo que comía. Este problema relativo a la dieta alimenticia campesina merece algunos puntos de reflexión, en primer lugar por los modelos de cambio dirigido que, al menos en el Lago Titicaca, ha dado lugar a una sobrevaloración de los productos de sémola de

trigo duro (fideos), que ya se han convertido en imprescindibles en el hogar, junto con el azúcar. Estos productos no se pueden conseguir con los sistemas habituales de trueque y pertenecen al proceso de monetarización de la economía aymara, con los problemas que este proceso implica y que obliga a no pocos comuneros a vender su fuerza de trabajo en los mercados paceños como cargador (*q'ipiri* o *aparapita*). Por otro lado, los alimentos de mayor calidad nutritiva son considerados remanentes para conseguir plata en ciertas ocasiones de apuro; es decir, no se invierte en mejora de la salud con el consumo de los alimentos de mayores posibilidades nutricionales. Los huevos, la carne, el pejerrey, los quesos, los animales, se venden en situaciones de apremio, a veces para poder comprar esos productos alimenticios como la sémola y el azúcar, cualificados, pero de importante prestigio en el dominio aymara.

6.2. El cuerpo "biológico"

En abril de 1991 la comunidad de Tuqi Ajllata Alta efectuaba una asamblea general para tratar diversos asuntos relacionados con las obligaciones del trabajo colectivo, en la apertura de un nuevo camino que integrara la comunidad con el núcleo cantonal de Ajllata Grande y de esta forma con la capital provincial, Achacachi; posteriormente se trató la necesidad de establecer las responsabilidades directivas y los equipos de trabajo pertinentes para la construcción de una nueva escuela. Al finalizar la asamblea aproveché unos minutos para alertar sobre la presencia del cólera en la ribera peruana del Titicaca, concretamente en las inmediaciones de Puno, e informar sobre las medidas profilácticas de prevención que las autoridades sanitarias bolivianas recomendaban adoptar especialmente en lo relativo a higiene corporal, consumo de agua y elaboración de suero¹⁰. Las autoridades comunitarias me miraban

10 Una de las conceptualizaciones aymaras sobre la etiología de la enfermedad, frecuente en diversas zonas de los Andes, en términos opuestos de temperatura (cálido/fresco y de niveles de humedad corporal húmedo/seco) considero inapropiado, en el tratamiento de ciertas enfermedades que se manifiestan por la pérdida constante de líquidos (caso concreto del cólera), la reposición permanente de los mismos para evitar la deshidratación. Consideran que para "secar" el cuerpo resulta inevitable dejar de ingerir líquidos (equilibrio de contrarios), circunstancia que, de producirse, tendría como consecuencia más que probable la muerte del paciente.

sorprendidas por mi alarmismo: "No conocemos médico, joven Gerardo; no sabemos enfermar". Resultaba muy complicado achacar a un virus minúsculo la causa de una mortífera enfermedad. Ellos se sentían particularmente protegidos por su carácter de "campesinos", endurecidos por las exigencias del trabajo y la vida altiplánica, así como por los caracteres pertinentes de su dieta ordinaria integrada, como sabemos, por alimentos "secos" especialmente hábiles para su conservación.

El éxito contra la putrefacción que presentan los alimentos ordinarios del altiplano aymara, es trasvasado al propio organismo cuando se trata de evaluar la dureza y resistencia del cuerpo humano ante las amenazas de la enfermedad¹¹. Viandas secas y duraderas, comidas de indios, producen cuerpos igualmente recios y resistentes a la enfermedad, cuerpos de indios. La conseja de las *wak'as* sigue vigente en el altiplano aymara contemporáneo.

Manuel Pillco, comunero de Ajllata, insiste asombrado sobre el carácter longevo de los abuelos en la comunidad:

Sabían vivir más de cien años. Ahora por lo que comemos ya no alcanzamos. Los abuelos vivían cien años. Ahora, por lo que comemos... cuarenta o cincuenta, nomás.

La denuncia inherente sobre la degradación alimentaria en la dieta habitual, conlleva una valoración implícita negativa sobre la propia degradación corporal y de la salud en el altiplano aymara con motivo de la introducción de alimentos "foráneos", particularmente las "pastas", los alimentos de sémola de trigo, imprescindibles ahora para la elaboración de sopas, y el azúcar.

Los alimentos secos y duros forman el cuerpo campesino caracterizado por su fortaleza ante las enfermedades, siempre que permanezca... cerrado, que no

11 Un cuerpo duro y resistente responde a las exigencias lógicas de una alimentación "seca". Severino Vila, "residente" *kullawaya* de la barriada de Alto Lima en la ciudad de El Alto de La Paz, considera que el *có'ña* no es alimento sino "corcho" y que por eso los campesinos altiplánicos tienen "paro pellejo" sobre los huesos. Los valores atribuidos al cuerpo y a su materia constitutiva, que son los alimentos, cambian en función del contexto social al que nos referimos.

sea abierto a la impertinente curiosidad de los cirujanos. El cuerpo ha de permanecer cerrado "como una piedra", en términos de uno de los *ch'amakanis* más prestigiosos del cantón de Ajllata Grande. El cuerpo seco y cerrado, a imagen de la piedra, máximo exponente de dureza y resistencia al paso del tiempo, constituye el reflejo de lo que son los *jaqi* aymaras¹².

La asimilación del cuerpo humano cerrado a imagen y semejanza de la piedra, aproxima la identificación de los aymaras con los cerros, peñas y montañas, lugar de los *achachilas* tutelares del grupo. Los seres humanos y los que protegen los distintos avatares de la vida humana, ejerciendo diferentes niveles de tutela sobre ella, adoptan una semejante naturaleza corpórea, la piedra es su referente orgánico identificativo¹³.

El problema del cólera, insignificante en el altiplano desde la perspectiva aymara rural en razón de la dieta autóctona y sus características de dureza y resistencia extrapolables a sus cuerpos cerrados, era considerado de gravedad extrema en el caso de la ciudad. Si como adelantaban los noticieros radiofónicos aymaras, El Alto o La Paz iban a ser alcanzados por el cólera, la asamblea estaba de acuerdo en aventurar graves problemas de salud y mortandad. En la ciudad, dicen que enferman tanto, por lo que comen. Especialmente los alimentos "ricos", el exceso de grasas que engorda los cuerpos y los hace vulnerables a la enfermedad.

El caso de los criollos y gringos resulta patético. Basta con observar sus tendencias a la comida enlatada, sus precauciones higiénicas y su forma torpe de desenvolverse entre las chacras y laderas, para apreciar su escasa fortaleza adaptativa al entorno así como la debilidad de sus cuerpos.

12 *Jaqi*, "persona". Se aplica a los hombres y mujeres que adquieren la expresión máxima de madurez y responsabilidad en el seno comunitario. A partir del matrimonio y de la "techada" del nuevo hogar de la pareja, los novios adquieren la consideración de "personas", maduras, adultas que deben incorporarse a las responsabilidades colectivas, mediante el desempeño de los cargos correspondientes, beneficiándose de los derechos que la comunidad ofrece a sus miembros.

13 Joseph Bastien (1986: 1996) a lo largo de su dilatada bibliografía muestra para el área *Andes* la pertinencia del modelo de "cuerpo montaña", que no deja de ser "piedra" igualmente, pero con una peculiar forma de intercambio de fluidos. Estos intercambios tienen que producirse en los lugares pertinentes, como si de un circuito cerrado se tratara.

Las gentes de la ciudad, particularmente los blancos y criollos, resultan especialmente vulnerables a la "enfermedad de los doctores" por el carácter endeble de sus cuerpos, configurados con sustancias "ricas", pero perecederas: "Por lo que comen será que enferman tanto", considera Pedro Chura, maestro rural aymara. A los blancos y criollos, conceptualizados despectivamente como *q'aras*, se les achaca una gran indolencia y flojera en el trabajo; una incapacidad física que se demuestra en su caminar cansino, agotamiento rápido, inadaptación al medio rural, rechazo de la comida campesina..., etc., factores que hacen dudar incluso de su propia condición de "personas".

La "mezcla" parece constituir un exponente característico del almuerzo urbano respecto a los usos y costumbres rurales, por cuanto no sólo se consume "el segundo" detrás de la sopa de forma consecutiva, sino que la bebida y la comida se degustan de forma simultánea, siempre que lo permita la economía del comensal. La abundancia de alimentos preparados a base de pastas denominadas genéricamente "fideo", las posibilidades de consumo de arroz y la localización de "dulces" son factores culinarios que identifican a los núcleos urbanos. Resulta igualmente típico de la ciudad el consumo de picante (ají rebajado) en forma de una salsa "suave" —en contraste con la *jallpha wayka* campesina— que se conoce como *llaxwa* y que otorga, desde la perspectiva campesina, cierto cariz "afeminado" a sus comensales¹⁴. En cualquier caso, la comida urbana puede responder a una opción personal individualizada en función del tiempo disponible. En el campo resulta muy extraño que alguien coma sólo de forma apresurada y fuera del horario socialmente establecido.

Este tipo de conflicto culinario que está vinculado a las fórmulas del poder y del prestigio entre *jaqis* y *q'aras* resulta a mi entender muy pertinente en el asunto que nos ocupa. La importancia de la comida como valor vinculante y objeto privilegiado de reciprocidad considerado por los *jaqis* aymaras, especialmente en los acontecimientos públicos no exentos de cierto carácter ceremonial,

14 "Comer sin picante no es comer", me indican Carmelo Condori, al tiempo que recuerda los concursos de ingestión de locotos picantes entre sus compadres y amigos de La Paz como atributo de "hombria" en función de la capacidad de aguante demostrada. El azúcar, y lo dulce en general es considerado más apropiado para mujeres y niños.

contrasta con el aspecto privado y utilitario que los *q'aras* le otorgan, como objeto de uso y consumo inmediato, cuando no como simple mercancía.

Por otro lado, los dones alimenticios son considerados por los aymaras fruto de la reciprocidad mantenida con un medio ecológico que es atendido y alimentado esrupulosamente (Kessel y Condori 1992; Fernández 1995a; 1997a); en este sentido cumplen de forma estricta con las obligaciones establecidas en base al "cariño" y las normas de cortesía consideradas pertinentes y que igualmente esgrimen amenazadoras las *wak'as* de nuestro relato, al solicitar los sacrificios y alimentos rituales que mejor se adaptan a su gusto.

6.3. El cuerpo "social"

El cuerpo humano es considerado una unidad cerrada, dura y resistente; lo que se desprende de él, cabello, uñas, y heces hay que ocultarlo o quemarlo, puesto que puede ser empleado por los *layqas*, especialistas rituales malignos, para hacer "daño" y causar enfermedades en las personas. Si el modelo de cuerpo humano a imitar es la piedra, por el carácter hermético que presenta ante la enfermedad, el cuerpo social y el entorno comunitario adquieren idéntico valor.

Una de las primeras consejas que un extranjero aprende en la convivencia diaria en el altiplano aymara, es a esperar a que los dueños de la casa le inviten a uno a pasar al interior de la estancia, cuando lo estimen oportuno. Las diferentes unidades de parentela donde se levantan las casas, dispersas sobre el espacio comunitario, están "cerradas" a las visitas inesperadas. Pocas cosas exasperan más, como muestra de mala educación y descortesía, que introducirse en casas ajenas sin esperar a ser previamente invitados por sus propietarios. Desde el umbral de la puerta que separa el camino o las chacras de labor del espacio doméstico, es preciso hacer conocer nuestra presencia a los que se encuentra dentro, gritándoles para llamar su atención: "*Utani! ...anumaraki!*", ("¡Dueño de la casa, cuidado con tu perro!"). Si tenemos más confianza con los amos de la casa y no nos escuchan, particularmente de noche, cuando la familia ya está acostada, podemos lanzar alguna piedra desde el exterior sobre el techo de *tutura* (totora) o calamina, para dar a conocer nuestra presencia. En cualquier caso, el espacio doméstico no puede ser violentado sin el permiso expreso de sus dueños.

Las puertas del espacio doméstico aymara en las orillas del lago Titicaca pueden estar abiertas o cerradas cuando no están los inquilinos. En cualquier caso, a pesar de estar abiertas, todos los comuneros saben que no pueden entrar en las casas ajenas cuando los dueños no están; es como si, efectivamente, se encontraran herméticamente cerradas.

La casa campesina se va *pirqiando* (tabicando) de forma que resulte lo más sólida posible. Para ello es preciso tomar ciertas precauciones rituales. Los cimientos de la nueva casa son atendidos de forma especial con sucesivas *ch'allas* de alcohol y coca. El "bautizo" del *Kunturmanani*, el nuevo hogar, se efectúa con sal en las cuatro esquinas de la casa, comenzando por la derecha, en sentido contrario a las agujas del reloj, tal y como recomienda el movimiento de cierre ceremonial característico en las comunidades próximas al lago Titicaca¹⁵. Las paredes de la nueva casa y su techo se bendicen de igual forma con las libaciones correspondientes de alcohol y coca. La casa sin techar resulta un conjunto de excesiva apertura, sumamente peligroso para los que se encargan de la techada, quienes deben afrontar los riesgos con abundante *akhulli* de coca y "trago" de alcohol (Palacios 1982). No en vano la casa y el espacio doméstico se caracterizan por su intimidad y reconocimiento privado, que sólo se consigue en tanto en cuanto se encuentre suficientemente clausurado frente al exterior.

Las casas más antiguas carecen de ventanas, o bien las tienen muy pequeñas. El escape de humos era, junto con la puerta de acceso a la habitación residencial, el principal respiradero de ventilación con que contaban. La casa de entonces era una construcción físicamente cerrada y clausurada sobre el dominio externo; su construcción todavía se inspira en las artes del tejido, *pirqiando* (tabicando) los muros de forma "tupida", para que no sean vulnerados con facilidad ni la estructura se agriete. La estabilidad arquitectónica y la calidad de vida que se realiza dentro, depende de su grado de hermetismo y cierre. Si la casa no se ha tabicado a conciencia utilizando los recursos ceremoniales de rigor (*ch'allas*,

15 Wachtel (1985) constata, en relación con los urus y sus campos de cultivo, idéntico sentido de cierre y protección.

libaciones, *akhulli* de coca y mesas), es probable que se agriete, que se abra en extremo y caiga sobre sus descuidados inquilinos. Los mecanismos de carácter ceremonial que se efectúan durante la construcción de la casa evitan esta circunstancia.

La vida que se realiza en el espacio doméstico debe quedar al margen de la curiosidad ajena. No sólo es preciso respetar la intimidad del hogar haciendo notar nuestra presencia desde el exterior, sino que las propias actividades que se producen en el seno de la casa deben evitar fomentar la suspicacia y curiosidad del entorno comunitario. Los muchachos que regresan del colegio, ya mediada la tarde, comen sus sopas frías, con tal de no encender el *qhiri awicha* (fogón campesino efectuado con barro) para que el humo no delate ante la comunidad el inusual uso de la cocina.

La casa es el espacio íntimo de la privacidad, cuyo carácter se muestra físicamente con los recintos amurallados que protegen las diferentes edificaciones y el conjunto común compartido por los miembros de la misma unidad de parentela, ubicados sobre la *sayaña* principal. Los hermanos tras el matrimonio viven en casas independientes con sus respectivas familias, pero dentro de la *sayaña* familiar y compartiendo su parte del muro que rodea y "cierra" las posesiones y chacras contenidas en dicho espacio. Este espacio doméstico es el que las mujeres aymaras guardan celosamente como "llave" cultural y responsable primera de su mantenimiento.

El cuerpo humano, la unidad doméstica y la propia comunidad han de permanecer clausurados ante lo externo, como medida profiláctica capaz de prevenir catástrofes colectivas, conflictos familiares y enfermedades resultantes de la excesiva vulnerabilidad que propician las "aperturas". La comunidad cuida de forma exprefesa su intimidad y grado de cierre, en circunstancias particularmente críticas como las que se producen bajo la amenaza del granizo (*chhijchhi*). La costumbre comentada por los maestros ceremoniales más veteranos y de mayor prestigio, para evitar la desagradable visita del flojo anciano que personaliza el granizo, consistía en "pagar" ofrendas complejas (mesas) a los diferentes *achachilas* que rodean el espacio comunitario, en sentido contrario a las agujas

del reloj, con la intención que la nube de granizo no penetrase en el espacio comunitario y fuera a otros sectores a golpear la cosecha¹⁶.

La comunidad y su espacio cultural, donde los seres tutelares del altiplano ejercen su misión protectora, es susceptible de ser cerrado ante los momentos de especial congoja. En los casos de sequía persistente, las comunidades hacen gala de ceremonias de solicitud de perdón y disculpa colectiva desde alguno de los lugares de peculiar prestigio ritual que rodea sus contornos. La comunidad tensa sus lazos de solidaridad e involucra a los personajes que propician la existencia y la vida en el altiplano.

6.4. El cuerpo simbólico

Como una piedra grande siempre... como nuestro cuerpo. Todo nuestro cuerpo tiene que estar así, ya es eso. Nuestro cuerpo está junto pues. Todas las cositas, nuestro cuerpo tiene que sacar, ¡jalonar pues! Como cuerpo nuestro es pues eso (la mesa). A nuestros cuerpos nos ataca cualquier enfermedad, entonces esa enfermedad tiene que salir; a la mesa tiene que salir. Así esa mesa tiene que ir a... ¡partes!, el cerro, los ríos... ¿a dónde será? para desampararlo. Como un cambio es pues ya para los enfermos. Así se prepara.

CARMELO CONDORI, *ch'amakani*, Prov. Omasuyos, La Paz.

La mesa es un conjunto cerrado, un cuerpo constituido por la serie de sustancias que la integran. Las hojas de coca, los nódulos de grasa, los *chhiwchhis*,

16 Dicen los *yotirir* más expertos del cantón de Ajjlisa Grande, en la ribera boliviana del lago Titicaca de la provincia Omasuyos de La Paz, que el granizo golpea en la actualidad con especial saña al olvidarse esta costumbre relativa al "pago" de mesas; celebración costosa y que precisa de una toma de decisiones conjunta de forma articulada. El pago a los granizos confraterniza con otra costumbre de tradición hispánica, consistente en abayentar la nube de granizo mediante sonoras explosiones de pólvora. Las chacras de cultivo se "cierran" igualmente mediante *ch'allas* y celebraciones rituales para que no sean asaltadas por los rateros ni el principio germinante de los cultivos (*mama Ispalla*), abandone la tierra de cultivo hacia las chacras vecinas.

los dulces, las especias herbáceas y los panes dorado y plateado que forman parte de la ofrenda se disponen en sentido contrario a las agujas del reloj, configurando un objeto ceremonial clausurado. Los seres tutelares incluidos en la elaboración del plato a quienes se agasaja con la ofrenda participan junto al paciente, representado a través de sus "sombras" (*ajayu, animu, kuraji*), que son incluidas, junto a su familia y el propio *Kunturmamani* en el preparado ritual (Fernández 1994b; 1995a; 1995c).

El cuerpo del paciente configurado con los ingredientes de la mesa adquiere una dimensión cosmológica, al hacer referencia a los diversos seres tutelares y direcciones ceremoniales en el espacio que lo constituyen. El cuerpo del paciente no es tan sólo un espacio sometido por la aflicción, sino un cuerpo ceremonial, un dominio o espacio ritual que aparece elaborado, minuciosamente constituido por los ingredientes de la ofrenda. De esta forma el *yatiri* accede, se proyecta al interior del cuerpo del paciente, sin necesidad de abrirlo. Reproduce un cuerpo perfecto, cuerpo biológico, social y ceremonial con las diferentes especias ceremoniales, destinadas a configurar un cuerpo cerrado y que será ofrecido por la salud del paciente, a cambio de la "sombra" que ha sido recluida contra su voluntad (Polia 1989).

En este entorno social y cultural donde el cuerpo humano es empleado como referente del espacio físico y ceremonial altiplánico en el que las sociedades aymaras viven, contemplando lo más saludable de las prácticas terapéuticas en razón de su hermetismo y aparente despreocupación por el plano físico de las enfermedades relacionadas con los síndromes culturales más graves, se produce el choque, enfrentamiento, rivalidad y complementación, que de todo hay, con las formas características que adquiere la medicina convencional.

Las enfermedades "de la gente", aquellas para cuya sanación el *yatiri* es competente, frente a las enfermedades "del doctor", "transfusión" o "vacuna", cuya resolución compete al médico, plantea una serie de ofertas y alternativas que el paciente no duda en combinar cuando se producen circunstancias favorables.

Los tratamientos del médico se consideran eficaces para las gentes de la ciudad, los criollos y blancos, no así para el campesino. El cuerpo campesino

elaborado con productos secos y resistentes no puede acostumbrarse a los fármacos.

Algunos *yatiris* me han asegurado que los niños que nacen en los hospitales y postas ya no pueden ser atendidos con las formas de terapia tradicionales, puesto que su cuerpo ya se ha "acostumbrado" a los fármacos, perdiendo eficacia la terapia andina. Son cuerpos "conquistados" en el plano terapéutico por el médico y la institución hospitalaria, en definitiva, por las formas del "poder" estatal urbano, asociado al campo de la medicina.

Hace siglos Arriaga (1621) ya llamaba la atención sobre este aspecto, sin querer, al describir algunas prácticas ceremoniales vigentes en los Andes durante las visitas de los padres doctrineros:

Antes de que fuese el visitador Hernando de Avendaño hicieron su sacrificio y le quemaron, como ellos dicen su alma, haciendo un butillo o una figurilla de sebo y quemándola, y así dicen que queman el alma del juez, o la persona cuya alma queman, se entontezca y no tenga entendimiento ni corazón, que estas son sus frases. Hacen esto con una circunstancia particular, que si el alma que han de quemar es español, han de hacer la figurilla que ha de ser quemada con sebo o manteca de puerco, porque dicen que el alma del *Viracocha* no come sebo de las llamas, y si es el alma que han de quemar de indio, se hace con estoto sebo (Bira [wira], sebo de los carneros) y mezclan también harina de maíz, y cuando la del español harina de trigo.

ARRIAGA [1621] 1968: 210 - 211.

En el caso del texto de Arriaga, el "doble" o la "imagen" del visitador Hernando de Avendaño debe configurarse con los dones alimenticios característicos de los extranjeros: manteca de cerdo y trigo. El cuerpo del indio sin embargo está hecho de otros ingredientes como grasa de llama y harina de maíz. El motivo de tan meticulosa diferenciación en las especies escogidas para construir el "doble" graso de un cuerpo humano, radica en la eficacia del daño que se pretende lograr – "se entontezca y no tenga entendimiento ni corazón" –, seduciendo el apetito correspondiente de los receptores de cada ofrenda (el

alma del *Wiraqucha* español no come sebo de las llamas). El alimento propio de indios o españoles configura "cuerpos" diferenciados que posibilitan un acceso igualmente distinto a las patologías y enfermedades características, así como a los procesos terapéuticos que son pertinentes en cada caso.

Los cuerpos humanos son resultado de lo que se come y en este sentido, son diferentes los de los *jaqi* del que atesoran los *q'aras* y mestizos; como muestra el documento colonial, también era preciso utilizar diferentes especies representativas de cuerpos de indios y de españoles.

Los fármacos atesoran cierta ambigüedad. Se consideran poderosos en tanto en cuanto son caros, pero existe cierto recelo y desconfianza en su empleo, al no "estar acostumbrados" en su consumo, por lo que no resulta raro que, una vez recetados, si la forma del encuentro efectuado en la posta con el médico o sanitario responsable no ha resultado todo lo fecunda que cabía esperar, descansen indefinidamente en la repisa de cualquier estante o perdido entre los abalorios situados sobre el catre matrimonial.

El valor otorgado al cuerpo como objeto cerrado hace sumamente difícil plantear el empleo de estrategias clínicas agresivas con el cuerpo humano. Los análisis sanguíneos producen tremendo recelo en la comunidad y se achaca al médico y a la propia institución hospitalaria un empleo indebido para la sangre que se extrae, como ya sabemos. "Es para colocar a otros y hacer plata", comentan los campesinos, relacionando el quehacer de los médicos e instituciones sanitarias con el del propio *kharisiri*.

Las vacunas producen semejantes recelos y sospechas. No hace mucho tiempo, la prensa boliviana, concretamente *EL DIARIO* del 25 de julio de 1995 (pág. 8), se hacía eco de una campaña "exitosa" de vacunación efectuada entre la población infantil de la ciudad de El Alto, señalando que se había efectuado un "rastreo casa por casa" en los sectores marginales donde reside la población de origen aymara, lo que ilustra con suficiente elocuencia el rechazo manifiesto hacia la instrumentación clínica de la vacuna. Por otra parte, los campesinos desconfían de las campañas promulgadas por los servicios de salud estatales y ONGs concertadas. Los precedentes históricos del abuso y la manipulación resultan demasiado obvios

como para comentarlos respecto a la desconfianza que produce cualquier asunto que se "ofrezca" desde el Estado. La vacuna va en contra el hermetismo del cuerpo y del grupo social. "Para humillarnos, para hacernos dóciles, para que no tengamos familia", comentan algunos representantes del magisterio rural aymara, que relacionan así esa concepción andina "contranatura" de la vacuna con una práctica perniciosa que pretendería "abrirlos" al poder estatal, debilitando su resistencia.

En este contexto no resulta extraño el recelo suscitado por el anteproyecto de ley sobre trasplantes y su devolución por el cuadro dirigente de la Csurca (Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia). Las palabras con que reaccionó un senador médico boliviano –"¿Cómo se puede explicar la ley a débiles mentales!"– no ayudan demasiado a dialogar con sensatez sobre este aspecto. El rechazo a los cuerpos "abiertos", el temor manifiesto por el posible tráfico de órganos, la manipulación política y social que pueda hacerse de esta norma, juega en contra de su implantación en Bolivia.

La violencia que supone abrir lo que debe permanecer cerrado se aplica a la esfera orgánica e igualmente a la ética y moral de los enfermos. La desnudez pretendida de los pacientes en las postas y hospitales produce un importante rechazo entre las mujeres aymaras (Dibbitts 1994: 41-52; Tahipamu 1994: 81-91). Los cuerpos abiertos muestran la intimidad de lo que debiera permanecer en el dominio privado, oculto a toda mirada indiscreta. Los médicos operan "para curiosear", para mirar adentro y poner en evidencia pública lo que debiera permanecer en la intimidad más estricta.

La actuación del *yatiri* se ejecuta en el dominio privado, en el interior del hogar, ya sea en la cocina o en el cuarto donde se encuentre el doliente: lejos de la curiosidad ajena. Es en el espacio doméstico donde el problema de salud es planteado en sus justos términos y orientada su solución según las apreciaciones del *yatiri*, en estrecha colaboración con la familia del enfermo.

La sala de espera de la institución hospitalaria y el tiempo, habitualmente escaso que el médico o sanitario convencionales dedican a la consulta, suele sorprender a los pacientes aymara que acuden a las postas: "Así nomás me ha dicho. Sano, sano me ha dicho, pero no estoy sano, estoy enfermo" (Macario Vargas).

El *yatiri* trabaja durante toda la noche; no atiende a más de un enfermo por sesión y participa de las formas de integración social propias del entorno doméstico aymara (*akhulli* de coca, trago, cigarrillo y comida). Esta forma de relacionar la terapia con los cauces habituales del dominio doméstico y sus características, choca con la habitual frialdad de trato recibido en las instituciones sanitarias, y los servicios de atención "públicos", donde resulta difícil establecer los cauces de confianza y confianza estipulados; esta parcela suele ser cubierta, en lo posible, por los auxiliares aymaras que secundan la actuación de los médicos responsables del puesto. Los pacientes aymaras se quejan de la falta de diálogo –"el médico no confía lo que hace; juega con los aparatos"–, circunstancia que acrecienta la desconfianza de los pacientes en sus procedimientos terapéuticos.

* * *

Los médicos no hacen nada; no, médicos, nada. Seguramente los médicos, ya no, no curan nada, pero... ¡claro que sí!, algunos, con sus cuerpos claro que seguramente... malgrado, ese cura ya; los malgrados, ese no más curan los médicos.

MANUEL COA CHURA

No pueden sorprendernos ciertas tendencias de rechazo y actitudes reacias a las técnicas de los médicos y asistentes sanitarios que institucionalizado en los términos de "inyección", "vacuna" o "transfusión" denotan una preocupación latente entre los aymaras por las "herramientas" que el médico utiliza, especialmente proclives a interrumpir el hermetismo del cuerpo, abriendo, introduciendo o extrayendo sustancias vitales de su interior. De esta forma no resulta extraño que exista cierto rechazo a las campañas de vacunación (Bastien 1989: 172; 1994: 3-23) o que los procedimientos del médico se identifiquen con los del maléfico *kharisiri*, no en vano conocido como "operador", cuya técnica fundamental de extracción de grasa y sangre consiste en el uso de una

"maquinita" a modo de jeringa que, según los testimonios recogidos, introduce en la víctima sin que ésta lo aprecie porque ha sido previamente adormecida.

Cuerpos "abiertos" y "cerrados", vulnerables o invulnerables son aspectos definidos culturalmente que resultan difícilmente conciliables con campañas de vacunación, inyecciones o transfusiones. Estas quedan como muestras patéticas de lo más representativo de la medicina occidental, cuyo utillaje terapéutico otorga un protagonismo esencial al cuerpo físico frente al corpus de etiologías y remedios terapéuticos aymaras, capaces de interactuar sobre el organismo sin necesidad de violentar su aconsejable cerrojo.

Este cuerpo biológico y socialmente conceptualizado como "distinto", que caracteriza a seres humanos cultural y anatómicamente diferentes, es el resultado de una especialización dietética concreta; ha sido "fabricado" con diferentes sustancias alimenticias y es susceptible de ser dañado de diversas formas, según estipule y defina específicamente cada cultura (Díaz Maderuelo 1983: 197-206).

Los equipos médicos que trabajan en el altiplano aymara obtienen mejores rendimientos en sus servicios de atención sanitaria, cuando conocen algunas "claves" culturales del grupo donde pretenden ejercer. Plantear los problemas de salud en términos culturalmente traducibles favorece cierta complicidad entre médicos, *yatiris* y enfermos aymaras. Algunos *yatiris* reclaman su presencia junto a los médicos en las postas, otros lo consideran inapropiado: el médico tiene sus técnicas y su poder; el *yatiri*, los que le corresponden dentro de sus competencias. Si tenemos en cuenta que tanto los médicos como los *yatiris* pretenden la salud de sus pacientes, si bien aplicando una perspectiva diferenciada, todos los esfuerzos que puedan realizarse para adecuar el ejercicio médico convencional a las claves culturales aymaras, posibilitará, presumiblemente, una atención médica diferenciada, no excluyente, donde el paciente pueda ser el más beneficiado de los esfuerzos de diálogo intercultural que puedan plantearse desde ambas perspectivas terapéuticas.

La vida es una cosa demasiado seria como para plantear situaciones de intolerancia y prepotencia cultural en lo que en definitiva se ajusta a claves y razonamientos terapéuticos diferenciados. Una auxiliar sanitaria aymara me

confesaba, en ausencia de los médicos que dirigían la posta, que ella animaba a las pacientes a consultar a los *yatiris*; la medicina tradicional y la medicina occidental deben ser, según sus palabras, *chachawarmi*, es decir, caminar parejas, como "hombre y mujer", estableciendo esa unión solidaria propia del *jaqi* aymara. Si reconocemos las peculiaridades terapéuticas que ambas perspectivas pueden ofrecer en el tratamiento de la enfermedad, habremos hecho algo más que especular con los rasgos característicos de una cultura apasionante.



Cuerpos cerrados, bocas abiertas. Control dental en una escuela de Jesús de Machaca. [ESA]



Cuerpos cerrados, bocas abiertas. La doctora cura a paciente en la posta de Qurpa. [KR]



Reunión de autoridades intercomunales en Jesús de Machaca, sobre salud. La primera parte del mensaje en la pared dice: "Hombres y mujeres caminemos juntos". [ESA]

MEDICO Y YATIRI EN PAREJA, COMO *CHACHAWARMI*

A modo de conclusión, en este último capítulo añadimos una reflexión más general sobre medicina e interculturalidad, incluyendo también una serie de sugerencias y recomendaciones más específicas para mejorar este aspecto en la práctica de la medicina en Bolivia.

7.1. Medicina e interculturalidad

Las poblaciones indígenas de América del Sur han desarrollado diferentes respuestas frente a las dolencias, aflicciones y enfermedades habituales de su entorno. Por un lado poseen determinados síndromes patológicos de marcado carácter cultural que surgen en el seno de un grupo étnico concreto, que desarrolla las pautas preventivas y terapéuticas más convenientes para la correcta resolución de dicho síndrome o conjunto de síntomas culturalmente establecidos. Este tipo de dolencias surgen en el entramado de aspectos que constituyen la cultura y responden a una naturaleza y etiología que habitualmente compromete otros parámetros esenciales en las características culturales del grupo. Las tácticas y estrategias curativas que surgen en atención a este tipo de síntomas, responden a la conceptualización que el grupo establece sobre la enfermedad y su naturaleza, encontrando sentido y eficacia en la propia trama cultural que el grupo sostiene y no fuera de ella. Este tipo de enfermedades son las habitualmente vedadas para los servicios de salud formales, que pretenden tratar la enfermedad de una forma "convencional" en las poblaciones indígenas de América.

Otro tipo de dolencias son las definidas como ajenas al grupo que las padece y su resolución depende de la actuación de las postas y centros sanitarios de salud; los médicos adquieren un reconocimiento y competencia en el tratamiento de este tipo de afecciones.

El problema surge respecto a las dolencias que dentro del grupo se identifican con una etiología concreta de marcado carácter cultural, mientras los equipos médicos establecen una orientación diferente, impulsando una competencia de agentes diferenciados y cierta confusión respecto al tratamiento a seguir, lo cual genera con frecuencia serias dudas y desconfianza sobre las "garantías" de las medidas propuestas por los equipos de salud. Indudablemente cualquier alteración y enfrentamiento entre escuelas médicas y actores sociales de la medicina, incrementa la incertidumbre y angustia de los pacientes.

La implicación de la salud, la medicina y las formas de conceptualización de la enfermedad con respecto a las diferentes modalidades culturales que adquiere entre los grupos indígenas americanos, ha despertado temprano el interés de antropólogos y etnógrafos por las consideraciones autóctonas sobre la enfermedad y su tratamiento, constituyendo un apartado obligatorio en las monografías clásicas.

La antropología médica escindida recientemente de la antropología social y cultural, pretende como objeto de estudio y análisis todos aquellos aspectos implicados en la conceptualización cultural de la enfermedad y su resolución terapéutica (Comelles y Martínez 1993). Constituye una perspectiva analítica particularmente oportuna en ciertos estados de América Latina, de marcado talante pluricultural y multilingüe donde las aplicaciones médicas adoptan multitud de formatos divergentes, y las prácticas y categorías cognitivas diferenciadas entran en conflicto frecuente con las aspiraciones de la medicina formal o convencional asumida por los estados y delegada frecuentemente en las Organizaciones No Gubernamentales (ONGs) de desarrollo.

El ejercicio médico convencional en países de marcado carácter pluricultural, como es el caso de Bolivia, supone un esfuerzo constante de negociación intercultural. Las altas tasas de mortalidad infantil que se aproximan, según la OMS (1995) al 250 por 1000 entre el primer y el quinto año de edad, superando

este porcentaje algunas de las regiones más deprimidas, obligan a tomar indudablemente en serio las directrices y orientaciones que las políticas sanitarias internacionales demandan del Estado boliviano. La delegación de esta responsabilidad en ONGs nacionales o internacionales y la formación universitaria de licenciados en medicina y profesionales sanitarios, sin ningún área formativa o simplemente informativa en su perfil curricular académico sobre la diversidad cultural y las peculiaridades del entorno social donde van a ejercer su profesión, acrecienta una zanja crítica de separación entre las formas de la medicina étnica y las manifestaciones habitualmente prepotentes de los equipos sanitarios convencionales. Por otro lado, las relaciones de poder que se establecen entre los equipos médicos y sus pacientes indígenas, dificultan la resolución favorable de los conflictos que se producen al tratar sobre las medidas terapéuticas a seguir. La autoridad y competencia médicas, las formas de terapia, la relación entre médico y paciente, la implicación familiar y social de la enfermedad, el gravamen económico, el sentido de eficacia de las prácticas terapéuticas, constituyen aspectos claves que resultan sustancialmente diferentes entre los modos y formas que presentan en los equipos convencionales, y los modos y formas que adoptan en el seno de las diferentes culturas indígenas americanas.

El ejemplo de la medicina aymara, su forma peculiar de concebir la salud, la enfermedad y las medidas terapéuticas pertinentes en ese triple registro configurado por concepciones de origen popular hispánico, elaboraciones rituales relacionadas con una tecnología y eficacia simbólica que aparecen reflejadas de forma temprana en las crónicas coloniales andinas y un extenso conocimiento de farmacopea popular, reflejan el sentido de una medicina inserta en las claves culturales soportadas por los médicos aymaras y relacionadas con su propio medio habitual de existencia (Kessel 1993; Lévi-Strauss 1987; García 1994).

Los prejuicios y las displicencias habituales en quienes ejercen la acción médica convencional respecto a las medicinas étnicas, nada tienen que ver en el análisis objetivo de una disciplina como la medicina que se muestra próxima a las ciencias humanas y sociales puesto que son seres humanos, implicados en densas redes de comportamiento social, su herramienta habitual de trabajo y análisis. La medicina constituye un eslabón de importancia en la trama que sobre

las sociedades humanas tejen sus respectivas culturas. El profundo sentimiento humanista que aparece inmerso en las prácticas médicas aymaras, como en otros diferentes grupos indígenas americanos¹, su dedicación y lógicas explicativas, su acuciosa observación en el conocimiento de ciertos principios farmacológicos aislados en las especies herbáceas de su entorno, debieran hacernos reflexionar sobre la humanización de la medicina occidental; sobre nuestros pacientes igualmente sometidos a construcciones culturales complejas relativas a las enfermedades y sus propuestas curativas, en relación con las posibilidades de una mejor satisfacción de servicios sanitarios en nuestras propias instituciones hospitalarias, identificando las necesidades y carencias contrastadas por los usuarios.

Las medicinas étnicas, como es el caso de la medicina practicada por los indígenas aymaras, no pueden dejarse en manos de desaprensivos y exotistas iluminados que sostienen principios de carácter transcultural en aplicaciones médicas que responden a demandas concretas surgidas en contextos culturales precisos, bien delimitados y que responden a necesidades y construcciones culturales propias donde resultan eficaces. Otra cosa significa el estudio de los principios farmacológicos contenidos en las especies naturales empleadas y sus dosis pertinentes.

Por otra parte, desde la antropología, resulta gratificante contrastar la diversidad de opciones planteadas por los diferentes grupos étnicos americanos en relación con el tratamiento de la enfermedad. Gratificante en el sentido de resistencia y freno a las pretensiones de globalización cultural que imperan en estos tiempos, pero preocupante, por otra, debido a la política y el ejercicio de la autoridad efectuada por las diversas herramientas de los estados pluriculturales latinoamericanos y sus flecos desarrollistas, más o menos implicados en los planteamientos gubernamentales desde ciertas subsecretarías como la existente en Bolivia —el actual Viceministerio de Asuntos Indígenas y Pueblos Originarios (VAIPO)— hasta las propias ONGs de desarrollo, cuando tienen que

1 Ver, entre otras múltiples, las aportaciones de Aguirre Beltrán (1992; 1994), Holland (1963), Amodio y Juncosa (comp., 1991), Pitarch (1996b), etc.

hacer frente a situaciones críticas de salud en los contextos habituales de marginación, como los que soportan los grupos indígenas contemporáneos.

Las penosas estadísticas referidas al parámetro de mortalidad infantil en buena parte de las zonas ocupadas por los grupos indígenas, plantea serios problemas éticos en el ejercicio de la antropología y la medicina convencional. La dificultad por crear espacios de diálogo intercultural extrema la distancia y los enfrentamientos entre los curanderos tradicionales indígenas y los servicios formales de salud. Las peculiaridades culturales no son consideradas o lo son de una forma displicente por los equipos sanitarios formales, forzados a cumplir con ciertos registros estadísticos para asegurar su propio presupuesto.

Así las cosas, la importancia del conocimiento de la lengua indígena y de las conceptualizaciones nativas en torno a la enfermedad, por parte de los equipos de salud que trabajen en los espacios rurales, nunca será suficientemente remarcado. Su implicación paulatina, sin violencia, en la esfera social; el acomodo en las actividades habituales de las comunidades indias, posibilitará un espacio de diálogo donde la medicina y la enfermedad sea objeto de reflexión desde perspectivas dispares. La multiculturalidad obliga a la búsqueda de soluciones diferenciadas en el tratamiento de la enfermedad.

7.2. La otra mirada: El marco global

El lector atento habrá podido apreciar que la totalidad de los datos reflejados en el texto pertenecen a la interpretación aymara sobre la salud y sus criterios sobre lo que deben hacer o no los equipos médicos convencionales. En una reflexión sobre la práctica médica intercultural, nada se puede reflexionar sin el parecer de la otra parte, es decir de la medicina convencional; de otra manera, la propuesta *chachawarmi*, de relación en pareja entre la medicina aymara y la medicina convencional resultaría un mero fraude. Por otra parte, resulta difícil encontrar a médicos formados a la "occidental" dispuestos a aceptar equivalencias, simetrías de poder y respeto sobre el quehacer de *yatiris* y médicos nativos. Siguen siendo excepciones de enorme valor testimonial, pero excepciones al fin y al cabo, los dispuestos a entablar conversación en niveles de equivalencia con los médicos tradicionales aymaras. De aquí mi predisposición a encauzar el

debate a partir del mundo aymara hacia los dominios de la medicina convencional; por el otro lado, el debate aparece viciado cuando no cancelado con la solícita sonrisa de menosprecio de quien se sabe en la verdad absoluta.

Los médicos convencionales se escudan en el positivismo científico de su razón; a partir de aquí y teniendo en cuenta lo que consideran verdadera "ciencia" no plantean alternativas de diálogo y contacto intercultural que no sean de carácter asimétrico, es decir, de parte de quien sabe (por supuesto, el médico) hacia quien tiene que aprender (el *yatiri* o el paciente).

En el mejor de los casos me he tropezado con médicos que estarían dispuestos a tener a un *yatiri* como asistente en la posta. Esto ya establece medidas de distorsión en el ejercicio del poder, pues tal sugerencia procura ante todo que el *yatiri* se dé cuenta, en el contacto diario con el médico, de cuáles son las enfermedades graves, cuáles los síntomas para llevar con urgencia al enfermo a la posta, cuáles los indicios que justifican la gravedad de la dolencia y el traslado a la institución hospitalaria más próxima. Esta posibilidad, que en sí misma parece buena y tremendamente meritoria, sin embargo se "descafetina" cuando lo que produce es una relación de sometimiento, donde el *yatiri* es considerado de forma paternalista un ignorante y a quien se inculcan ciertos conocimientos básicos de primeros auxilios. El planteamiento resultaría muy diferente si se establecieran relaciones de poder más equitativas. Ejemplos puntuales existen tanto en el área boliviana como en los Andes peruanos².

El año de provincias de los médicos, cuando ultiman su formación, es considerado por algunos como un año muy beneficioso porque van a aprender,

2 En Bolivia uno de los casos más representativos en el dominio rural era el de CESNA en Raqaypampa (Cochabamba), donde se consiguieron importantes vínculos de relación entre médicos y *yatiris* (Alba et al 1993; Alba 1989). CESNA desde el año 1992 dejó el dominio de la salud, al parecer por complicaciones relacionadas con la política del equipo médico de una ONG, Médicos sin Fronteras, que se hizo cargo de la posta. Según me indica Pablo Regalsky el "control" del equipo médico convencional fue posible gracias a la existencia de una autoridad comunal nativa con poder e influencia sobre el propio equipo médico, circunstancia excepcional en el resto de postas rurales bolivianas, donde la actuación del médico no se ve mediatizada por nadie. Por otra parte, es interesante resaltar una apreciación de Pablo Regalsky: parece ser que los médicos que trabajaron en el proyecto CESNA de articulación intercultural en la posta de Raqaypampa, estaban poco menos que vetados por la academia médica boliviana y sus "colegas", precisamente por haberse prestado a colaborar en dicha experiencia.

experimentar y progresar en gran medida en su profesión. Es decir, mientras los médicos van al año de provincias entusiasmados porque van a "aprender", sus pacientes los van a "sufrir" en dicho aprendizaje. Una vez más nos encontramos con las formas del desequilibrio de responsabilidades en el servicio de atención sanitaria. Los médicos bolivianos tienen que salir al año de provincias con una solvente experiencia práctica; es de suponer que así lo hayan efectuado en el internado rotatorio.

De todas formas sería una injusticia menospreciar los esfuerzos y progresos efectuados en atención materno infantil, los servicios de atención de parto y postparto subvencionados, la aparente gratuidad de algunos productos (vacunación rural) y el precio asequible de los servicios de consulta rurales (a pesar de las tentaciones) que, me consta, no siempre se recaudan.

Tampoco se puede desconsiderar las condiciones en que los equipos médicos realizan su labor, más allá del éxito en su mentalización y la afinidad con los campesinos. Indudablemente son muchos los factores que justifican de sobra el grado de "sobreeplotación" que sufren los equipos sanitarios rurales, haciendo de su ingente labor un milagro cotidiano. Existen mil carencias técnicas y de formación; la presión de las estadísticas de las que depende la ayuda externa (vacunados, servicios odontológicos, número de traslados a La Paz, número de campañas preventivas... etc.); la imposibilidad real de acceder a todos los lugares necesitados, puesto que cada equipo ambulante ejerce su labor sobre un amplio sector... Pensemos, por ejemplo, en la población estimada que cubre el ESA en la treintena de subcentrales y más de cien sindicatos agrarios de Jesús y San Andrés de Machaca, con una población cercana a las veinte mil personas (datos de 1995, Informe ESA). El equipo no puede demorar más de un día por localidad intensificando la campaña preventiva, la consulta general, la atención odontológica y las vacunaciones, para volver a reproducir el programa en otra localidad en veinticuatro horas. Al mismo tiempo se atienden las urgencias detectadas, accidentes y partos complejos, trasladando al paciente —cuando se precisa— a La Paz. Indudablemente las condiciones de saturación profesional, lejos de un ambiente laboral y social cálido, afín y de reconocimiento, merma la eficacia sanitaria del equipo, cuando no incita el surgimiento de conflictos en su propio engranaje técnico y administrativo.

Los médicos critican la tozudez e intolerancia de algunos pacientes. Critican cómo los *yatiris* delegan en ellos cuando ya nada se puede hacer; critican el escaso valor cuantitativo de la medicina natural, es decir curar en porcentajes inapreciables y a un costo temporal exagerado. Un RPS (Responsable Popular de Salud) dice: ¡he curado una osteomielitis con medicina natural, al costo de seis años de asistencia! No sirve para los cauces evaluativos de la medicina occidental, que considera los índices de eficacia en otros parámetros temporales mucho más cortos y de regularizada eficacia en el tratamiento. Los médicos desconfían de las dosis que emplean los curanderos locales, en especial en el tratamiento de partos. Las infusiones empleadas para facilitar los alumbramientos pueden, según el comentario de algunos médicos, provocar malformaciones en el feto y dificultades en todo el proceso.

Los fracasos médicos se producen tanto en la medicina occidental como en la medicina aymara. Sara, una maestra rural de Oruro me comentaba, vivamente impresionada, el dramático hecho protagonizado por una criatura agonizante en la comunidad donde impartía clase. La *wawa* tratada por el *yatiri* a base de violentos sobes de ortigas pretendía hacer regresar su *ajayu* a tiempo. La pequeña *wawa* murió en una terrible agonía. Pero ejemplos de fracasos flagrantes existen también en la medicina convencional. Recuerdo el caso de aquella mujer que ingresó hace un par de años en una institución hospitalaria de La Paz para hacerse una operación de cirugía estética y murió. Los casos recogidos por la prensa de malas administraciones de anestias con resultado de muerte; defunciones en los partos..., etc., son relativamente frecuentes, no solamente en Bolivia sino en diferentes estados "modernos". Insistamos, la medicina no siempre cura a pesar de que tanto el médico como el *yatiri* buscan soluciones; el médico, tal vez con una respuesta individualizada, frente a la cultural y socialmente sancionada del *yatiri*³.

3 Esta variable social de la enfermedad desespera en no pocas ocasiones a los equipos de salud que trabajan en el altiplano. La enfermedad es vivida de forma colectiva, en el seno de la familia y la comunidad, y es en sus dominios donde la suma de decisiones se efectúa. Varias veces escuché en el seno del ESA relatos sobre procedimientos médicos paralizados por la familia o la comunidad del enfermo pese a su urgencia. En un caso era preciso trasladar con rapidez a un paciente para operarlo; la familia decidió no acceder al traslado a La Paz, con los inconvenientes conocidos que ello implica, y permanecer junto al enfermo hasta su previsible fallecimiento.

No podemos pecar de ingenuos y descontextualizar el problema de la salud del marco general de referencia. Ningún programa intercultural puede llevarse a cabo en el ámbito de la salud si no se consideran los problemas estructurales en las políticas de salud, es decir, los planteamientos políticos de las instituciones de salud, las prerrogativas gubernamentales de sus cuadros ministeriales y la esfera internacional. Difícilmente puede demandarse o aplicarse una política intercultural en salud si no está contemplada en los programas del Ministerio de Salud, si la academia médica no está dispuesta a ceder parcelas de poder en la resolución de la enfermedad y acepta considerar planteamientos diferentes a los convencionales. Es preciso situar el problema de salud boliviano en el marco político, económico y de relaciones de poder que le corresponde, aspecto que debiera considerar un especialista puesto que no se puede tocar como yo lo he hecho, tangencialmente. No se puede desarrollar una práctica médica intercultural si no existen programas de dicho cariz en las instituciones ministeriales de salud, si no se contempla en los currícula de las facultades de medicina; si no se forma a los médicos ni a los *yatiris* para el ejercicio de una medicina intercultural. ¿qué cabe esperar entonces?... La actuación del "plomero"; un remiendo aquí, otra chapuza allá, pero el problema sigue resultando estructural a lo largo de toda la cañería.

El problema de la salud exige un análisis integral. Mientras las condiciones de vida no mejoren de forma estructural difícilmente posibilitaremos otras respuestas sanitarias. Me preocupa el desmedido interés por hacerles entender a los grupos étnicos a toda costa y a cualquier precio, el interés de las vacunas y su incidencia en la vida; me preocupa traer hijos que no van a poder ser atendidos adecuadamente; me aterran los planteamientos de control de natalidad impulsados por el Estado, como en el ejemplo peruano, sin una formación previa. Eso no es "interculturalidad", eso es violación de los derechos humanos.

Cabe pensar que mientras no se den respuestas estructurales que afecten a las condiciones económicas y políticas favorables a una aplicación médica intercultural, la mortalidad infantil continuará disparada como estrategia política de los pueblos marginados. La vida no admite juego. La supervivencia del grupo está por encima de la de los más débiles, los niños, impulsados a superar por ellos

mismos cualquier afección o dolencia⁴ y los ancianos⁵. Tal vez la eficaz implantación de la reforma educativa y sus actuales programas de implantación intercultural bilingüe ha sido posible, entre otras razones, por la existencia de miles de maestros aymaras que impulsan "desde dentro" el proceso, con sus contradicciones y las ambigüedades propias de la heterogeneidad de posturas que es posible encontrar entre el magisterio rural. La escasa proporción de médicos rurales aymaras puede dificultar seriamente la introducción de semejantes propuestas en la "academia" médica boliviana, ajena a las manifestaciones culturales propias de los lugareños y a sus apreciaciones positivistas científicas.

Otra deuda pendiente por parte del Estado boliviano se refiere a la necesidad urgente de dignificar el papel del médico rural. En este aspecto nada puede hacerse sin contar con los programas ministeriales y su deseable implicación en los proyectos. Los médicos no pueden perpetuar una situación de servicio permanente que el Estado es incapaz de asumir e incentivar. Muy importante me parece la postura de un estudiante que comentaba que los alicientes médicos en

-
4. Una mujer en el altiplano aymara del Perú insistía en no llevar a la posta a su hijo a pesar de los llantos y lloros del muchacho y de las recomendaciones de un maestro rural; la mujer defendía su postura, porque su hijo tenía que ser bien macho y fuerte, sino ¿de qué le valía tener una *wawa* enferma y débil? El muchacho tenía que superar por sí mismo la enfermedad superando el dolor y la fiebre. Resulta frecuente observar cómo los niños y niñas enfermos en el altiplano se apartan de las actividades cotidianas para reposar y "pasar" su enfermedad en silencio y soledad estrictos. Respecto a las soluciones integrales, los capitanes guaraníes de Chuquisaca y del Oriente boliviano confiaron a un alto enviado de la ONU que no estaban dispuestos a dejar vacunar a sus hijos para cumplir los promedios estadísticos demandados por las ONGs y los programas del gobierno, mientras no se les concediera una solución estructural. De nada servía vacunar a los niños pequeños de fiebre amarilla si a los pocos años la mortandad iba a continuar cobrándose con ellos en el dengue. Se requieren medidas sistemáticas, no parches puntuales.
 5. La actitud aymara ante la muerte, que he documentado con Raulito, puede complementarse en los casos de enfermos crónicos y ancianos para los que la muerte no sólo se espera, sino se "exige" con urgencia. Xavier Albó me lo documenta con ejemplos en los que la comunidad ya llora, como a finados, antes de que efectivamente mueran, a aquellos ancianos que habiendo ya completado su círculo vital, están *away* enfermos o accidentados y no cabe dedicarles recursos muy limitados. Según el testimonio de Albó, "a veces me ha llegado gente pidiendo una bendición por algún enfermo crónico que 'no podía morirse', para que Dios se apiedadara de él y se lo llevara". La forma de vivir las exequias de la muerte tampoco van acompañadas del drama que supone en el mundo occidental judeo católico: al muerto se le despide jugando y se sabe que volverá a visitar a los familiares para Todos Santos, continuando la relación y semanas atrás del mes de más responsabilidad con respecto a los vivos (Fernández 1995a; 1998b).

el campo son muy limitados de cara a una formación profesionalizada. Es decir, poner vacunas y colocar gasas o atender partos son las misiones habituales en el tratamiento de la salud, aspectos que hacen difícil cumplir con el aliciente de la formación médica. Por tanto, para conseguir otros retos en la formación sanitaria, el médico se ve abocado a abandonar el campo, puesto que más no se puede hacer, por carencia de medios y objetivos, en una posta rural. Por otro lado, resulta razonable que el médico desee especializarse, dedicarse de forma más competente y reglada a su profesión, que pueda estabilizarse profesionalmente, montar su clínica..., etc.

Es el Estado quien debe premiar el servicio de salud rural y ofrecer los mejores servicios disponibles. Comparto, en este sentido la opinión de un médico del ESA que defendía la posibilidad de ofrecer una mejor medicina y atención en el campo, lo cual implica acrecentar los recursos económicos disponibles y mejorar en la atención clínica del paciente, frente a los derroteros ministeriales, que al parecer pretenden potenciar la atención sanitaria en los hospitales de La Paz. Trasladar a los pacientes a la Paz implica un costo de tiempo que tiene que cobrarse de la propia consulta médica, a la vez que se acrecientan los miedos y recelos de los pacientes alejados de su entorno familiar.

El médico rural no deja de ser una víctima más en todo este proceso, junto con sus pacientes. No es el culpable en tanto en cuanto el Estado no le provee de otras fuentes de formación y financiamiento, no dignifica la figura del médico rural ni le capacita para puestos de mayor relieve e interés profesional. No podemos clavar las tintas sólo sobre sus espaldas. Qué duda cabe que cuando el equipo médico llega al campo ¡ya no hay nada que hacer!, sólo esperar que tenga, a título personal, la suficiente sensibilidad, vocación de servicio y tolerancia para hacer su trabajo en la mejor empatía posible con sus pacientes. No podemos exigir que el médico, además de buen profesional, en una situación generalmente no deseada, sea además antropólogo o... ¡sacerdote! Es responsabilidad del Estado el otorgar a los equipos médicos la formación intercultural en salud que le otorgue indicadores y criterios para efectuar finalmente su labor en situación de prestigio, dignidad, reconocimiento social y laboral por su dedicación y perseverancia.

7.3. ¿Sugerencias?

Resulta complicado realizar sugerencias, sobre todo cuando el tema es tan complejo como el tratamiento pluricultural de la enfermedad. En cualquier caso me atrevo a aventurar un pequeño muestrario de recomendaciones, espero útiles, para los equipos de salud que trabajan en comunidades indígenas. Lógicamente el trasfondo de estas pequeñas recomendaciones tan sólo tienen como fin la probable inversión en vidas humanas; de otra forma no me atrevería a efectuar recomendaciones de ningún tipo, en un contexto laboral y de servicio tan peculiar como el que se produce no sólo en altiplano aymara, sino en situaciones de contacto intercultural tan habituales en Bolivia. Espero que, desde esa óptica, sin ningún tipo de pretensión conjetural, se entiendan estas simples sugerencias.

1. Conocimiento de la *lengua local*

En tanto en cuanto comprendamos y nos hagamos entender en la lengua local iremos obteniendo mayores ventajas en el tratamiento asistencial a la vez que vamos creando redes de empatía e integración en el área. El esfuerzo, a pesar de las dificultades, resulta gratificante y reconocido por los pacientes. Impulsa las relaciones de afinidad indispensables para crear relaciones de confianza mutuas entre el equipo médico, curanderos locales y pacientes. Por otra parte constituye un aspecto básico de cualquier planteamiento intercultural en salud, a semejanza de lo ocurrido en el área educativa (intercultural bilingüe).

2. Conocimiento de *antropología social en general y antropología médica en particular*

Su inclusión en los currícula universitarios de la carrera de medicina aliviaría el "choque cultural" que los egresados en medicina sufren ante realidades culturales tan diversas de las que proceden. Permite al equipo de salud reconocer unos principios no universales y, por tanto, cargados de cierto relativismo, en la conceptualización y tratamiento terapéutico de la enfermedad. Puede servir para reducir las actitudes paternalistas

y prepotentes habituales en el uso asimétrico del poder sanitario. Obliga tanto al médico como al sanitario a conocer el dominio cultural en el que va a efectuar su labor; por tanto, no se sorprenderá de las interpretaciones correspondientes sobre salud y enfermedad, pudiendo establecer una relación más equilibrada con sus pacientes. El respeto imprescindible a las formas nativas de enfermedad y curación, así como su conocimiento le permitirá en no pocas ocasiones establecer fórmulas de complementación estratégica entre las técnicas tradicionales y las formas de curación clínicas que beneficiarán a los pacientes. El conocimiento del medio y las peculiaridades culturales de su jurisdicción evitará la torpeza de juicios de valor injustificados sobre aspectos como la higiene, el pudor y las "bromas", cuyo resultado sólo puede incidir en la merma de confianza por parte de los enfermos. Por otro lado ayudará a una mejor planificación de los servicios de salud, sus programas y objetivos⁶.

3. Compartir con los curanderos nativos y con los pacientes

No establecer pugna de competitividad o mercado con ellos. Potenciar los encuentros de aproximación y diálogo con los médicos nativos y con los pacientes. El intercambio con los médicos locales debe ser lo más horizontal y simétrico posible, en un contexto donde prime el respeto mutuo y la consideración de estar ante personas de prestigio y reconocimiento social.

6 El licenciado Willy C. Chacón aporta el caso de una fracasada campaña de vacunación precisamente por desconocimiento de los usos culturales habituales en la comunidad de Pampallaqta (Pisac, Perú):

"Programó la enfermera una campaña de vacunación en la comunidad campesina de Pampallaqta. Para tal efecto coordinó con el presidente de la comunidad para que las madres de familia conjuntamente con sus niños la esperarían un día domingo. Llegado el día, la enfermera fue a la comunidad. Encontró a pocas madres de familia con sus niños, hecho que en opinión de la enfermera constituía una gran irresponsabilidad de parte de las madres de familia. Era evidente que tal campaña de vacunación haya fracasado porque la enfermera desconocía la dinámica comunal de la zona. Los días domingos los campesinos asisten a la feria intercomunal a vender e intercambiar sus productos, con el fin de proveerse de productos faltantes y otros artículos esenciales en la vida cotidiana de las familias campesinas."

El contacto con los pacientes y con sus familiares debe ser lo más escrupuloso posible, con fluidez básica en la lengua local, y no ahorrando tiempo en todo lujo de explicaciones. Indicar con la profusión que resulte razonable el uso de los fármacos y recursos clínicos que sean oportunos. Explicar el sentido de los análisis, el por qué de su empleo y razonar con suficiente densidad, previo diagnóstico, el tipo de dolencia o enfermedad que el paciente padezca. Es preciso hablar con el detalle que el paciente demande dentro de las posibilidades que el equipo médico posea en cada situación. Atender con prisas y sin una eficaz asimilación de conceptos produce una tremenda angustia e inquietud en el paciente. Es preciso respetar el pudor, especialmente entre las mujeres, que puedan mostrar los pacientes ante los requerimientos analíticos; en ningún caso violentarlo con prepotencia. Nunca hacer al paciente responsable de su precaria situación de salud. Poseer suficientes conocimientos de la cultura local como para comprender las características de la vida cotidiana lugareña y no extrañarse de los hábitos higiénicos, modales, culinarios o laborales que presenten los pacientes y que pueden incidir en hacer más o menos incompatible cualquier sugerencia de control periódico en la posta. ¡Ojo con la farragosa jerga médica!⁷

Por otro lado es preciso eliminar cualquier resquicio de prepotencia impositiva en los planteamientos de los programas a desarrollar. Esta recomendación parece trivial, pero así como decimos "se le salió el indio" cuando la gente bebe y se comporta de forma irracional o violenta, probablemente debieran decirnos "ya se le salió el blanco" en cuanto nos vemos con una pequeña parcela de poder, como representantes de la autoridad estatal y en el ejercicio de la palabra en plena asamblea

7 La profesora Flora Losada de la Universidad Nacional de Jujuy me comentaba al respecto una anécdota suficientemente explicativa en relación a los problemas que crea la jerga médica. El representante de salud recomendó a una mujer "norteña", que se presentó en los Consultorios Externos de Pediatría con una *wawa* afectada de diarrea, que le diera al muchacho "comida blanda". A los pocos días volvió de nuevo la madre con el niño en peor estado. A la pregunta del médico, si efectivamente le había dado a la *wawa* "comida blanda", la mujer contestó que sí, "loco, guisos y fideos con salsa", es decir, nada de lo que en el argot médico coincide con una dieta "blanda", si bien se trataba de alimentos, indiscutiblemente "suaves" para la masticación.

comunal, donde frecuentemente se reclaman "sí o sí" acciones de parte de la comunidad con escaso margen de maniobra para los "beneficiarios"⁸.

4. Estabilidad del personal sanitario, por un período no inferior a tres años

Hay que evitar la excesiva movilidad tan común. Los pacientes demandan calidad en los equipos médicos y continuidad. No resulta sencillo habituarse a caras nuevas y caracteres distintos cada año. En este sentido, flaco favor hace el "año de provincias" para conseguir el título "en provisión nacional". Plantear la atención sanitaria en términos semejantes a un "exilio forzoso", no parece la fórmula más adecuada para cumplir satisfactoriamente un servicio como el sanitario. En el modelo de reforma educativa ya existe un antecedente en este sentido con contratos de permanencia de al menos tres años (Xavier Albó, comunicación personal).

8 Willy C. Chávez, profesional peruano relacionado con instituciones de salud mental en la zona de Pisac (Perú), me refería recientemente una situación ilustrativa de la arrogancia y prepotencia con que no deben, en ningún caso, llevarse a cabo los programas estatales en salud. Resulta que en la comunidad de Kuyo Grande se presentaron unas representantes de salud que se identificaron como "enfermeras" sin tener el título en posesión, como fue luego notorio entre los comuneros. Paso a transcribir la información del propio profesional:

"Lo sorprendente de su participación fue cuando empezaron a decir que cómo era posible que los comuneros no asistan al centro de salud habiendo tantos enfermos. Muchos de ellos tenían citas reservadas. A los pocos minutos, para sorpresa de todos, las auxiliares empezaron a leer públicamente los nombres de los pacientes que estaban recibiendo tratamiento. Los campesinos y campesinas aludidos se incomodaron comentando entre ellos que cómo podían leer sus nombres delante de todos, si es algo personal. Continuando con su 'discurso', las auxiliares tildaron a los campesinos de desagradecidos porque no valoraban sus esfuerzos para ayudarlos y su sacrificio por permanecer en la comunidad sin comodidad alguna. Manifestaron que cuando algunas veces visitaban las casas nadie las atendía e incluso, según ellas, algunas personas les tiraron la puerta. Más adelante, en términos de órden expresa, dijeron que el Ministerio de Salud, con sede en Lima, por intermedio de la Región, imponía que hubiera voluntarios tanto varones como mujeres para ser sometidos a operaciones de vasectomía y ligadura de trompas, como parte del programa de Planificación Familiar. Según las auxiliares, eso era lo mejor para los campesinos, dado que tenían demasiados hijos, como conejos, a los que no podían alimentar y los hacían morir. Tildándolos, además, como unos pobres ignorantes que no sabían nada. Y que ellas eran las que sabían y tenían la verdad..." ; Sin comentarios!!

Para asegurar la estabilidad, resulta indispensable desarrollar los necesarios estímulos económicos y de servicios básicos. No podemos tampoco exigir de los equipos médicos una vocación de servicio y sacrificio, no reconocido, de por vida. Como ya hemos indicado, el interés y el aliciente médico en el dominio rural aymara, para un profesional de la medicina que posea el lógico deseo de especializarse y continuar formándose, resulta más bien escaso. Poner vacunas, dar puntos de sutura y recomponer brazos termina por saturar y aburrir al médico más servicial y entregado. Por otra parte tendrá que ser el Estado, una vez más, quien dignifique la figura del médico rural y potencie sus actividades con los medios económicos adecuados para un feliz desempeño de sus competencias.

5. Apoyo constante en *auxiliares nativos* del lugar

Su trabajo va a resultar esencial para la paulatina integración de la posta en el seno comunitario. Suelen constituir el punto de enganche entre la medicina tradicional y la asistencia clínica de los pacientes, fortaleciendo con el tiempo el clima de confianza y afinidad pertinente entre ambos círculos.

6. Información periódica en la *asamblea comunitaria* sobre programaciones, planes estratégicos y campañas de vacunación o de prevención

Plantear claramente los objetivos y los medios empleados en cada caso. Tomar las decisiones de forma consensuada con el parecer unánime de la colectividad. Las sugerencias tienen que ser coparticipativas; poco sentido tiene el que la aplicación de los supuestos programas interculturales en salud estén pensados desde el gabinete ministerial y aplicados por sus representantes si, en definitiva, no se contempla previamente el parecer de la comunidad y a través de sus autoridades representativas se formulan sus sugerencias y peticiones en los amplios cantonales, provinciales y departamentales, para poder diagnosticar un Plan Estratégico Nacional de Medicina y Salud Intercultural, recabando toda la información posible sobre quejas, conflictos con los equipos formales de

salud, carencias sanitarias, prioridades y sugerencias, etc., por parte de las comunidades implicadas.

Es decir, en primer lugar habría que saber qué es lo que las comunidades demandan en salud del Estado, cuales son sus criterios puntuales en asistencia sanitaria, sus principales exigencias y necesidades. De otra forma estaríamos volviendo a "pinchar" el poto ajeno sin pedir permiso ni consultar en primer lugar al propio interesado. De esta forma se evitaría la habitual marginación de los afectados en los programas ministeriales, su apatía, el desinterés y la "sospecha" en los ambiciosos proyectos que emanan del Estado. La política sanitaria intercultural y sus caracteres de aplicación deben estar ligados a los deseos formulados previamente por los representantes de las naciones originarias de Bolivia, como paso previo al diseño de cualquier Plan Estratégico.

7. Adopción de un enfoque intercultural bilingüe

La experiencia de los maestros rurales en educación intercultural bilingüe y otros posibles mediadores culturales disponibles en cada contexto local, podría ser igualmente considerada en los planteamientos de los programas sobre medicina e interculturalidad. La presencia de los maestros en las comunidades rurales y su relevancia en las asambleas comunitarias, pueden resultar oportunas para recabar los pareceres de la asamblea e introducir cauces de diálogo y negociación en el dominio intercultural de la salud. Igualmente su actividad laboral permitiría incluir las propuestas relativas a las campañas de salud preventiva, previo consenso con los padres de familia y autoridades comunitarias, en las actividades escolares correspondientes.

8. Comprensión de la *dimensión social* de toda enfermedad

Es preciso tener presente, en cualquier caso, los enfoques sociales que la enfermedad puede adoptar y los criterios de decisión consensuados, no sólo con el paciente, sino con la familia, e incluso el propio entorno social comunitario. La decisión sobre la salud de los comunarios adquiere un sentido social que es preciso respetar. Las decisiones sobre la vida y la

muerte son de entidad social, no dependen exclusivamente del afectado, ni mucho menos del equipo de salud, a pesar de las lamentaciones de los equipos convencionales, quienes desearían poder actuar con suma urgencia trasladando a los pacientes de gravedad para su inmediata intervención en los hospitales de la capital. Las decisiones de esta envergadura suelen ser sopesadas con calma y cautela por el paciente, su entorno familiar, por los soportes médicos locales y, en su caso, por la propia autoridad comunitaria. Merece la pena considerar las pautas de "calidad" de vida que son esgrimidas en el seno comunitario, frente a las soluciones, en extremo organicistas y tecnológicas de los equipos sanitarios.

9. Creación de la figura institucionalizada del *médico rural*

Sustitución del servicio de "milicia" encubierto en el actual "año de provincias", por un cuerpo específico de médicos rurales especializados en la atención sanitaria intercultural. No podemos pensar o exigir que toda la academia médica boliviana sepa lenguas indígenas y adopte nociones de antropología e interculturalidad en el servicio de salud; tal vez no resultaría extraño que un cuerpo médico rural especializado en programas de medicina intercultural, dignificado en su labor por el Estado, con la formación pertinente y el reconocimiento social preciso, fuera la punta de lanza de un nuevo acuerdo en atención sanitaria entre los representantes de las naciones originarias de Bolivia. El resto del cuerpo médico no tendría que pasar de mala gana, forzado, el exilio del año de provincias, ni los comuneros soportar en propias carnes sus "aprendizajes", prepotencias y malos modos.

Sería importante poder acoger en las facultades de medicina a mayor número de representantes indígenas en la carrera, así como considerar un área académica específica de Medicina Intercultural, con el reconocimiento y la excelencia correspondiente. A los ministerios de salud y educación les corresponde un esfuerzo considerable, reconociendo el área de Medicina Intercultural y convocando becas para estudiantes que deseen ejercer dicha especialidad en el área rural; en este sentido, becar a los mejores estudiantes, bachilleres de las áreas rurales, que desearios

de iniciar la carrera de medicina, no pueden hacerlo por falta de recursos, resultaría muy pertinente. Hay que considerar que muy probablemente la presencia de mayores efectivos locales en las postas sanitarias rurales facilitarfa, como en el caso de la educación intercultural bilingüe en relación con los maestros, cualquier política intercultural en el dominio de la salud.

Indudablemente la aplicación de este epígrafe precisa de las decisiones políticas, económicas y sociales correspondientes. El peligro de toda especialización médico rural consiste en el desprestigio que pudiera presentar dicha categoría frente al resto de la academia médica; es decir, trasladar al ámbito de la salud el problema ya constatado en el dominio educativo con profesores de primera (urbanos) y profesores de segunda (rurales). Si no queremos configurar igualmente médicos de prestigio (urbanos) y otros desprestigiados (rurales), es preciso por un lado dignificar y prestigiar con los correspondientes méritos al médico rural (sueldo y bonos de campo); pero, por otro lado, efectuar el esfuerzo político, económico y académico pertinentes como para impulsar la especialidad de medicina intercultural en las facultades de medicina del país. Identificar interculturalidad en salud con el dominio rural, constituye un error garrafal como hemos visto al contrastar el testimonio de Pedro en la ciudad de La Paz (capítulo 3). La presencia de emigrantes en las ciudades bolivianas, procedentes de espacios culturales dispares, obliga a considerar y aplicar los planteamientos interculturales en medicina en los propios ambulatorios, centros de salud y hospitales urbanos.

10. *Difusión de estos preceptos a todos los ámbitos de la acción estatal*

La *wiphala* política, social y cultural, representativa de la pluralidad boliviana, ha de reconocer igualmente la diversidad aplicada al dominio de la salud, proporcionando los espacios de encuentro y debate oportunos entre pacientes, familiares, curanderos, auxiliares y médicos, con el refrendo pluricultural y multilingüe del Estado. Todo ello debería quedar suficientemente consignado en las correspondientes campañas informativas.

Probablemente este tipo de acotaciones justifican su razón de ser de una forma mucho más transparente y menos conjetural, simplemente con que el lector recapacite sobre el tipo de atención médica que le gustaría recibir como persona en situación de crisis sanitaria y no como "indio de mierda". Hagamos el esfuerzo y apreciemos las dificultades y problemas que implicaría el aceptar la presencia de "extranjeros" o personas alejadas de nuestro círculo habitual, que desconocen nuestro idioma, que no saben comportarse según nuestras normas, que nos piden a los hijos para clavarles agujas y que son incapaces de apreciar el verdadero sentido de nuestras enfermedades. Estoy convencido que yo sería uno de los primeros en salir corriendo de su influencia, o... tal vez en lanzarles la primera piedra en caso que se aproximaran demasiado.

Las formas diferenciadas que adquiere la medicina aymara refleja su propia deontología en el marco estricto de la cultura. Una medicina de acuerdo con normas éticas y morales que sanciona la relación de reciprocidad con el entorno altiplánico, con los seres que nos protegen, con la familia, con la costumbre y las demandas sociales; una medicina preocupada por la subsistencia y desagarradoramente realista en relación con los límites que no debe traspasar en la lucha por la vida; partidaria de vivir y morir en casa, rodeado de los seres queridos. Una medicina a escala humana, preocupada por el paciente, no por el afiliado a la seguridad social, por su "plata" o por el órgano fisiológicamente indispuerto. La recomendación de Petrona, auxiliar clínica aymara –"¡que vaya pues *chachawarmi!*"– simplifica en grado extremo los conflictos, tensiones y rivalidades que el ejercicio del poder sobre la curación y la salud suponen en el altiplano aymara.

* * *

Raulito Condori ya se encuentra en el jardín de Jesús regando las plantas y cuidando su jardín con la pequeña escoba de *jichhu* que tata Cruz le construyó, junto a las ojotas y un diminuto chicote. Todo fue a parar al interior de su cajoncito para que lo utilice con diligencia. Mientras no se consideren las apreciaciones multiculturales en torno a la salud, seguro que habrá otros muchos Raulitos cuyos padres no querrán aproximarse a la posta o a las instituciones sanitarias que con carácter casi gratuito se reparten por el altiplano, pese a la extrema gravedad en que su hijo se encuentre. Mientras la clase médica continúe tratando las formulaciones indígenas como meras supercherías propias de gentes ignorantes, Bolivia continuará recolectando una tremenda cosecha de Raulitos y Ximenas, perdiendo una vez más el presente y su futuro como nación a pesar de su atractivo escaparate internacional, plurilingüe y multicultural.

Si las medidas estructurales no llegan para potenciar una política intercultural en salud, seguiremos dependiendo de la vocación, sensibilidad y criterio (positivo en unos casos, negativo en otros) de cada actor vinculado con la salud rural. A inspiración del mal plomero, no se podrá hacer otra cosa sino "parchear" una situación endémica e injusta, sin lograr cambiar a tiempo la cañería.



Programa madres e hijos en la posta de Qurpa. [ESA]



El médico y la auxiliar atendiendo a pacientes en la posta de Qurpa. [ESA]





La llama bien adornada antes de ser sacrificada.

Wilancha
Ofrenda de sangre
a las divinidades
ancestrales.

Inauguración
del centro
Avelino Siñani,
Qurpa. [XA]



La sangre



Un dirigente "pasado" ch'alla el nuevo edificio



La marca ritual seguirá visible durante años. [XA]



El *ch'amakani* Carmelo Quispe reza con incienso en la cumbre del cerro Pajchiri antes de quemar su mesa de Gloria. [XA]

COMENTARIOS

Enrique Pinto

Jaime Zalles



Sanitarios del Equipo de Salud Altiplano retornando a sus postas dispersas por toda la región de Jesús y San Andrés de Machaca después de una reunión. [XA, arriba; ESA, abajo]



LA PERSPECTIVA DE UN MEDICO

Enrique Pinto

Por una "graciosa" broma del Espíritu Santo, Xavier Albó me invita a comentar el libro de Gerardo Fernández. Lo racional hubiera sido que no acepte, pero el tema es por demás importante. No torceré la "inspiración" del Espíritu Santo (para que se cumpla en Xavier la pena o castigo –difícilmente premio–) ...que sea y... que Dios le ayude.

Pero la motivación, la única que me justifica en el "pecado", es estar convencido de que comentar este tipo de trabajo es un desafío. Porque en Bolivia todo es desafío y es el motor de la vida el enfrentar desafíos. Además, al ser médico tengo la responsabilidad moral de opinar siempre que se trate de Medicina. Es mi oficio y es la esencia de mi vivir. Por esta oportunidad gracias a Xavier y mis excusas anteladas a Gerardo si discrepamos en algún tópico.

Para remarcar mis limitaciones en la temática debo señalar que quien habría sido el indicado para este comentario sería el Dr. Rolando Costa Arduz, colega y amigo de profunda versación en el tema y de amplio conocimiento histórico. Baste mencionar que tiene al menos una treintena de libros escritos sobre los diferentes quehaceres de la vida nacional, preponderantemente de la vida no ciudadana. Se me ocurre en este instante mencionar, por ejemplo, que tiene escrita una bibliografía de medicina tradicional del área Andina (1987), la antología **Compilación de Medicina Kallawaya** (1988) y un análisis de la legislación existente sobre el tema (1995).

Así lanzados al ruedo, hagamos lo mejor que podamos, pero ante todo con un profundo convencimiento del valor trashumante de nuestras raíces y del

mayor respeto por todo lo que es la vida rural, sus quehaceres y sus esencias y la más importante de éstas, es la real existencia y prevalencia de nuestras raíces aymara-quechua, y tupi-guaraní, etc. Por razón de nacimiento y vivienda estoy más empapado de mis raíces quechua y aymara, más la aymara, por razón de trabajo.

Es indudablemente una bendición de todos los dioses, tutelares y celestes, que aún prevalezcan las raíces andinas, nuestras raíces andinas. Hay que preservarlas a toda costa, no soterrarlas ni menos tolerar ni permitir que se cometa el genocidio que se da en otras naciones vecinas (Brasil, por ejemplo) con los originarios. El "Imperio" no puede comprender a Latinoamérica, a la América Morena, porque aniquiló sus raíces... sólo las preserva en museos muy sui géneris, que les llama "reservaciones".

Pero volviendo al tema, la proposición de que vayamos *chachawarmi*, no sólo es profundamente desafiante, sino realmente revolucionaria. El momento que esto sea ya realidad generalizada se habrá ganado la batalla. Hay mucha gente en el espíritu de la propuesta pero aún es insuficiente.

Desde tiempos inmemoriales los *kallawayas* han sido reconocidos no sólo como un arte (la Medicina es arte), sino también como ciencia; y la Medicina Tradicional de Bolivia, la más auténtica, es la *kallawaya*. Es tradicional porque se transmite el conocimiento y experiencia verbalmente de padres a hijos. Esta tradición se va perdiendo y día a día, gran lástima, son cada vez menos los auténticos *kallawayas*; y éstos van siendo sustituidos por otras categorías de arte de curar que no es tradicional ni tiene la envergadura de lo que fue la cultura *kallawaya*.

La medicina *kallawaya* es una Medicina Nosológica, obviamente con nomenclatura diferente a la de la Medicina Occidental, que toma sus instrumentos de trabajo (medicinas, etc.) directamente de la naturaleza, emergente del adquirido por generaciones y transmitida oralmente, lo reitero, de padres a hijos. Es tan académica y científica como la occidental, sólo que en otra escuela. Sus limitaciones son emergentes de la naturaleza de las enfermedades y de los alcances materiales, "tecnológicos" y otros factores fáciles de comprender.

En la Medicina Occidental, que Gerardo la denomina científica, los médicos jóvenes o viejos trabajamos con el mismo tipo de enfermos. Pero aunque nuestros recursos materiales y tecnológicos tienen también limitaciones, a veces inadmisibles, para poder tener una praxis apropiada (carencia de laboratorios mínimos, de conducción apropiada de las autoridades, etc.), son mayores que los de la Medicina Tradicional. Sin embargo, es indudable que hay otra falencia en nuestro tipo de práctica médica, algo que sólo se puede dar al correr de los años, la experiencia acumulada y crítica. Esta virtud se da en los auténticos médicos *kallawayas* desde muy temprano, porque el *kallawayaya* padre, vierte sus conocimientos y su experiencia, en el hijo ya desde temprana edad.

Otra diferencia, que no debiera ser, es que el médico "doctor", por deformación a veces individual y a veces de aprendizaje, tiene marcada propensión a tomar en cuenta la enfermedad y no al enfermo con todo su contexto (lugar de trabajo, familia, entorno, etc.). Desde hace varios años se insiste en las Facultades de Medicina en el concepto de "proceso salud-enfermedad" y otros elementos de juicio como el de asumir que no es, por ejemplo, una hepatitis, si no un enfermo con hepatitis. Creo que muy superficialmente apunto algunos símiles y diferencias.

Desde luego que sería un gravísimo error ni siquiera pensar en una confrontación entre la Medicina *Kallawayaya* y la Medicina Occidental, científica o académica (como quiera denominarse).

Hay que buscar los medios y las formas para que vayamos *chachawarmi*, y ambos aprendamos de ambos, como tuve la suerte en alguna oportunidad feliz de aprender de un médico *kallawayaya*: el uso de la palta (huacamolé) apapillada para curar supuraciones persistentes que no responden al uso de los antibióticos. Simplemente, y por razón de tiempo, menciono el caso de un empiema crónico de pleura, fístulas múltiples en el muslo tras mordedura de un perro, infección rebelde con supuración en el lecho de un trasplante de piel (este último caso curado a distancia y por teléfono en una amiga residente en los Estados Unidos, de lo cual tengo el testimonio).

También, hacia los años 70 a 75 estando trabajando en el Instituto del Tórax, tuve un niño de 12 años enfermo con tuberculosis, que no respondía apropia-

damente al tratamiento –correctamente definido– hasta que, cometiendo sacrilegio que nunca me perdonarán los doctores, permití que un *yatiri*, en horas apropiadas, acudiese al hospital, hiciesen lo que debían hacer y, a partir de aquel momento, el niño repuntó asombrosamente en su recuperación. Era un niño que de tan mal que estaba, animó a los padres a acudir a la ciudad, desde una comunidad muy aislada, aymarista. Por problemas de trabajo, debió quedarse solo. Desgraciadamente yo no podía hablarle en aymara –y no es lo mismo hacerlo como “traductor”–.

Otra vivencia que data de mi infancia es ese fenómeno tan sui géneris de un niño o persona mayor que pierde su *ajayu*. Lo percibí en una sobrinita... lo asimilé y comprendí muchos años después, siendo ya profesional de la Medicina.

Estos pocos ejemplos bastan para comprender una nueva dimensión de la enfermedad y de lo que acontece con el enfermo. Por ello tratamos que los estudiantes asimilen al menos un hecho. Cuando una persona va con una enfermedad, en realidad tienen tres enfermedades: esa enfermedad tal como él la percibe; esa misma enfermedad tal como el que cura la interpreta (y van ya dos enfermedades); y la tercera, la que no percibimos, o en la que no pensamos o la que no buscamos y que puede ser más letal que las dos primeras. Esto es lo que pasaba, por ejemplo, con el niño aymara que no mejoraba, hasta que con la concurrencia del *yatiri* se sintió enraizado, nuevamente, a todo lo que forma parte de las personas, la familia, el entorno, etc.

Hemos hablado de la cultura *kallawaya* y los médicos *kallawayas*, muy superficialmente, lo reconozco. Pero también hay otras categorías y formas de curar y en ello entra un complejo conjunto de personas que poseen la habilidad o el reconocimiento o tienen ciertos poderes que les permite actuar en el enfermo, de alguna manera. Pero ya no son médicos ni *kallawayas* ni de los otros. Se desarrollan en un contexto mágico-religioso y espiritual tutelar: los dioses aymaras están aposentados o en el Mururata o en el Sajama o en alguna otra importante y relevante montaña de nuestros maravillosos Andes.

- Hay los *ch'amakanis*, que manejan el espíritu, son "espiritistas" por decirlo de alguna manera.

- Los *aysiris* (de *aysaña* = jalar) que retornan el "ánimo o ánima".
- El *qulliri*, que domina la herbolaria y cura trastornos modificantes con fitoterapia.
- El *yatiri*, de mayor bagaje y campo de acción.

Todos ellos no son "curanderos" en el sentido vulgar de la palabra. Son personas que poseen un conocimiento que les permite actuar bajo ciertas circunstancias y éstas son precisamente algo que la Medicina Académica olvida en la praxis rural. Es el componente psicológico de las personas, que tiene relevancia en situaciones de conflicto, no importa la edad ni el plano cultural en el que se desempeñen. Este componente explica también la existencia de una última especialidad, menos visible:

- El *layqa*, el brujo, que es generalmente demandado para un beneficio directo o indirecto personal del consultante, pero con un destinatario al que de alguna manera se le pretende un mal.

Todo este contexto se desarrolló a través de un importante instrumento, la psiquis. De ahí el éxito que tiene para solucionar procesos sin base orgánica que de todos modos atingen a la persona. Aun cuando hay base orgánica, con este apoyo psicológico es más fácil que el mal se supere naturalmente, posiblemente con el apoyo complementario de la Medicina Occidental, salvo que el daño orgánico haya llegado a un punto de "no retorno" en ese tenue límite entre la muerte y la vida.

Otro tipo de medicina que aflora en los Andes, especialmente en los pueblos originarios y en los grupos sociales migrantes a las ciudades o mestizadas en los cinturones citadinos, es la Medicina Popular. Emerge de las experiencias buenas o malas, generalmente empíricas, de las amas de casa o grupos sociales afines. Es en realidad una medicina folclórica, válida en la medida de los trastornos o enfermedades autolimitadas, pero riesgosa cuando la naturaleza del padecimiento es diferente.

Un "curanderismo" que no esté sustentado en los saberes y conocimientos de los diferentes entes que comentamos, es ciertamente charlatanería y como tal falsa, sin sustento. Es altamente riesgoso para el enfermo, porque permite el

avance del mal o, lo peor, hace que pierda la oportunidad de curar por haber llegado al inevitable punto del "no retorno" emergente de condiciones vitales de las células, que necesariamente repercuten y definen la extinción de la vida del enfermo.

Hay en los pueblos aymaras una riqueza terapéutica que vale la pena mencionar. Por ejemplo los *qaquris* (*qaqurinaka*) asimilables a los masajistas, la *thalantaña* (manteo) que cuando se hace apropiadamente y en el caso indicado resuelve problemas obstétricos.

Por supuesto que los obstetras me fusilarán cuando lean esto, al igual que los traumatólogos. El punto es que la acción sea apropiada para el caso. Pero ¿cómo definir este punto en circunstancias como las que estamos comentando?

Es falta de conocimientos determinados. Similares situaciones se dan en el doctor que pierde la perspectiva de ser médico. Esto implica entrega, mística de trabajo, estudio permanente, acumulación crítica de experiencias recogidas y no persistencia obstinada en el error. Eso no es experiencia.

Otro acápite, brevemente dicho y que me permito corregir a Gerardo es que, luego de todo lo precedente, cuando se trata de *kallawayas* se trata de médicos, no de curanderos, como los etiqueta en unos dos o tres episodios de su trabajo. De todos modos ese trabajo es menester releerlo y revalorarlo para que se perciba y asimile el leit motiv que persigue.

Otro punto a analizar: el *kallawayas*, el *yaitiri*, etc., tienen a su disposición, en la propia naturaleza, todos los elementos necesarios que requieren.

La Medicina Occidental requiere de elementos mínimos para una buena práctica. Ya está superada la mera medicina hipocrática. Ahora se requieren elementos de permanente información y reciclaje. Dados los magros emolumentos de quienes trabajan en provincias, no pueden, por ejemplo, suscribirse en una revista, primero porque el costo de la suscripción anual supera casi el total de lo ganado por él en un año. Otro obstáculo es que las revistas médicas vienen escritas en inglés, no son traducidas: costarían mucho más y tardarían mucho más. La medicina ya no habla castellano. Lamentablemente no se insiste en el conocimiento del inglés en las facultades de Medicina y lo que es peor –y es parte de mi pecado–, pocos médicos saben aymara y/o quechua, por ejemplo.

Respecto a los cobros en dinero que hacen los médicos, son imposiciones de la estructura sanitaria, que tiene que costear los insumos, medicamentos, etc. Sólo tiene financiados medicamentos para algunos programas, como tuberculosis, malaria, fiebre amarilla, inmunizaciones y algo más. El resto debe ser financiado por cada unidad sanitaria, distrito, etc. Para agravar más la situación, a excepción de unos cuantos centros asistenciales (hospitales de distrito, centros de salud hospitalaria, que son pocos en el territorio nacional), el resto carece de elementos tan básicos y elementales como una glucocinta o un hematocrito.

Los cobros que se hacen no son para el médico o la enfermera. Desde luego que no han de faltar algunos medicuchos y otras gentes que aprovechan la angustia del enfermo para locupletarse... pero con migajas, lo que los hace más miserables.

Falta un constante reciclaje de conocimientos, una actualización periódica, apropiada y planificada. ¡En ciencias biológicas se deben remozar los conocimientos cada 3 a 5 años!

Los otros elementos o los otros actores del problema de salud no confrontan esta dinámica ni estas necesidades. Además, a ellos no se le cuestiona la remuneración en especie o en metálico, al doctor sí, por sistema, por desconocimiento, por incompreensión o por mala fe.

A estas alturas creo que debemos plantear, efectivamente, como propuesta el marchar *chachawarmi*, pero estando muy conscientes de que este es un trabajo difícil, lento pero no imposible. Creo que las condiciones se van dando. Falta el orientador.

Por último, si bien a todos los actuantes les amenaza el problema de dejar avanzar el mal hasta el punto de no retorno, se trate o no de daño orgánico o psicológico, es más fácil afrontar esta situación en las otras medicinas y no en la occidental, salvada la incapacidad profesional.

A este peligro debemos añadir el de la charlatanería, falaz, que se va dando en los cinturones citadinos con la migración campo-ciudad. Induce incluso a desnaturalizar las acciones de algunos *yatiris* y de algunos que fungen como *kallawayas*. Esto porque carecen del control que existe en el seno de las

comunidades, donde la sanción moral es de tal magnitud, que difícilmente alguien puede animarse a tal charlatanería.

La comunidad y el *yatiri*, *qulliri*, etc., cuidan muy bien de su prestigio por dignidad o por mística. En las ciudades, también entre "los blancos", es más fácil que se dé –y se da– este fenómeno, especialmente en las mayores. Son verdaderos impostores de la medicina, a quienes debiera caerles una sanción más que moral.

Finalmente creo que es el momento de sugerir las siguientes propuestas, razonables y necesarias:

- Hay que preservar la pureza de la Medicina *Kallawaya*, de los *yatiris*, *qulliris*, etc. En este caso sólo las comunidades originarias pueden tomar cartas en el asunto. En los casos de los impostores ciudadanos de la medicina el Colegio Médico debe ser el actor.
- Las facultades de Medicina deben revisar el aspecto idiomático en sus estudiantes.
- Las autoridades ministeriales deben profundizar acciones para lograr el acercamiento, entendimiento y complementación entre *kallawayas* y médicos académicos.

El asunto es espinoso pero debe darse. Ninguno debe pretender sobrepasar al otro; ambos tienen limitaciones y mucho más en las circunstancias en que nos vemos obligados a la praxis no sólo en el área rural sino hasta en nuestros hospitales. ¿Puede alguien pensar en alta cirugía si no se tiene, por ejemplo, un equipo gasométrico o si por "ahorrar" con cierto criterio "técnico", no se comprenden los mejores reactivos de laboratorio o placas radiográficas?

En resumen, la vivencia que el autor documenta es un aporte que hay que rescatarlo en su justa proporción y trascendencia: propone el *chachawarmi* y decide divulgar la realidad y alcances de la Medicina Alternativa y sus variantes. Implícitamente señala sus limitaciones.

Las cartas están echadas, yo tomo la que me corresponde. ¿Quiénes más me ayudan?



En comunión con las almas. Todos Santos en Querpa. [XAI]



En comunión con las almas. Todos Santos en Charazani. [IR 1987: 331]

COMPLEMENTACION DE LAS DOS MEDICINAS EN EL CAMPO

Jaime Zalles

Enrique Oblitas Poblete, en el Prólogo de su libro **Plantas Medicinales de Bolivia**¹, nos da la etimología correcta de la palabra *kallawayá*, que nos lleva a afirmar que la cultura del Qullasuyu fue una cultura estrictamente medicinal. En el siguiente cuadro presentamos las principales correspondencias:

<i>Qulla</i>	=	Planta Medicinal Habitante del Collao	<i>Qulla-ña</i>	=	Curar
<i>Qull-iri</i>	=	Médico	<i>Qulla-na</i>	=	Lo sagrado
<i>Qulla-suyu</i>	=	País de médicos y medicamentos	<i>Kall-awaya</i> <i>Qulla-wayu</i>	=	El que lleva al hom- bro las plantas
<i>Qulla-n-uta</i>	=	Casa de plantas medicinales	<i>Kull-awa</i> <i>Qulla-wawa</i>	=	Farmacéutico itinerante
<i>Collacoto</i> (Barrio de Quito)	=	Sitio donde se reúnen los qullas médicos	<i>Cotocollao</i> (Barrio de Quito)	=	Mercado de plantas medicinales
<i>Qulla-n-pampa</i>	=	Llanura de plantas medicinales	<i>Qullan-uyu</i>	=	El corral donde hay plantas medicinales
<i>Qulla-n-jawira</i>	=	Río de plantas medicinales	<i>Qulla Kamayu</i> <i>Qulla Amawa'a</i>	=	Especialistas en el manejo de plantas

1. Brujos y *kharisiris*

Fue muy satisfactorio para mí empezar a leer el manuscrito de este libro del antropólogo Dr. Gerardo Fernández Juárez y encontrar la traducción correcta para la palabra *yatiri*. Estamos tan acostumbrados a llamar "brujos" a los sabios indígenas desde nuestras "atalayas y torres de marfil" en estos 505 años, que no es posible pensar que un estudioso sea capaz de respetar a un sabio de otro color de piel.

Hace poco tiempo antes escuchamos en un "Encuentro de las Facultades de Medicina para la Enseñanza de la Medicina Tradicional"² al Dr. Francisco Rossi de OPS/OMS que, hablando de los sabios indígenas, decía que eran "elegidos" desde niños y preparados prácticamente durante toda la vida para ejercer un servicio como líderes políticos, culturales, religiosos y también para curar a los enfermos. Esos hombres en distintas culturas americanas se llaman chamanes o shamanes, *sinchis*, *ipayes* y en este caso *yatiris*. (Se considera "elegido" como *yatiri* al chico que sobrevive a los rayos.)

"Había muchos herbolarios", comentaba Bernal Díaz del Castillo describiendo lo que vio en la Plaza de Tlatelolco, correspondiendo exactamente a lo que Cortés relatará en octubre de 1520 al Emperador Carlos V:

Hay calle de herbolarios, donde hay todas las raíces y yerbas medicinales que en la tierra se hallan ... Hay casas como de boticarios donde se venden las medicinas hechas, así potables como unguentos y emplastos³.

El primer siglo de la Conquista, el XVI, se caracterizó por el asombro y la investigación de las plantas medicinales del Nuevo Mundo. El P. José de Acosta afirma que Carlos V dispuso de 60.000 ducados para que el médico Francisco Hernández acumulara y procesara la información desde Sevilla.

1 Oblitas (1989: 11). Manuel De Lucca, aportes personales.

2 Primer Encuentro Nacional de Facultades de Medicina para la Enseñanza de la Medicina Tradicional (OMS y OPS, Cochabamba, 24 y 25 de Julio de 1997).

3 En Viesca Treviño (1996: 116).

Atacando y desplazando como "brujos" a semejantes personajes –recordemos que se los quemaba en la Europa de los siglos XV a XVII– la Cultura Dominante se imponía sobre la Cultura Dominada en todos los ámbitos, no sólo en el aspecto medicinal que ahora nos ocupa.

Pensemos con qué facilidad el conquistador e inquisidor que los criollos llevamos dentro sigue calificando de "brujería", "diabólico", "superstición", "ignorancia" o "superchería" a lo que no entra dentro de paradigmas, modelos mentales o esquemas demasiado racionalistas y estrechos, cuando no alienados. Estamos como ciegos para algunos fenómenos. Como si el murciélago negara la existencia de la luz, porque sus sensores captan otro tipo de ondas que le permiten desplazarse más libremente por la oscuridad. Es como si los varones negáramos los dolores menstruales o del parto porque nunca los hemos experimentado.

Esta ceguera ha llevado a la medicina occidental a negar la existencia de la energía en el cuerpo humano que los chinos afirmaban desde hace 5000 años y de la que nadie puede dudar actualmente desde que se hacen los electroencefalogramas y electrocardiogramas. Esta misma ceguera nos impide explicar la lectura por la coca, la capacidad de los "zahoríes" para encontrar agua bajo la tierra, la "radiestesia", los antojos instintivos de la mujer en el embarazo, la telepatía y el mundo de la parapsicología. Nuestras antenas se han cerrado al "misterio" y sólo lo niegan cómodamente. Sólo vemos lo que nos conviene y nada de lo que está fuera de nuestros paradigmas. ¡Es preciso deponer las armas, abrirse al otro y terminar con esa absurda lucha en este país pluricultural y multilingüe!

Me entusiasme en la lectura del texto de Gerardo Fernández cuando en el capítulo 2 (nota 15) encontré que el cronista Cristóbal de Molina, ya en el siglo XVI (1570), documenta en sus escritos el pánico que levantaba entre los indígenas el interés por la grasa de los Indios. No esperaba yo que tan pronto se fuera a formar el mito del *kharisiri*, tan frecuente en el Occidente boliviano y en los Andes peruanos. Era exactamente la época del descubrimiento de las plantas medicinales de América; pero era también el momento de la medicina conquistadora desocupada en este Continente. Los médicos peninsulares estaban es-

cribiendo las primeras seis enciclopedias sobre las plantas medicinales americanas⁴.

Inmediatamente que el médico conquistador desocupado acusa de "brujos" a los "sabios indígenas", los sabios responden con la misma moneda, les llaman *kharisiris* y atribuyen a los conquistadores que detentan cualquier poder excesivo y vertical, la facultad misteriosa de sacar la grasa de los riñones (residencia de la energía del ser humano) desde lejos y sin dejar cicatriz. "¿Tú me dices brujo a mí? Yo también te pago en la misma moneda." Médicos primero, curas después, luego corregidores, militares en la época de García Meza y otra vez médicos, son acusados sucesivamente de esa manera como un efectivo mecanismo de defensa contra las personas indeseables. Dijo, pues, Cristóbal de Molina:

... que despaña avían enviado a este reyno por unto de los yndios para sanar cierta enfermedad que no se hallaba para ello medicina.

(Mis subrayados.)

¿Por qué "desocupados"? El Dr. Costa Arduz, en el prólogo del libro **Compilación de Estudios sobre Medicina Kallawaya**, cita a Belisario Dfáz Romero y a Bandelier, quienes dicen:

Finalmente recuerda las determinaciones de 1637 que rechazaban el proyecto de una Facultad de Medicina para Lima porque existían hierbas e indios que las manejaban con más eficiencia que los médicos.

Añade también la expresión del general Miller, quien escribía:

En todas las provincias del Departamento de Puno no existe ni es conocido un regular médico. La tribu aborigen de *callahuayas* o yungueños son los únicos prácticos a través de una gran parte de Sud América⁵.

4 Martín de La Cruz y Juno Badía escriben en náhuatl y latín el Códice Badiano; Francisco Hernández su obra sobre las Plantas de México; Nicolás Monardes recopila desde Sevilla toda información y muestras llegadas de las Indias; el italiano Nardo Antonio también hace su obra. Gonzalo Fernández de Oviedo y Valdés documenta las Plantas de Nicaragua y Centroamérica y el P. José de Acosta S.J., habla de la Flora Medicinal peruana. Todo esto en el primer siglo.

5 Prólogo a su *Compilación de estudios sobre Medicina Kallawaya* (Costa, comp., 1988: 14).

Siempre afirmé que esta guerra sin cuartel entre Brujos y *Kharisiris* sigue siendo la principal causa de que la Bolivia que otrora fuera el *Qullasuyu*, es decir, la región de los médicos y de los medicamentos en el *Tawantinsuyu*, sea ahora el último país de América en salud, donde la mortalidad infantil en los 5 primeros años llega y hasta puede pasar de los 250 por 1000 nacidos vivos, según datos de la OPS/OMS para 1995.

2. En búsqueda de soluciones

Hay que resaltar la siguiente afirmación del autor Gerardo Fernández (capítulo 1):

Es en el ámbito cultural donde hay que buscar algunas respuestas que hagan comprensibles la "desconfianza" —a veces el único mecanismo de defensa del oprimido— y el aparente fracaso o minusvalía de entidades de salud que trabajan en el Altiplano aymara de Bolivia... Mi preocupación alude a los conflictos de naturaleza cultural que se establecen entre la sociedad aymara y la sociedad blanca y criolla en términos sanitarios.

En mi humilde opinión la mejor solución que se nos pueda ofrecer debería incluir decisiones como las siguientes:

- Incorporar como un tema a lo largo de todas las carreras de Ciencias de la Salud, todo lo que tenga que ver con las peculiaridades de cada región, de cada grupo humano y sus diferencias culturales en relación a la salud.
- Un diálogo muy profundo con la gente que de hecho hace salud en las comunidades, promoviendo su participación y una labor conjunta con el personal de salud.
- Un cambio de actitudes, tendiendo siempre a un mayor respeto y acercamiento.
- Tener en cuenta las sugerencias de OPS/OMS en cuanto a seguir ejemplos de resultados obtenidos por las Estrategias de Atención Primaria de Salud en países similares al nuestro.

- No olvidarnos de lo que ya se ha logrado en Bolivia en muchos experimentos valiosos de Articulación, Convergencia y Complementariedad de ambos modos de hacer salud.

LA ANTROPOLOGÍA MÉDICA, ESA GRAN AUSENTE

Cuando la concepción misma de la vida, la filosofía, la cultura, la religión, la ética y la misma organización política son diametralmente opuestas, nos encontramos como cerrados en un gran círculo o esfera sin ventanas. Cuando en medicina la concepción de salud, enfermedad, vida y muerte es diferente; cuando la etiología y hasta las terapias son totalmente diversas, no se puede pensar en un trabajo en salud "integrado". De momento las esferas que sólo se tocan en un punto parecerían ser paralelas de las que nunca se encuentran y si llegan a tocarse sólo será para chocar y dañarse.

Es labor de la Antropología Médica, como especializada en las culturas, ejercer de mediadora, formadora e informante, creo yo, y no de simple espectadora en estos conflictos, ofreciendo soluciones similares a las que se toman en la problemática de "género":

- Aceptar las diferencias primero y luego establecer un diálogo entre iguales, donde cada parte tiene los mismos derechos; prescindiendo de lo que nos divide, respetando las diversidades reales y, en este caso, buscando el objetivo común de una mejor salud para Bolivia.

¿Se ha preguntado usted qué actitudes tomaría si de pronto se encuentra amarrado en una sala de operaciones china donde el cirujano se dispone a abrirle la cabeza y usted sólo ve miles de agujas e instrumentos como de carpintería: serruchos, mazos, cinceles; pero nada de anestesia, de asepsia, ni instrumentos electrónicos? ¿Se da cuenta de lo terrible que es no poder entender ni la lengua ni las razones del diagnóstico médico, que le indican al cirujano que lo más importante para usted es abrirle la cabeza porque el Yin y el Yang no están circulando correctamente por sus meridianos? Usted, mi amigo, en esas circunstancias se llenaría de miedo, de desconfianza y de tozudez para no aceptar tan fácilmente las soluciones del otro. ¡Pues eso les pasa a los aymaras todos los santos días en nuestros hospitales y centros de salud!

¿CÓMO?

Las soluciones parecen vislumbrarse en las actitudes y en saber cómo hacerlo en la práctica.

Primero, más en concreto, me atrevería a recomendar el aprovechamiento de las abundantes experiencias que se han tenido de la articulación, complementación y convergencia de los dos modos fundamentales de hacer salud en Bolivia: la Medicina Universitaria y la Medicina de cada grupo, cultura, etnia o nacionalidad dentro del País.

¿Por qué no multiplicar las ricas experiencias de algunos sitios de Bolivia, como las de Redención Pampa y Zudáñez en Chuquisaca; Ancoraimés, Puerto Pérez y Cohoni-Chanca (Illimani) en La Paz; Tiraque, Punata y Raqaypampa en Cochabamba; Vallegrande en Santa Cruz; o UGES I y VI en Tarija?

También pudiéramos imitar experiencias muy valiosas de México, Guatemala, Brasil, Paraguay o Perú, de la India, de la China y de varios países de África. La OPS/OMS tiene abundante información en estos aspectos.

Hay que buscar los puntos de articulación que se puedan dar para entrar en comunicación y coordinación. Marco Polo pudo relacionarse con el Oriente de su tiempo en el comercio de telas y especias. Los jesuitas lo hicieron mediante los inventos con la China (impresión, reloj, pólvora, etc.) y con los guaraníes y chiquitanos mediante la música. Creo que las plantas medicinales y el objetivo común de conseguir una mejor salud para Bolivia, son dos engranajes que pueden ser aceptados por las dos maneras de hacer salud en cada región de Bolivia.

A no dudarlo, si se encuentran puntos de interés común se puede lograr la movilización y la participación real y efectiva de la comunidad.

Otro elemento que hay que rescatar y poner en relieve es el mutuo respeto. ¡Nadie trabaja a gusto en algo cuando no se siente respetado!

Para mí fue muy importante la historia y experiencia del Proyecto IMSS-COPLAMAR, del Dr. Xavier Lozoya ya hacia los años 80. El Instituto Mexicano

de Seguridad Social le ofrece a dicho investigador de plantas medicinales 3000 postas sanitarias y centros médicos vacíos en el área rural y acepta el desafío sólo en un Estado: Chiapas. Allí encuentra que en torno a los 350 puestos médicos había 450 expertos en curaciones. Dialoga con ellos: "¿Qué quieren ustedes del médico?" Le responden lo mismo que algunos de los entrevistados por Gerardo Fernández: "Queremos trabajar con él".

Se dan cuenta de que la "interconsulta" no es posible. Pero tienen la genial idea de trabajar en consultorios distintos, con una persona bilingüe y bicultural que ayuda a que cada cual vaya al consultorio que le corresponda. Así la madre que busca la curación de la caída del *tonali* o de la "sombra" para su niño, es enviada al experto tradicional y el que trae radiografías de pulmón por una tuberculosis, visita al médico. A veces se refiere el paciente y también puede haber una interconsulta si parece oportuno. De esta manera se llenaron primero los consultorios de Chiapas y después los del IMSS en todo México.

UNA EVALUACIÓN POSITIVA

Ya se hizo esta experiencia en Bolivia y la evaluación de su resultado nos la ofrece el Dr. Fernández, al darnos la respuesta recibida por varios de sus entrevistados a la siguiente pregunta: "¿Sería bueno que hubiera instituciones, oficinas donde pudiera trabajar médico, enfermero, *kallawayas* más?"

Se puede trabajar, se puede, se puede. Por ejemplo donde el Walter hay doctor, cirujano, hay naturista, hay *kallawayas*, también matronas, enfermeras de los partos. Son cinco grupos, digamos: doctor, *kallawayas*, huero, parteras que hacen nacer *wawitar* junto con nosotros. Está resultando bien. Todo el grupo tiene cada uno su oficina, su consultorio cada uno.

¡Qué bien que trece años después de la Inauguración de ese consultorio con el Dr. Javier Torres Goitia, sea uno de los *kallawayas* el que evalúe diciendo que "está resultando bien"!

Ese consultorio se inspiró en los del IMSS-COPLAMAR en México y se abrieron muchos similares a él.

CONCLUSIONES DE ALGUNOS AUTORES

Gerardo Fernández tiene todo un capítulo de conclusiones. Trataré de hacer un resumen sintético de las conclusiones del autor a veces con sus palabras y otras con las mías:

- Cada cultura resuelve sus problemas desde sus propios puntos de vista, sus capacidades y recursos. También se resuelven los problemas de salud desde la propia perspectiva.
- Hay enfermedades definidas como ajenas que pueden resolverlas los ajenos: Postas y centros sanitarios...
- La Antropología Médica tiene como objeto de estudio y análisis todos aquellos aspectos implicados en la conceptualización cultural de la enfermedad y su resolución terapéutica, y constituye una perspectiva analítica particularmente oportuna en ciertos estados de América Latina de marcado talante pluricultural y multilingüe donde abundan los conflictos.
- Bolivia, por sus actuales características de último país de América en la atención de la Salud, debería tomar en serio las directrices y orientaciones que las políticas sanitarias internacionales demandan del Estado boliviano. La "delegación" de semejante responsabilidad en ONGs internacionales privadas acrecienta una zanja crítica de separación entre las formas de la medicina étnica y las manifestaciones habitualmente prepotentes de los equipos sanitarios convencionales. Lo mismo ocurre con la formación universitaria de licenciados en medicina y profesionales sanitarios. No hay ningún área formativa o simplemente informativa en su perfil curricular académico sobre la diversidad cultural y las peculiaridades del entorno social donde van a ejercer su profesión.
- Las relaciones de poder, de autoridad, de competencias médicas, de terapias, la relación entre médico y paciente, el gravamen económico, el sentido de eficacia, la tozudez e intolerancia de los pacientes, la referencia y delegación cuando ya nada se puede hacer, los fracasos tanto desde el curandero como en el quirófano, son aspectos clave que resultan sustancialmente diferentes

entre los equipos convencionales y las formas que se adoptan en el seno de las diferentes culturas indígenas americanas.

- "El profundo sentimiento humanista que aparece inmerso en las prácticas médicas aymaras... debiera hacernos reflexionar sobre la humanización de la medicina occidental."
- "Resulta gratificante contrastar desde la Antropología la diversidad de opciones planteadas por los diferentes grupos étnicos americanos en relación con el tratamiento de la enfermedad. Gratificante en el sentido de resistencia y freno a las pretensiones de globalización cultural que imperan en estos tiempos."

Hay otros temas sobre los que invito a reflexionar, como "la importancia del conocimiento de la lengua de los pacientes" y las "conceptualizaciones nativas de la enfermedad". ¿Se puede reflexionar sin el parecer de la otra parte? ¿Se encuentran médicos dispuestos a aceptar equivalencias, simetrías de poder y respeto sobre el quehacer de los sabios y médicos nativos? ¿Puede enriquecerse en estos debates el que sonríe altanero desde su trono de la verdad absoluta?

Escuchemos a Gerardo:

Mientras los médicos van al año de provincia entusiasmados porque van a "aprender", sus pacientes los van a "sufrir" en dicho aprendizaje.

Pareciera que estamos ante una ametralladora. No es así, el Dr. Gerardo Fernández considera también una injusticia

menospreciar los esfuerzos y progresos efectuados en atención materno infantil, los servicios de atención de parto y postparto subvencionados, la aparente gratuidad de algunos productos (vacunación rural) y el precio asequible de consultas rurales...

Tampoco se pueden desconsiderar las condiciones en que los equipos médicos realizan su labor. Pone el ejemplo de un ecógrafo "recién estrenado" y "¡recién estropeado!".

Cuando uno piensa que a 50 kms. de la sede del gobierno, el médico de provincia se encuentra sin camino asfaltado, sin electricidad, sin laboratorio,

sin farmacia, sin comodidades, sin amigos y sin la mínima capacidad para comprender la lengua de sus pacientes, no puede echar toda la culpa a ese licenciado que está con las manos atadas, impotente ante los problemas que se le vendrán encima. Su mundo teórico se le derrumbará. Carecerá de recursos elementales para la solución de los casos y acabará frustrado sin ningún deseo de regresar a un tormento similar. Al salir será el peor propagandista de semejante tortura y preparará sus maletas para la fuga de su cerebro al extranjero.

Hay cosas que aterran a nuestro antropólogo, como

traer hijos que no van a poder ser atendidos adecuadamente, los planteamientos de control de natalidad impulsados por el estado, como en el ejemplo peruano, sin una formación previa. Eso no es "interculturalidad" —dice—, eso es violación de los derechos humanos.

Pide respuestas estructurales que afecten las condiciones económicas y políticas favorables a una aplicación médica intercultural.

Propone dignificar el papel del médico rural. Mientras sus compañeros hacen maestrías y doctorados, el médico rural trabaja en las peores circunstancias y sin alicientes... "El médico rural no deja de ser una víctima más en todo este proceso, junto con sus pacientes."

Hubiera querido transcribir las Conclusiones del libro *Autopsia de la Enfermedad. La automedicación y el itinerario terapéutico en el sistema de Salud de Vallegrande; Bolivia*, del Dr. Edgar Valdez Carrizo. Pero creo que se lo puede solicitar a los editores.

Recomiendo también la publicación *Medicina Tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales*, editado por Carlos Roersch, José María Tavares, Eduardo Menéndez (Instituto de Medicina Dominicana, 1993), que recoge aportes del II Seminario Latinoamericano sobre la Teoría y la Práctica en la Aplicación de la Medicina Tradicional en Sistemas Formales de Salud.

PASOS HACIA LA ESPERANZA

Comparando con la realidad de hace 25 años, creo que se están dando pasos de esperanza, ya que entonces hubiera sido imposible pensar en el encuentro de julio pasado (1997) para la enseñanza de la Medicina Tradicional en las universidades. Bolivia es el único país de América que aceptó formalmente la vigencia de las medicinas indígenas y llegó a reglamentar el ejercicio de las alternativas. No olvidemos que en el "Plan Global de Salud de 1986", la Medicina Tradicional fue tenida en cuenta en la atención primaria, para la educación sanitaria, en materno infantil y en investigación. Era imposible pensar en estudiar las plantas medicinales y ahora se realizan esos estudios en diversos institutos dependientes de facultades de farmacia, bioquímica y química. De hecho hay equipos de investigadores y laboratorios muy bien implementados. Se han estudiado más de 500 plantas medicinales en los últimos años.

Hay que añadir que ya existe una Base de Datos para Plantas Medicinales y Medicina Tradicional en Bolivia (METRABOL). También hay un grupo de personas encargado de elaborar la Farmacopea Boliviana. Hay grupos de médicos y personal de salud, especialmente salubristas, que muestran una apertura notable que en las circunstancias actuales hay que aprovechar.

Hay, a la vez, conciencia de los propios límites y de la necesidad expresa de complementación en muchos de los indígenas expertos en curar. Es verdad que hay abusos, sobre todo en los suburbios, a causa de haber abortado la "reglamentación" que se elaboró muy democráticamente desde el Ministerio de Salud, en el año 1986.

Creo firmemente, sin embargo, que las experiencias positivas de atención médica en el campo son fugaces y se deben a la capacidad de apertura y respeto que pueda tener el personal por la gente atendida y su entorno cultural.

Todo eso está siempre bajo la sombra de la transitoriedad. Ha dependido siempre de personas de buena voluntad, y lastimosamente la guerra entre "Brujos y *Kharisiris*" continúa con sus funestos efectos mientras no haya muestras claras de mutuo respeto entre las partes en pugna.

En mi opinión es más difícil que el médico criollo o "gringo" acepte al sabio indígena. Lo contrario no resulta imposible. Si bien es verdad que hace un siglo eran los indígenas los "herméticos" – "es harto frecuente que ni el nombre de una planta nos quieren enseñar", afirmaba Belisario Díaz Romero⁶–, son ellos hoy los más abiertos, como lo demuestran las actitudes de Petrona Mamani y Julio Quenta, que piden una íntima relación matrimonial *chachawarmi* con los médicos.

En palabras del Dr. Gerardo Fernández Juárez, las soluciones tienen que ser muy serias, "no pueden ser soluciones de plomero, un remiendo aquí, una chapuza allá, pero el problema sigue resultando estructural a lo largo de toda la cañería".

Corresponde a las autoridades de salud y a quienes programan el pensum de las facultades de medicina el no dudar más en incorporar la Antropología Médica, junto a otras materias complementarias tales como las lenguas nativas, la cosmovisión de salud de cada etnia o nacionalidad, la farmacopea local, el conocimiento de la realidad, como elementos mínimos que guíen el trabajo del futuro médico de las provincias y zonas suburbanas de Bolivia.

Gracias, Gerardo, y ojalá tu obra caiga en buena tierra para producir frutos de salud abundante.

6 Citado por Costa (comp. 1988: 57).



Entrega de la "mesa" u ofrenda de comida ritual al fuego, para que "se sirva" el *acharhita*. [ESA]



Mesa de salado, efecuada con motivo de un parto complejo. [GF]



Ch'iyara mira, mesa negra.



Mesa de Gloria, conocida también como "blanca" (*janq'u*) o, a veces, "de salud". [GF]



Mesas de *Pachamama*, con feto de llama y huevo. Una ofrenda está ya envuelta en lana. [GF]





Mesas comunitarias de *chalt'uq* y de Pachaamama [GF]

BIBLIOGRAFIA

- Abercrombie, Thomas A.
1986 **The politics of sacrifice: An aymara cosmology in action.** Chicago: The University of Chicago. (Tesis doctoral inédita en antropología.)
- Acosta, José de
[1590] 1954 **Historia Natural y Moral de Indias.** Madrid: Biblioteca de Autores Españoles.
- Aguiló, Federico
1985 **Enfermedad y salud según la concepción aymara o quechua.** Sucre: Qori Llama.
- Aguirre, Gonzalo
1992 **Obra antropológica. VIII. Medicina y Magia.** México: Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista, Gobierno del Estado de Veracruz y Fondo de Cultura Económica.
- Aguirre, Gonzalo
1994 **Obra antropológica. XIII. Antropología médica.** México: Universidad Veracruzana, Instituto Nacional Indigenista, Gobierno del Estado de Veracruz y Fondo de Cultura Económica.
- Alba, Juan José
1989 "Jampiris y médicos en Rakaypampa. La reestructuración de sus prácticas curativas: Una experiencia con el Centro de Comunicación y Desarrollo Andino CENDA." Ponencia

- presentada en el Congreso de Medicina Tradicional.
Cochabamba.
- Alba, Juan José et al.
1993 **Los jampiris de Rakaypampa.** Cochabamba: CENDA.
- Albó, Xavier
1992 "La experiencia religiosa aymara." En Manuel M. Marzal, coord., **Rostros indios de Dios.** La Paz: CIPCA, HISBOL y UCB.
- Albó, Xavier y Matías Preiswerk
1986 **Los señores del Gran Poder.** La Paz: Centro de Teología Popular.
- Albó, Xavier, comp.
1988 **Raíces de América: El mundo aymara.** Madrid: Alianza Editorial y UNESCO.
- Albó, Xavier
1995 **Bolivia plurilingüe. Guía para planificadores y educadores.** La Paz: CIPCA. 2 vols. y juego de mapas.
- Albó, Xavier
1997 "Entrecruzamientos lingüísticos en los rituales qullas." En Archivo y Biblioteca Nacionales de Bolivia, **Anuario 1997.** Sucre, pp. 326-353.
- Albornoz, Cristóbal de
[1570] 1990 "Información de servicios. Huamanga." En Luis Millones, comp., **El retorno de las huincas. Estudios y documentos del siglo XVI.** Lima: Instituto de Estudios Peruanos Sociedad Peruana de Psicoanálisis.
- Amodio, Emanuele y José Juncosa, comp.
1991 **Los espíritus aliados.** Quito: Abya-Yala.
- Ansion, Juan (Ed.)
1989 **Phistacos, de verdugos a sacaojos.** Lima: Tarea.
- Arnold, Denise Y. y Juan de Dios Yapita, con Margarita Tito
1999 **Vocabulario aymara del parto y de la vida reproductiva de la mujer.** La Paz: ILCA y Family Health International.

- Arriaga, Pablo José de
[1621] 1968 "La extirpación de la idolatría en el Perú." En *Crónicas peruanas de interés indígena*. Madrid: Biblioteca de Autores Españoles.
- La Barre, Weston
1948 **The aymara Indians of the Lake Titicaca Plateau, Bolivia**. Washington: American Anthropological Association, Memoirs 68.
- Bastien, Joseph
1986 "Etnofisiología andina. Evidencia lingüística, metafórica, etiológica y etnofarmacológica para conceptos andinos sobre el cuerpo." *Arinsana* (Cusco) 1: 5-24.
- 1989 "Shamán contra enfermero en los Andes bolivianos." **Allpanchis Phuturinga** (Sicuani, Cusco) 31: 163-197.
- 1994 "Comunicación intercultural sobre vacunación tetánica en Bolivia." *Arinsana* (Caracas) 15: 3-25.
- 1996 **La montaña del Cóndor. Metáfora y ritual en un ayllu andino**. La Paz: HISBOL.
- Berg, Hans van den
1985 **Diccionario religioso aymara**. Iquitos: CETA e IDEA.
- 1989 **La tierra no da así no más. Los ritos agrícolas en la religión de los aymara-cristianos**. Amsterdam: CEDLA. (Publicado también en La Paz: HISBOL y UCB.)
- 1993 "Religión aymara." En Hans van den Berg y N. Schiffers (comp.), **La cosmovisión aymara**, La Paz: HISBOL y UCB, pp. 291-308.
- Bertonio, Ludovico
[1622] 1984 **Vocabulario de la lengua aymara**. Cochabamba: CERES, IFEA y MUSEF.
- Bouysse-Cassagne, Thérèse
1988 Ver Harris, Olivia y Thérèse Bouysse-Cassagne.

- Cabieses, Fernando
1993 **Apuntes de medicina tradicional. La racionalización de lo irracional.** Lima: CONCYTEC.
- Cajías de la Vega, Fernando y Magdalena
1995 **La Historia de Bolivia y la historia de la coca.** Roma: CEIS.
- Camino, Lupe
1992 **Cerros, plantas y lagunas poderosas. La medicina al norte del Perú.** Piura, Perú: CIPCA.
- Carter, William y Mauricio Mamani
1982 **Irpa Chico. Individuo y comunidad en la cultura aymara.** La Paz: Juventud.
1986 **Coca en Bolivia.** La Paz: Juventud.
- Cereceda, Verónica
1988 "Aproximaciones a una estética andina. De la belleza al tinku." En Xavier Albó, comp., **Raíces de América: El mundo aymara.** Madrid: Alianza Editorial y UNESCO.
- CIDETI
1994 **Diagnóstico socioeconómico de la microregión de Tiraque. Vol. 5. Salud. Medicina tradicional.** Cochabamba: CIDETI, CIPCA y CORDECO.
- Comelles, Josep María y Angel Martínez
1993 **Enfermedad, cultura y sociedad.** Madrid: EUEMA.
- Costa Arduz, Rolando
1987 **Bibliografía sobre medicina tradicional del área andina.** La Paz: Instituto Internacional de Integración, Convenio Andrés Bello.
- Costa Arduz, Rolando, ed.
1988 **Compilación de estudios sobre medicina kallawayaya.** La Paz: Instituto Internacional de Integración, Convenio Andrés Bello.
- Costa Arduz, Rolando
1995 **Medicina tradicional en el contexto del Estado en Bolivia.** La Paz: s.e.

- Cotari, Daniel, Jaime Mejía y Víctor Carrasco
1978 **Diccionario aymara-castellano, castellano-aymara.**
Cochabamba: Instituto de Idiomas Maryknoll.
- Crandon, Libbet
1990 "Grupos de base, hierbas, promotores y prevenciones: Una nueva evaluación del plan internacional contemporáneo de atención de salud. El caso boliviano." La Paz. (Mimeo.)
- De Lucca, Manuel
1987 **Diccionario práctico aymara-castellano, castellano-aymara.**
La Paz y Cochabamba: Los Amigos del Libro.
- Díaz Maderuelo, Rafael
1983 "Sobre el valor simbólico de la enfermedad en el Nordeste brasileño." *Revista Española de Antropología Americana* (Madrid) 13: 197-206.
- Dibbits, Inneke
1994 **Lo que puede el sentimiento.** La Paz: TAHIPAMU.
- Eliade, Eliade
1975 **Iniciaciones místicas.** Madrid: Taurus.
1993 **El chamanismo y las técnicas arcaicas del éxtasis.** México: Fondo de Cultura Económica.
- Equipo Salud Altiplano (ESA)
1995 "Informe de actividades." Período enero-noviembre 1995.
Qurpa, La Paz. (Mimeo.)
- Fernández, Gerardo
1993 "Sullu, mesa y lógica social aymara." *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* (Madrid) 48: 85-115.
1994a "El banquete aymara: Aspectos simbólicos de las mesas rituales aymaras." *Revista Andina* (Cusco) 23: 155-189.
1994b "Las illas de San Juan: Fuego, agua, ch'amaka y mesa en una comunidad aymara." *Cuadernos Prehispánicos* (Valladolid) 15: 85-106.
1995a **El banquete aymara: Mesas y yatiris.** La Paz: HISBOL.

- 1995b "Imágenes, intelecto, palabras: El sueño en la formación de un 'maestro' ceremonial aymara." *Revista Andina* (Cusco) 26: 389-420.
- 1995c "Ofrenda, ritual y terapia: Las mesas aymaras. En *Revista Española de Antropología Americana* (Madrid) 25: 153-180.
- 1996a "Sobre el éxtasis, el sueño y la oscuridad: Aproximaciones a las formas del viaje 'chamánico' en el altiplano aymara." *Revista del Museo Nacional de Etnografía y Folklore* (La Paz) 7-8: 49-74.
- 1996b "El mundo 'abierto': Agosto y Semana Santa en las celebraciones rituales aymaras." *Revista Española de Antropología Americana* (Madrid) 26: 205-229.
- 1997a **Entre la repugnancia y la seducción. Ofrendas complejas en los Andes del Sur.** Cusco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas.
- 1997b "Palabras y silencios. La retórica del poder en los Andes." *Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines* (Lima) 26.1: 63-85.
- 1997c "El don de la palabra en el proceso de formación de un yatiri aymara." *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares* (Madrid) 52: 105-122.
- 1998a **Testimonio kallawaya. Medicina y ritual en los Andes de Bolivia.** Quito: Abya Yala. (Publicado también en Toledo, España: Ediciones de Castilla La Mancha, 1998.)
- 1998b "Todos Santos, Todos Almas." *Revista Andina* (Cusco) 31: 139-159.
- Foster, George M.
1980 "Relaciones entre la medicina popular española y latinoamericana." En M. Kenny y Jesús M. De Miguel, *La antropología médica en España*, Barcelona: Anagrama, pp. 123-147.
- Frisancho P., David
1988 **Medicina indígena y popular.** Lima: Los Andes.

- García C., Juan Carlos
1994 **Ofensas a Dios. Pleitos e injurias. Causas de idolatrías y hechicerías. Cajatambo, siglos XVII-XIX.** Cusco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas.
- Girault, Louis
1987 **Kallawayá. Curanderos itinerantes de los Andes. Investigación sobre prácticas medicinales y mágicas.** La Paz: UNICEF, OPS y OMS.
1988 **Rituales en las regiones andinas de Bolivia y Perú.** La Paz: CERES, MUSEF y QUIPUS.
1989 **Kallawayá, el idioma secreto de los incas. Diccionario.** La Paz: UNICEF, OPS y OMS.
- Gisbert, Teresa
1980 **Iconografía y mitos indígenas en el arte.** La Paz: Gisbert y Cía.
1994 "Santiago y el mito de illapa." **Historia y Cultura** (La Paz) 23:299-310.
- Guaman Poma, Felipe
[1615] 1987 **Nueva crónica y buen gobierno.** Madrid: Historia 16. (Crónicas de América 29a, 29b, 29c.)
- Gutiérrez, Manuel
1988 "Hipótesis sobre la significación de la mama-huaca." En Manuel Gutiérrez, comp., **Mito y ritual en América,** Madrid: Alhambra, pp. 286-323.
- Holland, William
1963 **Medicina maya en los Altos de Chiapas.** México: INI.
- Harris, Olivia y Thérèse Bouysson-Cassagne
1988 "Pacha: En torno al pensamiento aymara." En Xavier Albó, comp. **Raíces de América: El mundo aymara,** Madrid: Alianza Editorial y UNESCO, pp. 217-274.
- Hatch, John K. y Mauricio Mamani
1983 **Nuestros conocimientos. Prácticas agropecuarias tradicionales en Bolivia Vol. I: Región Altiplano.** La Paz: MACA, AID y RDS.

- Huanca, Tomás
1990 **El yatiri en la comunidad aymara.** La Paz: CADA e HISBOL.
- Jordá, Enrique
1981 **La cosmovisión aymara en el diálogo de la fe. Teología desde el Titicaca.** Lima: Facultad de Teología Pontificia y Civil. (Tesis doctoral inédita.)
- Kessel, Juan van
1992 **Cuando arde el tiempo sagrado.** La Paz: HISBOL.
1993 "Tecnología aymara: Un enfoque cultural." En Hans van den Berg y N. Schiffers, comp., **La cosmovisión aymara.** La Paz: HISBOL y UCB, pp. 187-219.
- Kessel, Juan van y Dionisio Condori
1992 **Criar la vida: Trabajo y tecnología en el mundo andino.** Santiago de Chile: Vivarium.
- Kuon, Elizabeth y Jorge Flores
1994 "Santiago en los Andes Peruanos." **Historia y Cultura** (La Paz) 23: 233-255.
- Lévi-Strauss, Claude
1987 **Antropología estructural.** Buenos Aires: Paidós.
- Lira, Jorge A.
1985 **Medicina Andina. Farmacopea y Ritual.** Cusco: Centro de Estudios Rurales Andinos Bartolomé de las Casas.
- Magdaleno, Raquel
1981 **La farmacia del campo.** Cuernavaca, México.
- Mamani, Mauricio
1988 "Agricultura a los 4.000 metros." En Xavier Albó, comp., **Raíces de América: El mundo aymara.** Madrid: Alianza Editorial y UNESCO, pp. 75-128.
- Martínez, Gabriel
1983 "Los dioses de los cerros en los Andes." **Journal de la Société des Américanistes** (París) 69: 85-115.

- 1987 **Una mesa ritual en Sucre. Aproximaciones semióticas al ritual andino.** La Paz: HISBOL y ASUR.
- Marzal, Manuel M.
1971 "¿Puede un campesino cristiano ofrecer un 'pago a la Tierra'?" **Allpanchis Phuturinga** (Cusco) 3: 116-128.
- 1988 "Persistencia y transformación de ritos y sacerdocio andinos en el Perú." En Manuel Gutiérrez, comp., **Mito y ritual en América**, Madrid: Alhambra, pp. 263-285.
- Molina, Cristóbal de
[1581] 1989 "Relación de las fábulas i ritos de los ingas." En Henrique Urbano y Pierre Duviols (eds.), **Fábulas y mitos de los incas**. Madrid: Historia 16.
- Molinie, Antoinette
1991 "Sebo bueno, indio muerto: La estructura de una creencia andina." **Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines** (Lima) 20.1: 79-92.
- Monast, J. E.
1972 **Los indios Aimaraes: ¿Evangelizados o solamente bautizados?** Buenos Aires: Lohle.
- Morote, Efraín
1988 **Aldeas sumergidas. Cultura popular y sociedad en los Andes.** Cusco: Centro de Estudios Rurales Andinos Bartolomé de Las Casas.
- Muñoz-Bernard, Carmen
1986 **Enfermedad, daño e ideología.** Quito: Abya Yala.
- Oblitas, Enrique
1978 **Cultura callawayá.** La Paz: Talleres Gráficos Bolivianos.
- Oblitas Poblete, Enrique
1989 **Plantas Medicinales de Bolivia.** Cochabamba y La Paz: Los Amigos del Libro.
- Ochoa, Víctor
1974 "Formación de la jerarquía de los yatiris." **Boletín Ocasional** (Instituto de Estudios Aymaras, Chucuito) 14: 1-6.

- 1975a "Ceremonia a los granizos (chhijjchhi)." *Boletín Ocasional* (Instituto de Estudios Aymaras, Chucuito) 17: 1-9.
- 1975b "Ritos y Ceremonias de Perdón y Reconciliación en la Cultura Aymara." *Boletín Ocasional* (Instituto de Estudios Aymaras, Chucuito) 21: 1-24.
- Ortega, Fernando
1980 "La dicotomía caliente/frío en la medicina andina. (El caso de San Pedro de Casta.)" *Debates en Antropología* (Lima) 5: 115-139.
- Ossio, Juan M., coord.
1989 "Cosmovisión andina y uso de la coca." En *La coca... tradición, rito, identidad*, México: Instituto Indigenista Interamericano, pp. 231-381.
- Overgaard, Lisbeth
1976 "Reconciliación entre los aymaras bolivianos." *Allpanchis Phuturinga* (Cusco) 9: 243-350.
- Palacios, Félix
1982 "El simbolismo aymara de la casa." *Boletín del Instituto de Estudios Aymaras* (Chucuito, Perú) 2 (12): 37-57.
- Palma, Néstor H.
1978 **La medicina popular en el noroeste argentino**. Buenos Aires: Huemul. (Temas de Antropología, 2.)
- Paredes, Antonio
1986 **La comida popular boliviana**. La Paz: Librería Editorial Popular.
- Phaxsi, Rufino et al.
1988 "Religión aymara y cristianismo." *Fe y Pueblo* (Centro de Teología Popular, La Paz) 13: 6-13.
- Pitarch, Pedro
1996a "Animismo, colonialismo y la memoria histórica tzeltal." *Revista Española de Antropología Americana* (Madrid) 26:183-204.

- 1996b **Ch'u'lele: Una etnografía de las almas tzeltales**. México: Fondo de Cultura Económica.
- Polia, Mario
1989 " 'Contagio' y 'pérdida de la sombra' en la teoría y práctica del curanderismo andino del Perú Septentrional: Provincias de Ayabaca y Huancabamba." **Revista Antropológica** (Departamento de Ciencias Sociales, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima) 7: 195-231.
- Platt, Tristan
1996 **Los guerreros de Cristo**. La Paz: ASUR y Plural.
- Rasnake, Roger
1989 **Autoridad y poder en los Andes. Los kuraqkuna de Yura**. La Paz: HISBOL.
- Rivière, Gilles
1991 " *Lik'ichiri y kharisiri*." **Bulletin de l'Institut Français d'Études Andines** (Paris) 20.1: 23-40.
- Roersch, Carlos, José María Tavares y Eduardo Menéndez, eds.
1993 **Medicina tradicional 500 años después. Historia y consecuencias actuales**. II Seminario Latinoamericano sobre la Teoría y la Práctica en la Aplicación de la Medicina Tradicional en Sistemas Formales de Salud. Santo Domingo: Instituto de Medicina Dominicana.
- Rösing, Ina
1987 **Die Verbannung der Trauer**. Nördlingen: Greno. (Mundo Ankari 1.)
- 1989 "Lightning from the Upper-Earth and Darkness-World. An Andean healing ritual for being struck by lightning." **REVINDI. Revista Indigenista Latinoamericana** (Budapest) 4: 3-34.
- 1990a "El ankari. Figura central y enigmática de los Callawayas (Andes bolivianos)." **Anthropos. Revista Internacional de Etnología y Lingüística** (St. Augustin, Alemania) 85: 73-89.
- 1990b **Introducción al Mundo Callawayaya. Curación ritual para vencer penas y tristezas**, vol. 1. Estudios Callawayas 1. Cochabamba, La Paz: Los Amigos del Libro.

- 1991 **Las almas nuevas del Mundo Callawaya. Análisis de la curación ritual callawaya para vencer penas y tristezas.** vol. 2. Estudios Callawayas 1. Cochabamba, La Paz: Los Amigos del Libro.
- 1992 **La mesa blanca callawaya. Una introducción.** Estudios Callawayas 3. Cochabamba, La Paz: Los Amigos del Libro.
- 1993a **Rituale zur Rufung des Regens.** Frankfurt am Main: Zweitausendeins. (Mundo Ankari 5.)
- 1993b **La mesa blanca callawaya. Variaciones Locales y curación del susto.** Estudios callawayas 4. Cochabamba, La Paz: Los Amigos del Libro.
- 1995a **La mesa blanca callawaya. Contribución al análisis. Observaciones intraculturales y transculturales.** Estudios callawayas 5. Cochabamba, La Paz: Los Amigos del Libro.
- 1995b **Diálogo con divinidades de cerros, rayos, manantiales y lagos: Oraciones blancas kallawayas.** La Paz: HISBOL.
- 1996a **Rituales para llamar la lluvia.** Mundo Ankari 5. Cochabamba, La Paz: Los Amigos del Libro.
- 1996b **El rayo, amenaza y vocación. Creencia y ritual en los Andes bolivianos.** Ulm: UKAS. Band 8.
- Rubel, Arthur J.
1986 "El susto en Hispanoamérica." *Arinsana (Cusco)* 1: 29-42.
- Saignes, Thierry
1983 "¿Quiénes son los kallawayas? Nota sobre un enigma etnohistórico." *Revista Andina (Cusco)* 2: 357-377.
- Saignes, Thierry, comp.
1993 **Borrachera y memoria. La experiencia de lo sagrado en los Andes.** La Paz: IFEA e HISBOL.
- Szemiński, Jan
1987 **Un curaca, un dios y una historia.** Antropología Social e Historia, 2. San Salvador de Jujuy: Instituto de Ciencias Antropológicas, Facultad de Filosofía y Letras, UBA. MLAL.

- TAHIPAMU
1994 **Hagamos un nuevo trato. Mujeres de El Alto Sur hablan sobre su experiencia de dar a luz en centros hospitalarios.** La Paz: HISBOL.
- Torero, Alfredo
1987 "Lenguas y pueblos altiplánicos entorno al siglo XVI." **Revista Andina** (Cusco) 10: 329-406.
- Tschopik, Harry
1968 **Magia en Chucuito. Los aymaras del Perú.** México: Instituto Indigenista Interamericano.
- Tedlock, Bárbara
1995 "La cultura del sueño en las Américas." En Jorge Klor et al., eds., **Tramas de la identidad. De palabra y obra en el Nuevo Mundo**, vol. IV., pp. 127-169. Madrid: Siglo XXI y Junta de Extremadura.
- Urbano, Henrique
1993 "La figura y la palabra. Introducción al estudio del espacio simbólico andino." En Henrique Urbano, comp., **Mito y simbolismo en los Andes**. Cusco: Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas, pp 7-50.
- Valdez C., Edgar
1993 **Autopsia de la Enfermedad. La automedicación y el itinerario terapéutico en el sistema de salud de Vallegrande-Bolivia.** La Paz: AIS, Medicus Mundi Navarra, Fundación Simón I. Patiño, IBFAN.
- Valdizán, Ermilio y Angel Maldonado
[1922] 1985 **La medicina popular peruana.** Lima: Consejo Indio de Sudamérica. 3 vols.
- Viesca Treviño, Carlos
1996 **Medicina prehispánica de México. El conocimiento médico de los nahuas.** México: Panorama.
- Vokral, Edita
1991 **Qoñi-chiri. La organización de la cocina y estructuras simbólicas en el Altiplano del Perú.** Quito: Abya-Yala.

- Vulpiani, Pietro
1993 "Etnomedicina e sistema medico ufficiale in Bolivia. Il percorso storico di un gruppo di terapeuti itineranti delle ande boliviane: i kallawaya." **Sociologia. Rivista di Scienze Sociali dell'Istituto Luigi Sturzo** (Roma) 27.1: 389-422.
- 1995a "Sistemi medici a confronto. L'ambiguo rapporto tra medicine indigene e medicina convenzionale in Bolivia." **I Fogli di Oriss** (Roma) 3: 33-57.
- 1995b "Antropologia medica e processi di sviluppo. Limiti e potenzialità delle medicine tradizionali tra modernizzazione e cambiamenti pianificati." En Antonio Colajanni, ed. **Antropologia e Sviluppo**, Roma: L'Harmattan, pp. 1-23.
- Wachtel, Nathan
1985 "La cuadratura de los dioses: Ritos y trabajos entre los chipayas." **Revista Runa** (Buenos Aires) 14: 11-42.
- Wagner, Catherine A.
1976 "Coca y estructura cultural en los Andes peruanos." **Allpanchis Phuturinga** (Cusco) 9: 193-223.
- Wassen, Henry S.
1988 "Instrumentos y plantas de un curandero indio en una tumba de la zona callawaya." En Rolando Costa, ed. **Compilación de estudios sobre medicina kallawaya**. La Paz: Instituto Internacional de Integración (Convenio Andrés Bello), pp.371-398.

INDICE TEMATICO

Nombres, lugares, enfermedades, plantas, remedios y otras referencias de interés. Los sonidos andinos *ch*, *chh*, *chí*, etc., se ha ordenado según el actual criterio internacional.

- Abercrombie, Thomas 132
Aborígenes 169
Abortos 144
Abrus precatorius 54
Abuencarse 141
Achacachi 23, 54, 76, 173
Achachila 24, 53, 126, 128, 131, 140,
143-145, 149, 154-155, 158-159,
175, 179, 242
Achumani 83
Acosta, José de 230, 232
Adán y Eva 160
Africa 235
Agarrado (por la Tierra, etc.) 78, 117,
150-151
Agosto 103, 137
Agua 173
Agua bendita 96
Aguiló, Federico 30, 91, 138, 143
Aire 111, 128, 150
Aire 84
Ajayu 16, 24-25, 47, 59-61, 84-94, 106,
117, 129, 135-136, 139-140, 144,
146, 149, 151-152, 156-162, 181,
198, 222, 244
Ají 108
Ají encbollado 171
Ají rebajado 176
Ajllata, Ajllata Grande 31, 35, 74, 76,
140, 156, 171-175, 180
Ajos de Castilla 48, 58
Akamani (cerro) 89
Akhulli(ku) 50, 72, 132, 178-179, 185
Aku pitu 169
Alaru, Cleo 35
Alaxpacha, 143
Alba, Juan José 30, 130, 151
Albó, Xavier 4, 13, 31, 35-37, 66, 86,
99, 102, 108, 140, 144-145, 150,
157, 171, 205, 219
Albornoz, Cristóbal de 135, 167-168
Alcachofa 66, 112
Alcanfor 98
Alcohol 32, 94, 103-104, 112, 129, 132,
139, 146, 155, 178
Alfalfa 65, 112
Alimentación seca 174
Alique, Mariano 35
Almas 94, 121, 130, 139, 147, 150-153,
156-159, 161, 182, 227-228, 244

- Alma Ata 88
Alquitrán 97
Altamisa 54
Alto Beni 33, 44, 60
Alto Lima (barrio de La Paz) 174
Alto San Bartolomé (barrio de La Paz)
32, 136
Alto Villa Victoria (barrio de La Paz)
32, 85
Alucinógenos 86
Alumbramiento 72
Alumbre 135
Alvarez Mamani, Walter 88, 112-113,
236
Amazonía 85
Ambrosia peruviana 54
Amputación 71
Anchanchu 105, 117, 138, 149, 158, 244
Ancoraimos 235
Andes peruanos 196
Andres waylla (hierba) 54, 110
Anemia 101, 116
Anestesia 198
Ángel de la Guarda 94, 153, 158-159
Anima 223
Animo, *Anima* 59-61, 92-94, 106, 117,
124, 139, 149, 151-152, 154-161,
181, 244
Ankari 120, 128
Anorexia 164
Ansion, Juan 56, 99
Antawalla 140
Antepasados 147, 159
Antibióticos 24, 43
Antihemorrágicos 43
Antihistamínicos 43
Añathuya 58
Año de provincias 65, 238
Apachita 55, 132
Apaza, Juan 66
Aperturas corporales 78
Aphalla 24, 126, 128-129, 135-136, 161
Apilla, 169
Apolobamba 85, 89
Arco Iris 100-101, 119, 121, 138
Ardor 92
Argentina 92
Aristolochia fragrantissima 98
Armadillo 88
Arrebatos 86
Arriaga, Pablo José de 182
Asustado 93, 95, 106, 139, 153, 157
(ver Susto)
Atiri 73
Avendaño, Hernando de 182
Avestruz 244
Awayu 53
Ayni 144
Aysaña 223
Aysiri 223
Azúcar 107, 173, 176
Azufre 58, 110
Baccharis Sp 54
Badía, Juan 232
Bandelier, Adolfo 232
Banzer, Hugo 88
Baño ceremonial 142
Baraja 135
Barro 92, 97, 112
Bastien, Joseph 99, 118, 130, 138, 154,
185
Bautista Saavedra (provincia) 33, 85, 89,
91
Beltrán, Montse 35

- Berg, Hans van der 54, 132-133, 138, 141, 152
 Bertonio, Ludovico 151-152
Beta vulgaris 108
 Betarraga 108
 Bicervecina 101
 Bilis 111
 Bira, *wira* 182
 Boero, Hugo César 27
 Boldo 112
 Bouysson-Cassagne, Thérèse 95, 152
 Brasil 92, 220, 235
Brassica Nigra 109
 Bronquitis 92
 Brujos (ver *Layqa*)
 Buenos Aires (calle) 32
 Bulimia 164
 Caballos 135
 Cabello 177
 Cabezales 131
 Cabieses, Fernando 30
 Cajas, Fernando y Magdalena 94
 Calacoto (barrio de La Paz) 83
 Caldo de cardán 108
 Cálido o frío 94, 97, 99, 107-108, 111, 118, 138, 171-173
Callahuayas (ver *Kallawaya*)
 Calvarios 85, 95, 116, 120, 131, 138, 143, 149, 158, 164
 Cambio 96, 104-106, 120-121, 134, 142, 145, 180
 Caminos 30, 66, 129, 131, 133, 136-137, 139, 142, 146, 154
 Campana 59, 94, 110, 139, 155-156, 159
 Capcha, Modesto 36, 136, 141
Capricorn annuum 108
 Caranavi 90, 107
 Caravantes, Carlos 36
 Cariño 68-69, 72 (ver Mesas)
 Carlos V 230
 Carlota 37
 Carter, William 94, 126, 133, 152
 Cáscara de café 170
 Castilla 168
 Castilla ajos 58
 Castilla ruda 98
 Cataplasma 50, 90, 93, 95-97, 100, 106, 112, 138
 Cea, Antonio 36
 Cebada 170
 Ceja de El Alto 83, 127
 Cementerios 138
 CENDA 15, 30, 151
 Centro Avelino Siñani (CAS) 11, 215
 Centro de Apoyo a la Educación de Machaqa (CAEM) 11
 Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de las Casas 37
 Centro de Estudios Técnicos Humanísticos Agropecuarios (CETHA) 11
 Centro de Investigación y Promoción del Campesinado (CIPCA) 11, 13, 18, 37
 Cereceda, Verónica 152
 Cerros 116, 119, 121
 Cerveza 132
Cestrum hediondium 54, 110
Chachakuma 107
Chachawarmi 9-11, 47-48, 187, 190-191, 195, 210, 220-221, 225-226, 241
 Chacón, Willy C. 71
 Chajaya 89

- Chakana* 97
Ch'alla 94, 127, 132, 137, 145, 155,
178, 180, 215
Chalona 169, 171
Ch'amaka 128, 143, 156, 158, 161
Ch'amakani 22, 24, 31, 42, 68, 77, 115,
125, 128-129, 131, 135-136, 156,
161, 163, 175, 180, 216, 222
Chamán 16, 85-86, 230
Chancho 101-102, 171
Chancoso 110
Chankaka 97
Chapare 94
Ch'aphi mesa 142
Charazani, 38, 40, 85, 88-89, 91, 120,
124, 166, 228
Ch'arkhi, 169, 171
Charlatanería 137, 223, 226
Chhijchhi 179
Chiapas 236
Ch'ich'i 98
Chicha 168
Chicote 211
Chika uru 171
China 231, 234-235
Chipaya 152
Ch'iq'a ch'ankha 134, 142
Chiquitanos 235
Chiwchi, 180
Ch'wi 33, 61, 117, 139, 146, 150, 152,
163
Ch'yara misa o *mesa* 78, 97, 142
Chukiyawu Marka 83
Chullpa awichas, awichus 143, 154-155
Chullpas 120, 138, 143, 150, 158, 246
Ch'uña 102, 169-171, 174
Ch'uqi 169
Chuquisaca 235
Chura, Bernabé 35
Chura, Jaime 35, 75
Chura, Pedro 35, 75, 139, 176
Ch'uspa 91, 94
Ch'uwa achachilas 154-155
CIDETI 30
Ciencias biológicas 225
Cigarrillo 185
Cirugía estética 198
Cirujano 113, 175
Claros de Bayá, Aida 88
Claveles 59, 94, 96, 104, 154-156
Clinton (administración) 94
Coa Chura, Manuel 76-77, 149, 185
Cobros 66, 225
Coca 43, 47-48, 52, 66, 70, 72-73, 77,
91, 93-94, 104, 111, 125-134,
136-137, 153-154, 178, 179-180,
185, 231
Cocaína 93
Cochabamba 18, 30, 89, 91, 94, 230,
235
Cohoni-Chanca 235
Colegio Médico 226
Colegio Universitario Andino 37
Cólera 173, 175
Collacoto 229
Colonia 138
Colonizador 33, 44
Colores 96, 97, 99-101, 106, 108, 119,
121, 129, 152-154, 157, 159, 161
Comelles, José María 192
Comino 108
Comités Populares de Salud 75
Componente psicológico 223, 225
Cóndor 105

- Condori, Anastasia 35
 Condori, Carmelo 35, 74, 77, 131, 139,
 146, 176, 180
 Condori, Clemente 75
 Condori, Dionisio 144, 177
 Condori, Francisca 35
 Condori, Manuel 35
 Condori, Pedro 75
 Condori, Raulito 3, 23, 27, 211
 Condori, Ximena 3, 27
 Conejo 39, 65, 96, 104, 106, 121, 134
 Congreso Internacional de Medicinas
 Alternativas 87
 Control de natalidad 239
 Copal 94, 96, 104, 106-107
 Coqueluchoide 25, 76
 Coraje 59-60, 94, 117, 139, 152, 156-
 159, 161-162, 181 (ver *Kuraji*)
 Corazón 97
 Coroico 131
 Coroma 147
 Cortés, Hernán 230
 Costa Arduz, Rolando 85, 219, 232, 241
 Cotari, Daniel 132
 Cotocollao 229
 Crandon, Libbet 31
 Crucero de caminos 105
 Crucifijo 110-111, 140, 159
 Cruz 139-140, 164
 Cruz, Martín de la 232
 CSUTCB 184
 Cuchillo 110
 Culinarias 169
Cuminum cymium 108
 Curanderos 223-224
 Cusco 37
Cynara scolymus 112
Datura arborea 100
 Defecaciones 111
 Demonios 58, 105, 110, 149, 151,
 162-163
Dendrophthora ramosa 54
 Deontología 68
 Desaguadero 47
 Desnudez 184
 Diablo (ver Demonios)
 Diarrea 99
 Díaz Maderuelo, Rafael 36, 186
 Díaz del Castillo, Bernal 230
 Díaz Romero, Belisario 232, 241
 Díaz, Constanza 4
 Dibbits, Ineke 36, 70, 184
 Dieta 172
 Dimensión Social de la Enfermedad 67,
 74, 131, 140-141, 152, 177, 179,
 181, 184-185, 222
 Dios 167-168
Dios Awki, Dios Padre 59-60, 157-160,
 162
 Dios Espíritu Santo 59, 157, 160
Dios Yuqa, Dios Hijo 59-60, 157-161
 Dípteres-Ca 98
 Dolor de cabeza 92
 Dulce Mesa 104, 244
 Dulces 139-140, 176, 181
 Ecografía 47
 Ecuatorianos 160
 Educación 208
 El Alto 32-33, 36, 66, 72, 76, 78, 83-85,
 127, 137, 174-175, 183
 El Diario 183
 El Salvador 11
 Elfado, Mircea 86
 Ellacuría, Ignacio 11

- Empiema crónico de pleura 221
Emplasto 44, 50, 56, 87, 138
Encanto 158
Envidia 141
Equilibrio térmico 118
Equipo de Salud Altiplano (ESA) 4, 11, 13, 18, 32, 34-36, 45, 72, 75, 86, 197, 201, 218
Eritación 111
Escallonia Micrantha 107
Escalofríos 138
Escarcha 144
Escarlatina 143
España 36-37, 56
Españoles 167-168, 182
Especias herbáceas 181
Espejo 109, 155-156
Espinal, Lucho 88
Espinosa 244
Espinosa, Dra. 75
Espíritu Santo 60, 157-160, 162
Espíritu, *Ispiritu* 59-60, 94, 117, 146, 149, 152, 156-158, 160
Esputo 25
Estado 28, 199-201, 207-208
Estados Unidos 94, 221
Esther de Fernández 37
Estómago 74, 92
Estrella 59
Estrellamar 97
Estrés 164
Estuco 97
Etiología 29, 44, 84, 90, 115, 119, 125, 130, 136-137, 146, 150-151, 173, 234
Eucalipto 170
Facultades de Medicina 221, 225-226
Falsos *Yatiris* 127
Farmacopea boliviana 240
Fármacos 182-183
Faro Murillo (La Paz) 32, 36, 66, 78, 85, 127
Fernández de Oviedo y Valdés, Gonzalo 232
Fernández Henestrosa, José, 11-12, 35
Fernández, Gerardo 4, 11-14, 17-18, 20, 25, 43, 51, 68, 85-86, 93, 99, 103, 109, 120, 126-127, 131, 135, 150, 154, 174, 177, 181, 219, 221, 224, 230-231, 233, 236-238, 241, 243
Fernández, Hugo 37
Feto de llama 93, 102, 245
Feto, fetal 47, 93, 104
Fideo 173, 176
Fiebre 138
Fiebre Amarilla 225
Fierro oxidado 101
Fiore, Joaquín de 160
Firestone 164
Fístulas 221
Fitoterapia 223
Flor 96, 143
Flores, Jorge 164
Floripondio 100
Fonendoscopia 70
Foster, George H. 138
Frescas, 111, 155, 171-172
Frio 95, 97, 108
Frisancho Pineda, David 30, 78, 91, 100, 134
Fruta 142
Frutos secos 244
Gabinete Ministerial 206
Galletas 96, 104

- Gallo 102, 104, 106, 121
 Gangrena 71
 Garbari, Favio 35
 García Bresó, Javier 36
 García Meza, Luis 88, 232
 García, Juan Carlos 193
 Gato 77, 106
 General Miller 232
 Gentiles 84, 143, 161
 Girault, Luis 54, 88-89, 93, 97-98, 100,
 107-110, 112, 130, 135, 154
 Gisbert de Mesa, Teresa 157, 164
 Gloria 20, 27, 143, 149, 163-164, 216,
 244-245
 Glucocinta 225
 González Guardiola, Lola 36, 76
 Gran Poder 157
 Granizo 141, 144, 179-180
 Grasa de llama 182
 Grasas 56-58, 99-100, 110, 175, 180,
 185, 231-232
 Gringo 23-24, 59, 162, 175, 241
 Guamán Poma de Ayala, Felipe 130,
 135
 Guaqui 47, 86, 153
 Guaraníes 16, 235
 Guatemala 235
 Gueiler, Lidia 88
 Gutiérrez Estévez, Manuel 36, 140
 Habas 100, 171
 Harina de maíz 182
 Harris, Olivia 95, 143
 Hatch, John F. 169
 Heces 177
 Heladas 141, 144
Heliaster Heliantus Lamarck 97
 Hematita 100
 Hematocrito 225
 Hemorragia 94, 95-97, 116, 150
 Hepatitis 221
 Herbolaria 223
 Hernández, Francisco 232
 Hierba Luisa 170
 Hierbas 107, 232
 Hierbas duras, 244
 Hígado de vaca 101, 108
 Higiene corporal 173
 Hilos 59, 124, 134, 142, 155-156
 Hora maligna, *saxra ura* 170
 Hospitales 57-58, 63-64, 67, 70-72,
 76-77, 79-80, 84, 113-114, 182,
 222, 225-226
 Hostia 159
 Huacamole 221
Huacas (ver *Wak'as*)
 Huamanga, 167
Huanca 51, 95, 125-127
 Huesero 113, 236
 Huevo 99-100, 104, 142, 245
 Húmedo/Seco 173
 Humo 132
 Iguanas 88
Illa 145, 158
 Illampu (nevado) 143
Illapa 145
 Illimani (nevado) 143, 154, 235
 IMSS-Coplamar 235-236
 Inca 85, 130
 Incienso 95-96, 104, 106, 139
 India 235
 INEDER 15
 Infusión 92, 100
 Ingavi (provincia) 32, 111, 153
 Ingestión 86

- Inglés 52
Inkuña 171
Instituto de Medicina Dominicana 239
Instituto de Medicina Tradicional
 Kallawaya 112
Instituto del Tórax 221
Instituto Mexicano de Seguridad Social
 235
Intermon 35
Intervenciones quirúrgicas 67, 71, 78
Inyecciones 54, 68, 74, 185-186
Ipaye 16, 230
Ispa 126
Ispälla 145, 158
Ispiritu (ver Espiritu)
Iturralde, Gustavo 11
Izquierda 134, 142
Jach'a Sunkani 23
Jacinto 153-156
Jallpha wayk'a 171-172, 176
Jampi qhatu 96
Jampiri 15, 84
Janq'u 49, 55
Janq'uma (nevado) 143
Japhallani 136
Jaqi 23, 59, 67, 127, 140, 153, 157,
 159-160, 175-176, 183, 187
Jaqi aru 70
Jaqueca 140
Jarabe 48
Jawas mut'i 170-171
Jeringa 57, 186
Jesuitas 235
Jesús de Machaqa 4, 9, 18, 32, 35, 45,
 50, 60, 75, 81-82, 123, 153, 157,
 188, 190, 197, 211
Jichhu 211
Jiwk'i 170
Jordá, Enrique 125, 136
Junt'uma 172
Juturi 138
Kaillanti, Ignacio 35, 69, 71
Kallawaya 32-33, 36, 38, 78, 83, 85,
 87-92, 95, 103, 107-108, 110-113,
 115-120, 122, 125, 128-130, 137,
 174, 219-222, 224, 226, 229, 236,
 245
Kanlaya 89
Katja o *Katjata* 78, 91, 111, 140, 149,
 151
Kaya 169-171
Kaytu 43, 142, 155
Kayulla 126
Kayuni 126
Kessel, Juan van 144, 177, 193
Kharisiri, *Khari khari*, *Khariri* 17-18,
 33, 36, 50, 53-58, 62, 67, 98-99,
 140, 153, 155, 183, 185, 230-233,
 240
Khuwamuña 107
K'intu 111
K'isa 152, 159, 161-162
Kuchu 104
K'ulta 132
Kunturmamani 140, 143, 178, 181
Kuon, Elizabeth 164
Kuraji 59-61, 94, 117, 139, 152, 157,
 158, 160, 244
Kürmi 138
Kutira 134, 142
La Barre, Weston 125, 140
La Ceja de El Alto 85
La Habana 88

- La Paz 15, 20-21, 31-33, 36, 42, 46,
66-67, 72, 75, 83-92, 111, 115, 122,
127, 129, 136-137, 149, 153, 172,
175-176, 180, 197-198, 201, 209,
232, 235, 245, 249
- Laccaria* Sp 97
- Laja 86
- Lakan Phaxsi* 103
- Lampazo 64, 112
- Lana 100, 245
- Larpha* 111
- Lavaje 109-110, 134
- Layme, Julio 75
- Layqa* 59, 73, 88, 111, 129, 141, 177,
223
- Leche de Vaca Negra 108
- Lengua 225-226, 238, 241
- Lévi-Strauss, Claude 193
- Ley de Capitalización 76
- Libaciones 179 (ver *Ch'alla*)
- Lik'i* 99
- Lik'ichiri* 17, 99 (ver *Kharisiri*)
- Lima 232
- Limón 107, 109-110
- Limpia 78, 133-134, 142, 144, 166
- Linates (calle) 32
- Linaza 98
- Lira, Jorge A. 30, 91, 138
- Llaki* 141
- Llama 24, 100, 110, 182-183, 215
- Llamp'u* 110
- Llaswa* 176
- Lluch'u* 27, 154-156
- Lluj'a* 132
- Locoto 176
- Locura 105, 116
- Loewenthal, Arno 37
- Los Pinos (barrio de La Paz) 83
- Lozoya, Xavier 235
- Lucca, Manuel de 58, 61, 128, 136, 230
- Lupintatawa* 53
- Luq'a* 243
- Luxadura 61
- Mach'a* 144
- Machaqa 11-12, 75, 111, 156-157
(ver Jesús y San Andrés)
- Madre Tierra 102-103, 119, 143, 149
(ver *Pachamama*)
- Madrid 37
- Maestro 51, 60, 62, 66, 68-69, 74,
126-127, 130, 132-133, 135-136,
139, 146, 244 (ver *Yatiri*)
- Maíz 182
- Mal de los gentiles o *chullpas* 84
- Malaria 225
- Maldición 133, 135, 141-142
- Maldonado, Angel 30
- Malignos 77, 95, 104, 109, 128, 136,
140-141, 149, 161-162
- Mallku tayka* 11
- Mallku* 11, 111
- Mama Ispilla* 180
- Mamani, Andrés 78
- Mamani, Cipriana 36
- Mamani, Germán 36, 78
- Mamani, Gregorio 36
- Mamani, Hilario 36
- Mamani, Leandra 36
- Mamani, Mauricio 94, 126, 133, 152,
169
- Mamani, Pedro 75
- Mamani, Petrona 41, 45, 241
- Mamani, Silveria 50-64
- Mamitas* 149

- Manteca de cerdo 182
Manteo 224
Manzana verde 108
Manzanilla 48, 109-110
Marco Polo 235
Mareo 97, 116
Marta 153
Martínez, Angel 192
Martínez, Gabriel 96, 143
Marzal, Manuel M. 120, 125
Masajistas 224
Matesito 53, 66
Matiku 107
Matricaria Chamomilla 109
Matriz 91-92, 111
Mayéutica 87
Mbaekuaa 16
Medicago Sativa 112
Medicina convencional u occidental 25,
27, 169, 187, 223
Medicina hipocrática 224
Medicina *kallawayo* 219
Medicina nosológica 220
Medicina tradicional 27, 86-87, 187,
219-221, 223
Medicina tradicional en Bolivia
(METRABOL) 240
Médico 9, 23, 130, 169, 176, 181, 185-186
Médicos sin Fronteras 31
Medina, Javier 36
Mellizos 126
Mendizábal, Rubén F. 35
Menéndez, Eduardo 239
Mentisán 108, 110
Mesa Blanca (*Jang'u*) 95
Mesa Negra (*Ch'iyara*) 97, 104
Mesas 52, 54, 77, 104, 106, 119-120,
128, 136, 142, 145-146, 152, 154,
179-181, 216, 242-246, 249
Mestizos 183
México 88, 235-236
Milla 135
Ministerio de Salud 76, 199, 208, 240
Miriku (ver Médico)
Misa 243-244 (ver Mesa)
Misterios 96
Molina, Cristóbal de 56, 168, 231-232
Molina, Jorge E. 35
Molinié, Antoinette 56
Monardes, Nicolás 230
Monast, Santiago 142, 164
Montero, Rubén 72
Morote Best, Efraín 56, 99
Mosca 46
Mostaza 109-110
Muerte 121, 168
Mull 107
Mull schinus 107
Mulla 108
Muñecas (provincia) 85
Muñoz-Bernand, Carmen 138, 143, 160
Murciélagos 98
Muruchata 91
Mururata (nevado) 143, 222
Mut'i 169
Muxya 244
Nahuatl 232
Naipes 130, 135
Nalga 54
Naranjas 48
Nardo Antonio 232
Nasa Q'ara 23
Naturista 63, 85, 87, 128-129, 137

- Navaja 110
Nayracha 133
 Neumonía 25, 48
 Nicaragua 232
 Nor Yungas 131
 Norte de Potosí 58, 143
Notholaen Aurea 54
 Nuez 98
Nānqha 117, 140, 149, 162, 244
Nānqay 99
 Oblitos Poblete, Enrique 89, 229-230
 Obstetras 224
 Oca 169-170
 Ochoa, Víctor 126, 141, 144-145
 Odontología 72
 Ofrendas 87, 90, 179 (ver Mesas)
 Oligisto micáceo 100
 Ormasuyos (provincia) 20-21, 31, 131, 143, 146, 172, 180, 246
 OMS 27, 88, 192, 230, 233, 235
 ONG's 28, 84, 183, 192-194, 237
 Oña, G. Sandra 35
 OPS 88, 230, 233, 235
 Orín 70, 95, 97, 101, 112, 135
 Ortega, Fernando 138, 171
 Ortigas 198
 Ortiz, Carmen 36-37
 Oruro 21, 91, 132
 Ossio, Juan M. 134
 Osteomielitis 198
 Oveja 99-100, 108, 169, 171
 Overgaard, Lisbeth 141
 Pablo 37
Pachamama 23, 78, 102-104, 106, 126, 131-132, 143, 149, 154-155, 158, 164, 245-246
Pachamaman katjata 151
 Pago (ofrenda) 87, 145, 180, 245
 Pajchiri (cerro) 20-22, 216
 Palacios, Félix 178
 Palma 91
 Palta 60, 109-110, 221
 Pan 142, 172
 Pan de San Nicolás 54, 154-156, 159
 Panes dorado y plateado 104, 181
 Panza 99
 Papas 169-171
 Papas cocidas 171-172
 Paraguay 235
 Parapsicología 231
 Paredes Candia, Antonio 102, 170
 Parteras 52, 88, 113, 236
 Participación Popular 75
 Parto 82, 243, 249
 Pastilla 67
 Pata de ganado negro 108
 Patologías 183
P'asp'aku 58
 Paz Estenssoro, Víctor 112
 Paz Zamora, Jaime 112
 Paz Zamora, Mario 112
 Paz, Mariano 71
 Penicilina 25
 Pentecostés 103
 Perdón 141, 145
 Perejil 67, 112
 Perro 106, 121, 153
Persea Americana 109
 Perú 88, 100, 103, 152, 173, 235
 Petrona 45, 52, 74, 210
Petroselinum Sativum 112
Phaxsi 145
 Phaxsi, Rufino 87-88, 112
Phistaku 99

- Phuka* 97
Phusaña 170
Picante 176
Piedra del rayo 95-96
Piedra macho 92
Piedras 116
Piel 143
Piferrer, Raimon 35
Pijchar 5, 131-132 (ver *Akulli*)
Pillapi 86
Pillco, Manuel 174
Pindilig 160
Pino 48, 92
Pinto, Enrique 14, 36, 217
Pinto, Germán 38
Piper Sinoclausum 107
Piqaña 170
P'iqitatawa 53
Pisac (Perú) 71
Pitarch, Pedro 152
Pitu 169-170, 172
Plan global de salud 112
Plantago Hirtella 107
Plata 135, 181
Plato 146
Platt, Tristan 58
Plaza de San Francisco (La Paz) 88-89, 137
Polia 152, 181
Polypodium pycnocarpum 107
Pomadas 48
Potosí 91, 147
Predicador evangélico 123
Preiswerk, Matías 157
Primera Creación 160
Productos Secos 169, 172, 174, 182
PROSANA 15
Puerto espín, 244
Puerto Pérez 235
Pukina 86
Pulmón 52-54, 92
Punata 235
Puno (Perú) 78, 173
Punto de no retorno 223-225
Puritu, puro (alcohol) 132, 146
Pusi nayra 23
Pusi tanka (alcohol) 132
Qachu qutu qutu 54
Q'atasiwara 170
Qamaqi 149
Qapiqi (cerro) 71
Qaquri 224
Qarachi 108
Qaraku 243
Q'arallantin 107
Q'aras 18, 23, 176-177, 183
Qarwa Sullu (ver feto de llama)
Q'atawi 86
Qhathi 170
Qhinya 144
Qhiria awicha 80, 170, 179
Qhina 170
Q'ipi 43
Q'ipiri 173
Quebradura 50, 52
Quenta, Julio 60, 64, 241
Queso 170-171
Quillacollo 91
Quispe, Carmelo 22, 216
Quispe, Manuel 75
Quispe, Pedro 76
Qulla 229
Qullasuyu 229, 233
Qulliris 112, 223, 226, 229
Q'ullu 57, 109

- Qullu wawa* 229
 Qurpa 4, 17, 19, 32, 35-36, 123, 157,
 189, 212-213, 215, 227
Q'uwa 93, 108
 Rábano 108
 Radiestesia 231
 Raqaypampa 235
 Rasnake, Roger 164
 Rayos 22, 94-96, 119, 121, 126-127,
 138, 143, 145, 149, 158-159,
 163-164, 230, 244
Rayun katjata 151
 Redención Pampa 235
 Reforma Educativa 75
 Regalsky, Pablo 149
 Relámpagos 95
 Renegar 140
 Representantes populares de salud (RPS)
 4, 48, 81, 198
 Reservaciones indígenas 220
 Resfriado 33, 74, 174
 Residentes 32, 42, 66-67, 72, 76, 84-85,
 89, 127, 157, 245
 Reumatismo 91
 Reyes, Javier 11
 Rezo 58
Rhea Americana 97
 Riñones 53-58, 99, 107, 111-112, 232
 Rivière, Gilles 17
 Robberts, Kristina 4
 Roersch, Carlos 239
 Ropas 134, 139, 146, 154, 156
 Rosario 139-140
 Rösing, Ina 4, 85, 87, 95, 103, 120, 130,
 142, 154
 Rossi, Francisco 4, 230
 Rubel, Arthur J. 93, 139
 Ruda 98
 Rufino 87
Ruta Graveolens 98
 Sacaojos 99
 Sagárnaga (calle) 89
 Sagrado Corazón (barrio de La Paz) 66,
 85, 127
 Sahumerios 66, 113
 Saignes, Thierry 85, 103, 129
 Sajama (nevado) 143, 154, 222
 Sal 139-140, 158-159, 178
 Saliva 140, 159
Sallqa 58
 Salsa 176
 San Andrés de Machaca 4, 197, 218
 San España 163
 San Felipe 163
 San Jerónimo 163
 San Nicolás 155
San Nicolás t'ant'a 54, 59
 Sangre 54, 56-58, 63, 67, 70, 76-77, 96,
 99, 114, 183, 185, 215, 218
 Sanitarios 218
 Santa Cruz de la Sierra 71, 91, 235
 Santa Tierra 102, 104 (ver *Pachamama*)
 Santiago de Wata 31
 Santos 94, 102, 126, 131, 149, 163-164
 Santos óleos 99
 Sarampión 75, 143
 Satanás 149, 162 (ver *Demonios*)
Satureja boliviana 107
Saxta 36, 58, 77, 140, 149, 158, 161-
 163, 170-171, 244
Saxta 29, 102
Sayaña 179
Schinus molle 107
 SEAPAS 86

- Sebario 27, 100
Sebo 67, 100, 182-183
Seguro médico 84
Senecio mathewsii 93
Sequía 141, 144
Serpientes 88
Sevilla 230, 232
Shamanes (ver Chamán)
Siberia 85
Siles Zuazo, Hernán 112
Sinchis 230
Sindicato de *yatisis* 127
Singani 23, 98, 103
Sociedad Boliviana de Medicina
 Tradicional (SOBOMETRA) 31,
 36, 86-89, 91, 112-113, 122, 151
Sócrates 87
Solda con solda 54
Soldado 42
Sólidos y líquidos 171-172
Sombras 117, 139-140, 146, 149-150, 153,
 156, 158, 162, 167 (ver Ch'iwi)
Sopa 172, 176, 179
Sorata 74
Soria, Fernando 4, 165
Stichaster aurantiacus meyen 97
Sueño 66, 68, 109, 126, 131, 163
Suero 77, 173
Suerte 132
Sullka Titú 75
Sullu 93, 104 (ver Feto)
Sultana 170
Supuración 221
Suri 97, 244
Sustos 59, 84, 92-93, 111, 113, 124,
 138-140, 153, 159, 162
Szemiński, Jan 99
TAHIPAMU 70, 115, 184
Talismanes 89
Tambillo 86
Tari 77, 129, 131-133, 171
Tarija 235
Tata Cruz 211
Tata Cura 55, 57-58, 159, 232
Tata Sabaya 143
Tata San José 95
Tata San Juanito 95
Tata Santiago 95-96
Tavares, José María 239
Tawantinsuyu 233
Tedlock, Bárbara 109
Telepatía 231
Temperatura 138
Tesito 172
Tetraciclinas 24
Thalantaria 224
Ticona, Esteban 4, 36, 103, 105, 109, 163
Ticona, Luis 35
Ticona, Pascual 35
Ticona, Pedro 83-122, 130, 209
Ticona, Sebastián 50-64, 99, 157
Tierra 102-104, 140, 159, 163 (ver Madre
 Tierra, Santa Tierra, *Pachamama*)
Tierra Virgen 71, 102
Tinpha 30, 102
Tinku 58
Tío (divinidad) 149, 151
Tiraque 18, 30, 235
Titicaca, lago 66, 75, 86, 100, 169-170,
 172-173, 178, 180
Tiwanaku 11, 86
Tivula 149
Trym Katjata 151
Tlatelolco 230

- Todos Santos 147, 227-228
Tonali 236
 Torero, Alfredo 86
 Toro 102
 Torres Goitia, Javier 236
 Tortillas 171
 Tos 25
 Totorá 177
 Trago 178, 185 (ver *Puritu, Pusi tunka*)
 Trancas, barreras 133
 Transfusiones 114, 130, 181, 185-186
 Trasplantes 184
 Traumatólogos 224
 Tres edades 160
 Trigo 182
 Trinidad 59, 156-159, 162-164
 Tschopik, Harry 95, 125
 Tuberculosis 221, 225
Tunqu ma'i 171
Tunta 102, 169
 Tupí guaraní, 220
 Tuqí Ajllata Alta 31, 35, 71, 173, 246
 Tutuma 96
 Uchumachi, 131
 UGES I y VI 235
 Úlcera 76
Uma kaya 169-170
 Ungüentos 90
 Universidad Complutense de Madrid 36
 Universidad de Castilla-La Mancha 36-37
Untu 56, 104, 232
 Uña de gato 88
 Uñas 177
 Urbano, Henrique 37, 164
Urqu qutu-qutu 54
Urtica magellanica 97
 Urus 178
Utani 177
 Uva 108
Uysu 53
 Vaca 101, 108
 Vacunas 74, 75, 181, 183-186
 Vagina 109
 VAIPO 194
 Valdez Carrizo, Edgar 239
 Valdizán, Emilio 30
 Vallegrande 235
 Vargas Barros, Macario 36, 157, 184
 Vargas, Alfio 36
 Vargas, Alicia 36
 Vargas, Graciela, 36
 Vargas, Macario 36, 153-155
 Vargas, Mary Sol 36
 Vargas, Waltico 36
 Varicela 153
 Velázquez, Petrona 74
 Vena 70, 77
 Venéreas (enfermedades) 110
 Viesca Treviño, Carlos 230
 Vila, Celso 36, 67
 Vila, Juan 36
 Vila, Severino 36, 174
 Villa Dolores (barrio de La Paz) 32, 85, 127
 Villa Huayna Potosí (barrio de La Paz) 32, 76-77
 Vinagre 109-110
 Vino 96, 98, 129, 132, 155
Viracocha (ver *Wiraqucha*)
 Virgen de Copacabana 96
 Virgen María 143
 Vírgenes 102 (ver *Pachamama*)
 Virus 174
 Visceras 56

- Vokral, Edita 118
Vulpiani, Pietro 31, 130
Wagner, Catherine 132
Waji 98, 107
Wak'as 116, 167-169, 174, 177
Wallagi 108, 170
Wank'u 39, 43, 70, 78, 134
Wara wara 154-155
Warmi (Equipo de la Mujer) 11
Wassen, Henry S. 85
Watchel, Nathan 178
Wax'a, 243
Wayk'a 170
Wayna Potosí (nevado) 143
Wayruru 54
Wila 17
Wilancha 215
Wiphala 209
Wira 17, 182
Wira q'uwa 93
Wira wira 48
Wiragucha, Wiraxucha 23, 182-183
Wirjina 143, 164
Yatiri 4, 9, 13-17, 25-26, 32-33, 35-36, 42, 44, 47-48, 50-52, 59-62, 64-66, 68-74, 77-78, 84-85, 88, 115, 120, 125-128, 131-134, 137, 139, 142, 150, 153, 156, 163, 180-182, 184-186, 191, 195-196, 222-224, 226, 230, 243
Yawriri San Francisco 75
Yawriri San Juan 75
Ying y Yang 234
Yungas 90, 93-94, 100, 103, 107, 232
Yuqa 60
Zahories 231
Zalles, Jaime 11, 14-15, 36, 75, 86, 98, 112, 229
Zorrino 58
Zorro 58, 244
Zudáñez, provincia 235

Este libro se terminó de imprimir
el mes de agosto de un mil novecientos
noventa y nueve años,
en los talleres de Ediciones Gráficas E.G.
La Paz - Bolivia.



*Médicos y yatiris,
que vayan en pareja
como chachawarmi,
hombre y mujer.*

Esta frase de una auxiliar rural de salud sintetiza el deseo de desarrollar un relacionamiento positivo entre los representantes de la medicina aymara y los de la medicina convencional. Que unos y otros se ayuden y complementen al tratar la enfermedad, cada uno con sus saberes y aportaciones, sin arrogancias, prepotencias ni descalificaciones.

El Dr. Gerardo Fernández Juárez ha pasado varios años como ayudante de diversos yatiris, acompañándoles en sus curaciones por el altiplano y en El Alto de La Paz. Aquí nos explica los malentendidos entre estas dos concepciones de la salud y la enfermedad y nos sugiere cómo iniciar un diálogo intercultural, tan necesario como descuidado.

Es profesor de antropología americana en la Universidad de Castilla La Mancha, España, y ha publicado, entre otros, *El banquete aymara: Mesas y yatiris* (La Paz, 1995), *Testimonio kallawayá: Medicina y ritual en los Andes de Bolivia* (Quito, 1997) y *Entre la repugnancia y la seducción. Ofrendas complejas en los Andes del Sur* (Cusco, 1997).