

Gerardo Fernández Juárez

Kharisiris en acción

Cuerpo, persona y
modelos médicos en
el Altiplano de Bolivia



Kharisiris en acción

*Cuerpo, persona y modelos médicos
en el Altiplano de Bolivia*

Gerardo Fernández Juárez

Kharisiris en acción

*Cuerpo, persona y modelos médicos
en el Altiplano de Bolivia*



2008

KHARISIRIS EN ACCIÓN

Cuerpo, persona y modelos médicos en el Altiplano de Bolivia

Gerardo Fernández Juárez

Cuadernos de Investigación, 70

1a. edición Ediciones Abya-Yala
Av. 12 de octubre 14-30 y Wilson
Casilla 17-12-719
Teléf: 2506-251 / 2506-247
Fax: (593 2) 2506-255 / 2506-267
e-mail: editorial@abyayala.org
[http:// www.abyayala.org](http://www.abyayala.org)

D.R. © CIPCA Centro de Investigación y Promoción del Campesinado
Casilla 5854, La Paz - Bolivia
Teléfono: (591-2) 2432276 - Fax (591-2)2432269
Correo electrónico: cipca@cipca.org.bo
Website: www.upieb.edu.bo

Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III
C. Sinesio Delgado, 6; 28029, Madrid, España
e-mail: csai@fcsai.es
<http://fcsai.isciii.es>

Diagramación
y diseño: Ediciones Abya-Yala
ISBN: 978-9978-22-721-3

Impreso en Quito-Ecuador, marzo, 2008

Para Esther, quien siempre estuvo y estará
A Carlota, en impaciente espera

A la memoria de
José Fernández de Henestrosa (Pepe H)
y Jaime Zalles Asín
Por vuestro invaluable magisterio,
en la salud y en la enfermedad

the first two, the first is a 2×2 matrix and the second is a 2×1 vector. The last two are 1×1 matrices and 1×1 vectors. The first two are 2×2 matrices and the last two are 1×1 matrices. The first two are 2×2 matrices and the last two are 1×1 matrices.

Índice

Introducción	9
I. Los sacramantecas	15
1.1 Sacamantecas en acción	19
1.1.1 Sierra de Gádor	22
1.1.2 Málaga	23
1.1.3. Garayo. El sacramantecas vitoriano.....	25
1.1.4. Etnografía contemporánea	29
1.2 El cuerpo humano como rebotica.....	34
1.3 Sangre, grasa y tuberculosis	48
1.4 En la caja de herramientas: lubricantes humanos..	50
1.5 La cara del sacramantecas	52
1.6 Sacamantecas postmodernos. El cuerpo reciclado.	56
1.7 Recapitulando.....	57
II. Los kharisiris	71
II.1 Antecedentes.....	72
II.2 Etnografía del <i>kharisiri</i>	78
II.3 <i>Kharisiris</i> ...¿Degolladores?	89
II.4 Grasa y sangre.....	97
II.5 Los seres humanos: <i>ajayu</i> , <i>arimu</i> y <i>kuraji</i>	103

II.5.1	<i>Kharsuta, lik'ichado</i>	106
II.5.2	<i>Kharsuta: "asustado"</i>	118
II.6	El Estado es el <i>kharisiri</i>	144
II.7	"Sacamantecas" <i>versus kharisiris</i>	147
III.	Médicos y <i>kharisiris</i> . Dos sistemas médicos que se dan la espalda	183
III.1	¿ <i>Kharisiris de "mandil blanco"</i> ?.....	200
III.1.1	Medicina tradicional <i>versus</i> medicina académica.....	202
III.1.2	Partos, vacunas, institución hospitalaria, registros	212
III.1.3	Síndromes de Filiación Cultural	222
III.1.4	Propuestas, y soluciones	225
III.1.5	"Debemos soportar nuestra ausencia aún estando allí..."	231
IV.	Bibliografía	253
V.	Imágenes	275

Introducción

Al poco de llegar por primera vez a Bolivia en el mes de mayo de 1988 me encontré con un titular de prensa que afirmaba el éxito de una campaña de vacunación en El Alto: "Rastreo casa por casa". El concepto de "rastrillaje" en las campañas de vacunación que se llevan a cabo en las comunidades y en los núcleos poblacionales del altiplano aparece frecuentemente en la terminología que emplean los profesionales de salud. Este "ir a la caza" del sujeto quien supuestamente va a beneficiarse del tratamiento que se le va a otorgar, nos habla de una mala comunicación, desconfianza y recelo entre los profesionales de salud y sus "pacientes" aymaras. En realidad se trata de la desconfianza existente entre dos modelos médicos, el propio de la biomedicina que defienden los equipos sanitarios, y el característico modelo médico de las poblaciones aymaras originarias¹ (Fernández Juárez 1996a:76-103). Esta mutua desconfianza se plasma en diferentes escenarios y procedimientos que afectan a los partidarios de un modelo u otro. La desatención en las unidades hospitalarias, los hospitales vacíos o en baja demanda de servicio, la necesidad de premiar la asistencia a las campañas de salud con alimentos, la lapidaria expresión "al hospital van los que mueren"...etc, no hacen sino ejemplificar el estigma y el rechazo que en

no pocas ocasiones sufren los equipos sanitarios que pretenden realizar su labor de servicio con una vocación médica encomiable en zonas rurales del altiplano. Estos aspectos ya han sido objeto de atención en otros trabajos (Fernández Juárez; 1999; 2006b). Lo que quiero reflejar en esta ocasión es que una de las formas más eficaces de estigmatización de las actuaciones médicas y de los profesionales de la salud que se desempeñan tanto en las comunidades rurales como en las grandes ciudades del área altiplánica es su identificación con un personaje maligno que busca los fluidos humanos, la grasa originariamente, pero también ahora la sangre, que emplea para la satisfacción de diferentes fines y la elaboración de variados objetos y sustancias, entre los que destacan la elaboración de fármacos y tipos sanguíneos para las unidades hospitalarias. Este terrible personaje es el *kharisiri*, bien conocido y documentado en los Andes del Sur en su contraparte quechua peruana (*ñak'aq* o *pishtaku*) tanto como en el altiplano aymara boliviano (*kharisiri*, *khariri*, *lik'ichiri*, *kharikhari*). Su identificación, en algunos casos con las sedes hospitalarias, contribuye a la estigmatización del hospital y de los profesionales que pretenden dar cobertura a todos los servicios sanitarios que el hospital procura.

Para ubicar con mayor precisión etnográfica las características de este personaje y su asimilación a la actividad de los núcleos hospitalarios, resulta imprescindible dar un salto al otro lado del Atlántico y vislumbrar los perfiles etnográficos de los "sacamantecas" peninsulares. Las posibilidades de análisis que una etnografía comparada puede ofrecernos sobre el personaje permitirán aclarar ciertos matices o deshacer algunos lugares comunes sobre el mismo. Es muy frecuente encontrarnos con afirmaciones sobre el origen hispano o precolombino del "*kharisiri*", pero desconozco la existencia de una monografía que, más allá de algún párrafo aclaratorio o de algún pequeño epígrafe en el desarrollo de un artículo, encare de forma sistemática esta circunstancia poniendo a los dos personajes en frente uno del otro, no para sentenciar su supuesto origen, cuestión menor en cualquier caso, sino para enriquecer la reflexión con las aportaciones que

sobre él se ha generado a ambas orillas del Atlántico. Los sacramantecas ibéricos nos ofrecen, como veremos luego, un marco de comparación y paralelismos muy oportunos para analizar mejor las peculiaridades y características propias del *kharisiri* boliviano.

El libro presenta tres capítulos claramente diferenciados; el primero está dedicado a los sacramantecas ibéricos, sus antecedentes históricos con referencias constantes al cuerpo humano como generador de productos farmacológicos, pero también procedentes del dominio de la hechicería y la medicina, incluyendo referencias de prensa local sobre algunos criminales identificados como sacramantecas. El segundo capítulo se centra en el estudio del *kharisiri* aymara, antecedentes coloniales, características etnográficas contemporáneas, incluyendo una reflexión política sobre el personaje y sus actuaciones que afectan al propio concepto de "ser humano" entre las comunidades del altiplano. El tercer capítulo deslinda las relaciones existentes entre el *kharisiri* y los profesionales de la salud como ejemplo del extrañamiento y de la desconfianza que se produce entre los modelos médicos aymaras y los propios de la medicina científica o biomedicina.

Este proyecto de investigación se suma a las posibilidades de una Antropología Médica que no sólo se quede en el exotismo de las formas etnográficas y su extrañamiento metodológico, sino con la intención expresa de que "sirva para algo" y contribuya a desenredar, sin mayores pretensiones, parte de ese conflictivo "bloqueo intercultural" existente entre los profesionales de la salud y las comunidades aymaras de Bolivia en las que pretenden llevar a cabo sus funciones sanitarias.

Deseo expresar mi agradecimiento, una vez más, a las comunidades aymaras del Cantón Ajllata Grande (Provincia Omasuyo del Departamento de La Paz); a las familias aymaras de la localidad de Qorpa (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz) y a los vecinos y residentes aymaras de las barriadas de Villa Dolores y Faro Murillo en El Alto de La Paz. Igualmente al Equipo de Salud Altiplano de Qorpa; a los profesionales de salud de la Red de Salud de Apolobamba; a los médicos kallawayas de Curva (Centro de Salud Boliviano-Español). A los médicos y

profesionales de la salud que participaron en los cursos de Salud Intercultural del SEDES-La Paz (2005 y 2006) y a los del proyecto Willaqkuna de Potosí (2004, 2005 y 2006). A Xavier Albó (CIPCA) y Jose Luis Baixeras (AECE); Javier Medina e Ineke Dibbits (TAHIPAMU); a Jorge Molina y Sandra Cabezas; Erwin Torrico y Ximena Odriozola de Torrico. En relación con los sacramentecas ibéricos quiero manifestar mi agradecimiento a Luis Díaz G. Viana, Julián López García, María Tausiet, Manuela Cantón, José Manuel Pedrosa, Francisco Crosas, Alfredo Rodríguez, Isidoro Castañeda y Fernando Martínez por sus valiosos comentarios y sugerencias.

A la memoria de José Fernández de Henestrosa (Pepe H.) y Jaime Zalles Asín.

A mi familia y su paciente espera...

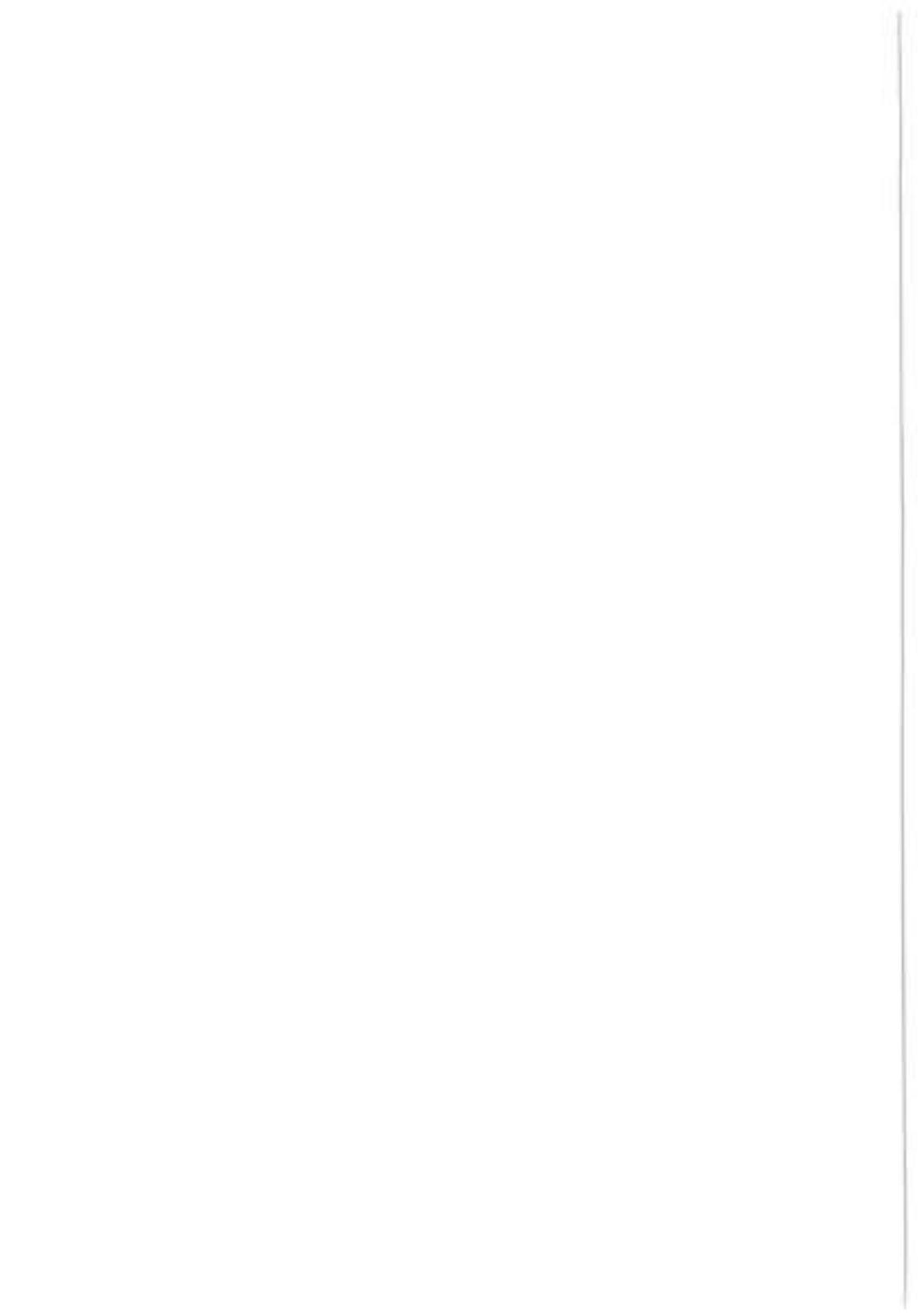
Toledo, 14 de Enero de 2008

Notas:

- 1 Uno y otro modelo ponen el énfasis terapéutico en planos diferentes. La medicina occidental, biomedicina o medicina "científica", pone de relevancia la técnica y la cosificación especializada del cuerpo del enfermo, aplicando sus procedimientos terapéuticos y protocolos de actuación como si de un puzzle se tratara, en el que cada pieza puede aislarse de las demás que conforman el cuerpo humano del enfermo. Las medicinas aymaras y por ende las amerindias en general se preocupan por el "ser humano" desde una perspectiva integral en la que cada parte está cohesionada con las demás y de su correcto acomodo depende el equilibrio y la salud del individuo. La variable simbólica y las patologías espirituales forman parte acostumbrada de las maneras de enfermar así como de los procedimientos terapéuticos en las poblaciones de América Latina (Flores Martos 2007; Ferrandiz 2004; Chaumeil 2004; Imberton 2006)

Manolo Pirolo
Mató a su mujer
La hizo picadillo
Y la fue a vender
(Canción popular castellana)

Manolín ... ¡¡ven!
¿Quieres que te lleve un hombre malo?
¿Quieres que te coja?
(Abuela increpando al nieto rebelde
en el Parque de las Tres Culturas de Toledo
Ante mi "amenazante" presencia, Diciembre
de 2007)



I

| *Los "sacamantecas"*

Una de las imágenes vívidas de mis primeros terrores infantiles todavía enmarcada con perfectos trazos en mi recuerdo es la figura de un pobre indigente desaliñado y sucio con un tremendo saco a cuestas donde debía portar sus escasas pertenencias. Otra era la versión de una de mis abuelas, oriunda de la cuenca minera de Barruelo de Santullán, al Norte de la Provincia de Palencia, lindando con Santander. Para ella aquel individuo que tenía la mala costumbre de frecuentar el espacio de mis juegos infantiles, era el temible "hombre del saco" que no dudaba en llevarse a los niños, especialmente a los más traviosos y desobedientes, en su enorme bulto de lona, sin que se supiera nunca más de ellos. La amenaza del "hombre del saco" apaciguaba con suficiente eficacia mis primeros desmanes y conductas inapropiadas.

La tradición española¹ es rica en toda una suerte de personajes correctores de comportamientos inadecuados para niños y niñas a los cuales se amenaza con la tendencia violenta de aquellos, violencia que los niños sufrirán de no aceptar las pautas preferentes del propio grupo². A la titularidad del "hombre del saco" o del indeterminado "coco" podemos añadir otros con los que el personaje de mis terrores guarda una relación estrecha,

caso del conocido como "sacamantecas". La presencia folklórica del sacamantecas está acreditada en las diferentes regiones de España, eso sí, con diferentes denominaciones; en Valencia y Cataluña es llamado, "greixet", "l'home de la Sangueta"; en Andalucía "mantequero" o "tío mantequero", igualmente sacamantecas; en Asturias, "sacaúntos", "tío del sebo" o "probe l'untu" (pobre del unto); en Extremadura "cortasebos"; en Aragón, "sacines", "sacasaines"; en Galicia "home do unto" o "sacauntos" (Cuba, Reigosa, Miranda 2006); en Castilla-La Mancha, "sacamantecas" (Caro 1990:192; Sordo 1991:109-110; Gutiérrez 1993:326). Recibe también la denominación popular de "sacasebos" y "sacauntos" si bien, la denominación "sacamantecas" es la forma más genérica y universal con que se conoce al personaje. Como vemos, todas las denominaciones hacen alusión a la cualidad terrible que adorna su perfil y que consiste en su obsesivo interés por la grasa humana (sebo, unto, manteca) e igualmente por la sangre que extrae de sus víctimas mortales para cometidos diferentes.

A pesar de la extensión en España de la creencia en el sacamantecas y su permanencia en el tiempo, no conozco una monografía específica que permita sintetizar las características etnográficas, literarias o históricas del sacamantecas³. Probablemente sus diferentes perfiles, denominaciones y gustos a lo largo del tiempo han camuflado sus huellas dificultando sobremanera la actuación del investigador. Aparecen retazos de su perfil en textos literarios (Brenan 1999 [1957], literatura de cordel y romances de ciego (Caro Baroja 1966;1990), causas criminales (Maqueda 1985), crónicas periodísticas (Frias 2005); relatos de época (Becerro de Bengoa 1881), comportamientos hechiceros (Tausiet 2004;2007;Laza 2002 [1958]; Martín -Aragón 1998; Caro Baroja 1961;1975), recopilatorios folklóricos del género de los "asustachicos"⁴ (Amades 1957) o diccionarios sobre seres míticos y creencias populares de las diferentes regiones españolas (Sordo 1991; Martín Sánchez 2002; Reigosa 2006; Pérez González 1978).

El personaje del sacamantecas ha adquirido relevancia novedosa y de actualidad, al ser objeto de recientes producciones cinematográficas como es el caso de la película "Romasanta" que

se basa en la vida de Manuel Blanco Romasanta, el hombre-lobo de Allariz (Orense) identificado popularmente como "sacamantecas" del que se comentaba su afición a fabricar jabón con la grasa de sus víctimas⁵. Jabones o delicados perfumes, como recoge la obra literaria de resonancia internacional "El perfume" de Patrick Süskind que acaba de ser llevada recientemente a la pantalla grande⁶. Nuestro personaje no escapa a la actualidad postmoderna de los programas televisivos esotéricos y paranormales al uso (Jiménez y Porter 2006:127-136) y se incorpora gustoso a las sagas internacionales de leyendas urbanas que hunden sus raíces en los confines del canibalismo (Ortí y Sempere 2002:190)⁷. Otros vestigios de la actualidad que el personaje muestra en alguna de sus peores versiones tienen que ver con el exotismo de ciertas mercancías, particularmente con el comercio ilegal de órganos y fluidos humanos e incluso con los procesos de adopciones internacionales donde el mítico personaje parece incorporarse en algunas regiones del mundo, muy a su pesar (Ortí y Sempere 2002: 39-51; Schéper Huges 2005; Noyes 2004).

El problema de la obesidad, endémica en los países desarrollados, y la nueva apreciación sobre la imagen del cuerpo y los estereotipos de belleza en el mundo occidental, ha generado una nueva modalidad de sacamantecas, enfundado en bata blanca y ejerciendo de dietista, nutricionista o cirujano plástico, para moldear esos utópicos cuerpos lozanos que los medios de comunicación pretenden universalizar:

"Están encantadas todas con el Sacamantecas. Cuando con tanta propiedad te hablan de sus artes, digo yo que no estarán así de delgadas como presuntamente Chari, sólo por haber dejado de tomar cervezas y tapas. Las vueltas que da el mundo. En el colegio salían corriendo cuando les decían que venía el sacamantecas y ahora es que no salen de la lista de espera para el Sacamantecas" (Antonio Burgos 2005)⁸

Obviamente, todas estas fuentes informativas se enriquecen con la documentación etnográfica que todavía es posible recoger sobre la figura del sacamantecas aunque cada vez, en su manifestación canónica como criminal "asustachicos", parece

que ha visto sustancialmente mermado su poder como aliado paterno frente a las nuevas generaciones de móviles telefónicos y consolas de video.



El término "sacamantecas" es definido por el Diccionario de la Lengua Española de la Real Academia Española en los siguientes términos: Sacamantecas: com. fam. Criminal que despanzurra a sus víctimas (Tomo II 1997:1824).

En otras ediciones anteriores he encontrado dos acepciones que nos interesan especialmente:

Sacamantecas: l.m.coloc. Criminal que abre el cuerpo a sus víctimas para sacarles las vísceras. 2. Ser imaginario con que se asusta a los niños.

La primera versión que he encontrado sobre el término "sacamantecas" en el Diccionario de Autoridades, pertenece al año 1925 (RAEU 1925: 1079,2). En las ediciones anteriores no aparece el vocablo, igual que no aparece en diccionarios antiguos como el célebre "Covarrubias"⁹. Más adelante volveré sobre esta aparente ausencia léxica de nuestro personaje.

Las acepciones corrientes para el vocablo "sacamantecas" son dos, en primer lugar se aplica a un criminal que se caracteriza por despanzurrar a sus víctimas; en segundo lugar se emplea para meter miedo a los más pequeños en aras de corregir comportamientos inadecuados de los mismos. Las dos versiones tienen relación directa entre sí, a la consecución de figuras míticas y reales de asesinos que se comportaron como "sacamantecas" por la brutalidad y evisceración de los cuerpos de sus víctimas, surge luego el género popular de los "asustachicos" que en definitiva apelan al poder de convocatoria de los padres sobre el terrible asesino como amenaza latente de los pequeños sobre todo en cuestiones relacionadas con la desconfianza que hay que mostrar ante los desconocidos y el escrupuloso cumplimiento del horario de reagrupamiento familiar por la tarde-noche.

I.1 Sacamantecas en acción

La crisis política, social y económica que vive España durante el último tercio del siglo XIX y el primero del siglo XX constituye un caldo de cultivo importante para la aparición eficaz de los sacamantecas. Los contextos de crisis social, fenómenos de emigración, conflictos bélicos o cambio de referentes económicos y el desarrollo novedoso de la tecnología industrial y médica¹⁰, suscitan en las mentalidades populares la multiplicación de los casos de sacamantecas¹¹. Es a finales del siglo XIX y principios del siglo XX donde, podemos afirmar que se populariza el término "sacamantecas" en España. De hecho el término, como hemos dicho anteriormente, se incorpora al Diccionario de Autoridades en el año 1925 y parece asociado al protagonismo creciente de los entornos urbanos. Es muy posible que personajes asociados al sacamantecas desarrollaran su existencia en el dominio rural, pero ahora el crecimiento de las ciudades y sus conflictos colocan el foco de la curiosidad urbana a la figura del sacamantecas, en colaboración con el éxito publicitario de la literatura de cordel y poemas de ciego que se ocupan de las truculencias criminales del romántico siglo XIX.

"Cuando ya no había apenas quien supiera componer un romance, se imprimían todavía relatos de crímenes con un encabezamiento clásico ... y el resto en prosa de la peor. Así llegó degenerado el gusto hasta los años finales de la Monarquía, en que hicieron sensación varios relatos de actuaciones de personajes muy temidos y populares a la par: sacamantecas o mantequeros, comprachicos, etc., de los que aún se habla de vez en cuando en los ambientes rústicos de Andalucía" (Caro Baroja 1966:12).

"Los relatos de crímenes, que a mediados del siglo pasado (XIX) se vendían por dos cuartos y en nuestra niñez por diez céntimos o una perra gorda, eran también gran especialidad de los ciegos" (Caro Baroja 1990: 68)¹².

Veamos un pequeño ejemplo, apenas un extracto de "El horroroso crimen de Peñaranda del Campo", recopilado por Pío Baroja, para comprobar cómo era este género de producciones que entre estampas truculentas y comentarios jocosos extendieron los ca-

racteres más pavorosos y terribles del sacamantecas por los pueblos de España. El romance ha sido extractado del libro de Fabiola Maqueda (1985:65-70) dedicado al caso del sacamantecas victoriano Juan Díaz de Garayo.

El tuerto: (Coge su puntero y empieza a salmodiar esta relación)

¡Sagrada Virgen del Carmen
 Madre del Dios Verbo
 ¡cómo permites que haya
 criminales tan perversos
 que manchan con sus maldades
 la limpia reputación
 de los hijos de este pueblo!
 Comentarios: ¿a qué buena reputación se refiere este....?

El tuerto: En Peñaranda del Campo
 el día diez de febrero
 de mil novecientos veinte
 día terrible y funesto
 cerca del árbol del Cuco
 hallaron, en el paseo,
 el cuerpo de una mujer
 convertido en esqueleto.
 Comentarios: ¡Si dicen que eran huesos que habían sacado del cementerio....!
 [....]

El tuerto: Y como un tigre de Hircania
 le quita la vida luego
 metiéndole una navaja
 por las vértebras del cuello.
 la desangra y descuartiza
 con arte de carnicero
 y hasta muérdele un pedazo
 y dice que sabe a cerdo.
 Comentarios: ¡Eso debe ser mentira! En todo caso sabría a vaca por lo tetona que era....

El tuerto: Da los pellejos a un gato
 el corcillo dá a los perros
 y vende los entresijos
 a un industrial carnicero...

.....

Más adelante, en la segunda parte del romance aparece una indicación elocuente que conecta los romances de ciego con la prensa local que igualmente impulsó en las ciudades el conocimiento y la curiosidad general por los casos atribuidos a los sacramantecas.

El fotógrafo:
 El horrible crimen de
 un pueblo antropófago y brutal
 no debe quedar más que
 una fotografía colosal.
 pienso publicarla en
 el mejor periódico local
 supongo que saldrá bien
 si no sale desigual

La literatura de cordel y los romances de ciego extendían y ofrecían popularidad a unos motivos que ya formaban parte de las mentalidades de los pueblos y ciudades de la Península Ibérica. Este tipo de literatura se ajustaba en sus detalles más escabrosos al mapa cognitivo que generaba la tradición popular como eran los crímenes cometidos por parte de asesinos obsesionados con la grasa y sangre de sus víctimas. En otros casos, bastaba la exposición abundante de sangre sobre el cadáver o la extracción de alguno de sus tejidos internos para que las poblaciones señalaran al asesino con el apelativo concreto de sacramantecas¹³. Veamos algunos ejemplos de asesinatos documentados por la prensa local de la época y que se atribuyeron a los sacramantecas.

I.1.1 Sierra de Gádor¹⁴

Sierra de Gádor en Almería. El niño Bernardo González Parra de 7 años de edad es secuestrado el 27 de Junio de 1910. El curandero Francisco Leona, secuestró al niño en ausencia de sus padres y lo trasladó hasta el lugar del crimen en un saco¹⁵ hasta el cortijo de Arnoz; es puesto a disposición de los asesinos por parte de Agustina Rodríguez, cómplice de los truculentos sucesos. Posteriormente Francisco Leona asesta una puñalada en el corazón del niño y recoge su sangre caliente en una vasija de porcelana, donde bebió "El Moruno" el líquido elixir de la vida, con gran avidez¹⁶.

"Luego, peor que lobos carnívoros, llevaron a cabo la horrenda tarea de extraer las "mantecas" a la víctima para que el feroz curandero brujo, abriera en canal, como si de una res se tratara, el tierno cuerpecito"

"Francisco Ortega, de apodo El Moruno, enfermo y desahuciado de tuberculosis pulmonar, llamó al curandero Francisco Leona para que con sus embrujos le curara de sus males. Este le prometió hacerlo si le daba tres mil reales, a lo que accedió inmediatamente el tísico. Entonces el brujo, mientras se embolsaba el dinero, le dijo: 'Tienes que beberte la sangre de un niño sano, recién salida de su cuerpo, para que esté caliente. Apenas bebida la sangre, te pondrás sobre el pecho unos emplastos con las mantecas de la criatura y han de estar aún calientes cuando te las pongas, porque de lo contrario no surtirán efecto. Verás entonces cómo enseguida te curas'" (Sanz y Díaz 1984).

La Guardia Civil detuvo con rapidez a todos los implicados en el crimen y según parece fueron ajusticiados por ahorcamiento.

El parte médico forense en relación con el cadáver del niño Bernardo González Parra recoge, según el texto de Frías (2005:110-111), lo siguiente:

"Heridas múltiples en la cabeza con rotura de huesos, algunos de cuyos trozos se introdujeron en la masa encefálica, producidas por un cuerpo contundente, como piedra, palo u otro cuerpo duro, manejado con bastante fuerza. En la axila iz-

quiera el cadáver presentaba una herida profunda producida por un arma punzo cortante, que mide cuatro centímetros de longitud, arma que manejada de abajo a arriba dio ocasión a que su punta saliera por el hombro, donde produjo una herida de dos centímetros. En el vientre existía una herida de bordes limpios debida a arma cortante, que empezando más arriba de la boca del estómago, terminaba en el pubis. Los intestinos aparecían al exterior y estaban cortados por el duodeno, como a tres centímetros de su salida del estómago, y por el recto. Todo el colón ascendente, transversal y descendente apareció en absoluto desprovisto de epiplón y grasa. Falta todo el peritoneo del cual no aparecen ni vestigios. El hígado está íntegro, así como el diafragma y todas las vísceras de la cavidad pectoral, razón por la que se deduce que el niño murió a consecuencia de las lesiones causadas en la cabeza y que después de su muerte le fue abierto el vientre”.

1.1.2 Málaga¹⁷

El caso recoge el asesinato de un pobre niño a manos de unos desalmados criminales, que buscaban en su sangre la panacea para sanar enfermedades. Un líquido vital que fue vendido al instigador del sangriento proyecto, un no menos malhechor y asesino, con posibilidades económicas.

El niño Manolito Sánchez, de nueve años de edad, desaparece el jueves 7 de Agosto de 1913 en las inmediaciones del cine Pascualini de Málaga, apareciendo el cadáver del pequeño, degollado, presentando un tremendo corte en la parte posterior del cuello el día 12 de agosto en la estancia conocida como “Huerta del Coto”, entre unos cañaverales.

La prensa local malacitana se hace eco del crimen y durante unos días mantiene al tanto a la población de los avances en las investigaciones y pesquisas.

Entre las posibles razones del asesinato se comenta el caso de la Sierra de Gádor de Almería:

“....Además, aún rondaba en la mente de los españoles el reciente crimen de Almería, año 1910, de Francisco Leona, quien

mató a un niño para extraerle la sangre, para posteriormente venderla a un enfermo que tenía la absurda idea, muy común en la época, de que al ser tomada aún caliente, sanaba el organismo y renovaba la sangre, curando enfermedades graves" (Frías 2005:33).

"La diligencia de la autopsia, no puso en claro si el niño había sido o no violado. Este crimen, puede por lo tanto atribuirse a las crueles intenciones de un sátiro, a la de una venganza, o a un acto de salvajismo propio de los que creen que con sangre humana se haya remedio a ciertas enfermedades" (La Unión Mercantil, viernes. 15 de agosto de 1913; en, Frías 2005:53).

Un testigo manifestó que días antes al descubrimiento del cadáver, vio a un hombre ataviado con blusa blanca, pantalón oscuro y gorro de paja. Llevaba una varita de madera muy delgada y amarrada a ella, un trozo de tela (Frías 2005:59). La prensa local sigue las novedades del crimen durante los días que suceden al hallazgo del cadáver y valora el fin del asesinato en función de los términos habituales en que los sacramantecas actúan para obtener la sangre y las mantecas de sus víctimas, así aparece en la crónica del periódico "La Unión Mercantil de Málaga" de 16 de agosto de 1913:

"Es doloroso decirlo, pero hay que confesar que estamos en este asunto mucho peor que el primer día. Nada nuevo se supo, ni de las diligencias judiciales se desprendieron datos que arrojasen alguna luz al sumario. Parece que descartada la suposición de que el niño fuera asesinado con propósitos deshonestos, pesa en el ánimo del juzgado la creencia de que se le privó de la vida para aprovechar su sangre. Esto es verdaderamente deshonesto para un pueblo, y da idea de una incultura a que nuestra ciudad no es acreedora" (Frías 2005: 60).

El día 17 de agosto de 1913, el niño Sánchez Hidalgo pide ver al juez y en la Sala de Audiencias testifica que a Manolito se lo llevó un hombre al campo esa noche, "*Vi como aquel hombre le extraía la sangre y las "mantecas"*" (Frías: 2005:61).

Las referencias al motivo del crimen se inclinan a un uso pernicioso de la sangre del niño con fines terapéuticos:

"...Parece que existe la convicción de que el pequeño Manolito fue asesinado para utilizar su sangre con algún fin curativo..." ("La Unión Mercantil": Lunes 18 de agosto de 1913, Frías 2005:65).

Los autores del crimen parece que fueron José González Tobar, "el moreno" y Francisco Villalba España, "el trapero", a solicitud de un célebre torero de la época enfermo de tuberculosis. González Tobar es detenido, al insinuar en una tasca de los alrededores la semejanza de un niño con el asesinado Manolito. *"Fijate, es igual que Manolito, al que le cortamos el pescuezo"*. Rápidamente fueron denunciados a la Guardia Civil y detenidos.

La confesión del crimen por parte del "moreno" resulta particularmente truculenta:

"Al parecer, un carruaje esperaba la llegada de González Tobar con la sangre del niño en una vasija. El que se encontraba dentro del coche bebió el líquido vital en dos dosis. Tanto él como Villalba recibieron un billete de cien pesetas y otro de veinticinco, así como la vasija, vacía y manchada de sangre inocente" (Frías 2005:86).

Posteriormente "el moreno" cambió su declaración insistiendo en que lo que deseaba era abusar sexualmente del niño y echó sobre sí toda la autoría del asesinato, circunstancia que produjo un profundo malestar y sospechas en la población de que alguien de la propia justicia o algún "pez gordo" pudiera encontrarse involucrado en tan terrible asunto.

1.1.3 Garayo. El sacramantecas vitoriano

Quizá uno de los casos más significativos de sacramantecas, por su incidencia en la prensa nacional e internacional de la época sea el de Garayo, el conocido "sacramantecas" vitoriano que realizó sus correrías en el último tercio del Siglo XIX¹⁸.

Juan Díaz de Garayo nació en la localidad de Eguilaz, provincia de Vitoria, el 16 de Octubre de 1821 según consta en su partida de bautismo (Maqueda 1985:11).

"Hijo de labradores, dedicó toda su vida a los menesteres propios de esa condición. Desde muy joven fue enviado por sus padres a los pueblos de los alrededores a servir como criado. De este modo recorrió Salvatierra, Alaiza, Ocáriz, Izarza y Alegría entre otros. Esta costumbre, habitual entre los aldeanos de Álava, se imponía por necesidad, máxime en una época de penuria económica como era aquella de sus primeros años de vida, coincidentes con los momentos de mayor efervescencia de la Primera Guerra Carlista" (Maqueda 1985: 12).

Garayo casado en cuatro ocasiones tuvo serios problemas de convivencia con algunas de sus mujeres y con su descendencia. Su aspecto era de lo más vulgar, pasando desapercibido entre el resto de aldeanos y convecinos, si bien sus características fisiognómicas hicieron las delicias de los criminólogos de la época, según las corrientes interpretativas al uso basadas en la teoría del "criminal nato" del italiano Cesare Lombroso (Maqueda 1985:15, 37-64). La actividad criminal de Juan Díaz de Garayo se circunscribe al acoso y muerte de mujeres, generalmente motivado por un fuerte impulso sexual. Parece que algunas de las víctimas fueron agredidas por el desacuerdo en el precio final del servicio. Alguna de estas agresiones y crímenes de los que Garayo se inculpó, cometidos entre 1870 y 1879, sin embargo, no se pudieron probar que los hubiera cometido el acusado (Maqueda 1985: 15-21); finalmente las dos últimas agresiones criminales que cometió Garayo dieron con el reo condenado a pena capital y agarrado el 11 de mayo de 1881.

"El día siete de Septiembre de 1879 regresaba Garayo a Vitoria por la carretera de Amurrio. Por dicha carretera hizo amistad con una mujer que iba en su misma dirección. Charlaron de cosas indiferentes y Garayo se sintió atraído por aquella joven agraciada y fuerte por lo que decidió hacerle ciertas proposiciones que ella inmediatamente rechazó. Llegó incluso a ofrecerle dinero, pero viendo la ineficacia de sus propuestas decidió hacerlo por la fuerza. La derribó y sacando una navaja le infirió graves heridas en el pecho, tratando de violarla en su agonía. Remató a su víctima, causándole nuevas heridas en el pecho. Se llamaba M^a Dolores Cortázar y era vecina de Zaitegui" (Maqueda 1985: 22).

La última agresión criminal que cometió Garayo, de la que se le acusó formalmente, tuvo especial repercusión en la prensa vitoriana contribuyendo a la fama legendaria del sacamantecas. Veamos cómo aparece reflejada la crónica del crimen en el recurso de casación que se presentó y que recoge el libro de Maqueda (1985: 22):

"A las cuatro de la tarde del ocho de septiembre de 1879 hallábase Juan Díaz de Garayo en el monte Arriaga, en el camino de Gamarra a Araca donde encontró a Manuela Audicana, de cincuenta y dos años, a quien no conocía y que regresaba a su pueblo de Nafarrate desde Vitoria, donde había ido con motivo de la feria, cuya mujer iba sola, llevando una cesta con varios efectos y comestibles entre ellos, un panecillo francés y atún en escabeche; y como empezara a llover se sentaron ambos debajo de un árbol hablando de cosas diferentes, hasta que al poco rato le pidió Díaz el dinero que llevaba y contestándole que no tenía ninguno, cogió de pronto el delantal que llevaba la Manuela enrollado sobre la cabeza para sostener la cesta y se lo ató fuertemente al cuello hasta dejarla sin conocimiento. Que tirando de dicho delantal arrastró a la mujer hasta otro árbol próximo donde le quitó todas las ropas y le registró en el pecho y delantal, mas no encontrando dinero alguno, sacó una navaja pequeña y le dio tres o cuatro golpes, abriéndole después el vientre, en el que introdujo la mano y sacó fuera las tripas y con ellas un riñón, y que luego cubrió el cuerpo con las ropas, tomó el panecillo francés y comiéndolo se alejó en dirección a Arriaga donde pernoctó".

Coincidiendo con las correrías de Garayo se da en Vitoria una relación interesante de hechos que parecen signar de una forma consistente la creencia en los sacamantecas. Se trata de un asesino de lecheras que parece castigar comportamientos inadecuados de mujeres, según la mentalidad de la época.

"Narra la historia de un asesino de lecheras, mujeres de corta edad, que salían al amanecer a repartir el producto. En el recorrido por los alrededores eran atracadas, violadas y asesinadas por un personaje del que se desconocía su verdadera personalidad. Al paso del tiempo- se cuenta- que perdió la apariencia humanoide para convertirse en extraño engendro que habitaba en

las cuevas del Parque de la Florida, situado en un lugar céntrico de Vitoria, y que se creían misteriosamente comunicadas con las del Batán. La imaginación popular puso término a las fechorías de aquel personaje (probablemente un retrasado mental) de una manera literaria. Parece ser que el asesino de lecheras fue detenido por la viveza de un Guardia Civil que, ataviado de faldones para evitar sospechas en aquél, pudo así arrestarle cuando intentaba una de sus agresiones. Todavía, cuando se pregunta a las gentes de Vitoria por el "sacamantecas" señalan convencidos las cuevas del Parque de la Florida. La leyenda siguió progresando, una vez ejecutado Garayo, pródiga en ingenios y anécdotas fruto de la invención popular, promovida por el nebuloso recuerdo de sus coetáneos" (Maqueda 1985:17-18).

"Por fin en mil ochocientos setenta y nueve fue detenido el asesino de lecheras, denunciado por una que había logrado escapar de sus garras. Resultó ser un jornalero de vida sencilla, de quien menos se sospechaba ... Las gentes creían que se trataba de una maquinación diabólica que tenía por objeto la extracción de las vísceras para componer pócimas o filtros portentosos. Por eso se llamó al desconocido asesino, el sacamantecas" (Maqueda 1985:18)[Recogido de la crónica de T. Alfaro Fournier: "Vida de la ciudad de Vitoria", 1951].

El caso Garayo fue seguido por la prensa local vitoriana, pero también tuvo repercusión internacional, por un lado gracias a las teorías de Lombroso de corte criminal y por otro por la visión romántica de la prensa francesa que se ocupó del suceso. Veamos la síntesis que sobre la visión francesa del criminal, realiza la propia prensa vitoriana:

"Los periódicos franceses, cuya afición al folletín dramático y a la crónica criminal es muy marcada, aunque disculpable y justificada dado el carácter novelero de los franceses, y sobre todo de las francesas, habían manifestado vehementemente deseos de obtener todos los datos y pormenores de la causa de Juan Garayo al que la Voz pública había apellidado "el sacamantecas" y si no han conseguido tenerlos exactos y verídicos los han logrado maravillosos y fantásticos... [...] Véase ahora cómo se expresa el diario francés! Hace diez años-escriben desde Barcelona-los asesinatos se multiplicaban en la provincia de Vitoria con caracte-

res de periodicidad y señales de una ferocidad lúbrica que no dejaba duda alguna acerca de la identidad de la mano que los llevaba a cabo. Las víctimas eran todas mujeres y sus cadáveres aparecían desnudos en el campo, con el vientre horriblemente abierto y arrancado algunos órganos interiores. Las aldeanas temblaban a la idea de ir solas por caminos solitarios [...] El terror dominaba en todo el país y poco a poco se formó una extraña leyenda. Decíase que un personaje fantástico andaba errante por los campos y que tenía la misión de castigar a las mujeres infieles y a las jóvenes extraviadas. Se le había divisado una tarde caminando a través de los campos con una carrera más rápida que la del viento que sopla en las cimas de las montañas cántabras. Sus cabellos flotaban sobre sus espaldas, como los de una mujer, sus ojos brillaban como dos puntos fosforescentes y dejaban tras de sí como una corriente de azufre. Se llamaba el sacamantecas, arranca-hígados o arranca-grasas a este personaje fabuloso, al cual se le atribuía un poder prodigioso. Se creía entre otras cosas en el país, al ver que las víctimas todas ofrecían las mismas clases de heridas, que estos crímenes repetidos tenían por objeto el quitarles el hígado y las partes grasas a fin de preparar yo no sé qué medicamentos y qué clases de pócimas para curar enfermedades especiales". ("El anunciador vitoriano, 3 de Diciembre de 1879, en Maqueda 1985:19).

Terminemos la síntesis de este caso con la reflexión final que hace Maqueda (1985:19), sobre Garayo:

"El eco popular de la leyenda había sobrepasado al personaje, al asesino real. Nadie pudo creer que aquel bracero, empobrecido, que había dedicado su vida, como ellos, al cultivo de la tierra, fuese el temible monstruo que había atemorizado a la población por espacio de diez años. Sin embargo, el nombre de Garayo lo vamos a ver continuamente asociado al "sacamantecas" cuando se trata de publicaciones locales o de informes oficiales".

I.1.4 Etnografía contemporánea

Así pues los sacamantecas reflejados en la prensa y en lo romances de ciego destacan la violencia de estos criminales, la

obsesión por la apertura de los cuerpos de sus víctimas con exposición de vísceras y extracción de mantecas y sangre con la finalidad de curar enfermedades como la tisis o tuberculosis e igualmente emplear los restos orgánicos en la elaboración de potingues terapéuticos. Las víctimas de los sacramantecas son tanto niños como niñas de corta edad, generalmente perdidos del control familiar, y mujeres de diferentes edades. Los detalles que la información etnográfica contemporánea nos ofrece sobre los sacramantecas coincide con las formas sensibles expresadas en la prensa y los romances de ciego. Veamos algunos ejemplos.

Oriundos de Carabanchel Bajo y de Cadalso de los Vidrios, Julia y Mariano nos ofrecen sus particulares observaciones sobre el personaje, testimonios recogidos por su nieta¹⁹:

"A ella le hablaba su madre del tío sacramantecas. Se llamaba Isabel y se encontró con él en una ocasión. Antes de la guerra desaparecían muchos niños, igual que desaparecen ahora por el tráfico de órganos. A algunos, nunca volvían a verlos; a otros les encontraban muertos, llenos de pinchazos, en un terraplén que había en Carabanchel Bajo, el lugar donde su madre vivía. Nunca se trataba de personas mayores. El padre de Isabel era minero. Trabajaba en el País Vasco y a veces en Asturias, pero casi siempre estaba en Bilbao, según cree Julia. Isabel encontró al sacramantecas cuando tenía ocho años, un día que su padre estaba en casa. Su madre era cocinera profesional; trabajaba en un restaurante situado donde hoy se encuentra el Teatro de Lina Morgan (Latina). Isabel quería ir con ella al restaurante, pero su madre no la dejaba. Al final, cuando esta salió de casa, echó a correr detrás de ella. Su padre se quedó tranquilo, pensando que su mujer se había llevado a la niña.

Cuando regresó del trabajo, se dieron cuenta de que Isabel no estaba con ninguno de los dos (la madre no le había visto correr tras de ella). Fueron a buscarla por todo Carabanchel Bajo, y tardaron mucho tiempo en encontrarla: la llevaba un hombre de la mano y le decía: "No te preocupes, que yo te llevo con tus padres". Iban camino del terraplén donde aparecían los niños muertos. Julia dice que, en realidad, los sacramantecas eran muchos. Preferían los niños gorditos (Isabel se criaba muy gordita); por eso decía la gente el "tío sacramantecas". A los niños delgad-

chos ya les podían dejar solos por ahí, que nadie se los llevaba. Se rumoreaba que el Rey estaba tuberculoso y se curaba bebiendo la sangre de los niños. Interesaba la sangre, no la grasa." (Julia, Carabanchel Bajo, recogido en 1999)

"La gente decía que el Rey necesitaba sangre porque estaba tuberculoso. Pagaba a hombres para que robasen niños, y así sacarles la sangre. Sin embargo, no había oído el nombre de "sacamantecas"; sólo tenía noticia de gente que sacaba sangre a los niños. De muchacho, Mariano se encontró una vez, según cree, con uno de estos hombres. Él iba hacia Cadalso de los Vidrios desde la huerta de su padre, con un borrico cargado de patatas. Su trabajo consistía en llevar las patatas al pueblo, por lo que realizaba varios viajes al día. Pues bien, durante el trayecto vio a un hombre de aspecto extraño en el camino de San Antón. Llevaba en la mano algo así como una lata cuadrada de aceite como de un litro. Al ver a Mariano se escondió; opina él que para raptarlo. Más adelante por el camino iba un hombre que conocía a Mariano. No le gustó el aspecto del desconocido, así que esperó al muchacho: le dijo que se diera prisa y lo acompañó hasta el pueblo. Sin embargo, al hacer el viaje de vuelta en busca de más patatas, el extraño seguía al acecho. Al ver a Mariano echó a correr detrás de él, y el muchacho se metió por Tórtolas para esquivarlo. No pudo alcanzarlo porque el borrico era excelente y corría muchísimo, según cuenta. Mariano no paró hasta llegar junto a su padre." (Mariano, Cadalso de los Vidrios, recogido en 1999).

El temor al terrible personaje se ha expresado incluso en el ámbito de lo sueños infantiles:

"María Jesús López, nacida en 1960, cuenta que cuando era niña le producían tal pavor los malvados mantequeros que se cuidaba mucho de adentrarse en la montaña o salir por la noche sin la compañía de un adulto. Cuando tenía unos cinco años tuvo un sueño en el que durante la noche salía corriendo detrás de ella un hombre alto y fuerte que tenía colgados por todo el cuerpo pies, manos, cabezas y demás partes del cuerpo de pobres niños a los que había atrapado antes que a ella. Ella recuerda que en la iglesia había un santo que tenía como una especie de pulseras de las que colgaban partes del cuerpo humano y cuando

iba a misa solía sentarse lo más lejos posible de él porque le daba miedo. En el sueño se unieron tanto el temor al tan convocado mantequero como al santo". (Cristina Ferreras, San Pablo de los Montes, Toledo, recogido en Noviembre de 2007)

Un reciente testimonio de un pueblo conquense, recogido en el año 2004 por un alumno de la Licenciatura de Antropología Social de la Universidad de Castilla-La Mancha acredita la vigencia contemporánea de los perfiles clásicos del personaje:

"...Al caer el sol y como estaba cansado, igual que todos, empezó a decirle a mi tío que ya había que irnos, mi tío le daba largas. Estábamos cerca de una carretera comarcal que iba hacia el pueblo, y comentó que si no terminábamos él se iba a ir sólo al pueblo. Aguantó hasta el final de la jornada, y mis primos le preguntaron "*Mariano ¿Porqué no te has ido andando solo?*" y contestó "*si hombre, voy por la carretera y para su coche el hombre del sebo, me mata, me saca la pringue y me deja en la cuneta; y luego pasa la gente y dice ¡mira ese pobre chico lo ha matau el hombre del sebo!*" Nos echamos a reír y le preguntamos que si creía en el hombre del sebo, y nos respondió: "*si, que me lo había dicho mi padre, que tenga cuidado y que no vaya solo por la carretera, que matan a los chicos*". (Montalbo, Cuenca)

Otro ejemplo etnográfico reciente y detallado lo aporta José Manuel Pedrosa de la Universidad de Alcalá de Henares en sus acopios etnográficos sobre tradiciones de los pueblos del Norte de España, así, en la localidad de Ganuza (Navarra) documenta el siguiente testimonio:

"Pero eso [los mantequilleros] era verdad, ¿eh? Porque la madre estuvo en Madrid. Y dijo que faltaban niños en Madrid. Mi madre estuvo en Madrid, ¿eh? Dijo que faltaban niños en Madrid porque les sacaban las mantecas. Decían las mantecas, pero les quitaban la sangre para dársela a los tuberculosos de entonces. Y entonces había un tal Ricardito que faltó de casa, que lo llevó un hombre que le dijo que le iba a dar albaricoques. Que le iba a dar albaricoques, y se lo llevó a algún sitio. Y estaban en un sótano, y pasó por allí la ronda esa. ¿Cómo se llama? El alguacil, o quien sería. ¡El sereno! ¡El sereno de la noche! Y el niño estaba rezando:

¡Virgen Santísima del Carmen, Purísima Inmaculada nuestra! Oíd a un devoto vuestro y descubre tal infamia.

Y el alguacil se puso a escuchar, a ver lo que pasaba en aquella bajera. Y otra vez ese mocetico, ese Ricardito, otra vez la misma de eso. Bajaron abajo, y tenían a no sé cuántos críos allí, los estaban desangrando. Pero era para darles a los tuberculosos la sangre. Esto es cierto, ¿eh? Estando mi madre en Madrid, esto hace doscientos mil años. Esto no es ningún cuento, esto es cierto. Y nos decían, cuando viene algún coche, si viene algún coche, porque, claro, pues ya empezaba a venir pues algún coche, porque también por los pueblos faltó algún niño, mató a algún niño también. Y cuando venía algún coche decían:

No os montéis en ningún coche, ¿eh? Aunque os digan que os van a dar un caramelo o esto.

Pues ya sabes, a los críos de los pueblos, pues en seguida a engañarlos con un caramelo.

No se os ocurra montaros en ningún coche, ¿eh? Que a tal le han sacado las mantecas.

Que eso, que hay los mantequilleros. Esto se decía por los mantequilleros, pues nos entraba un miedo terrible, con los mantequilleros. Pero eso era cierto ¿eh? eso era cierto, eso de Madrid, que les quitaban la sangre.

Y a una criada también, a otra criada también, que había ido de Burgos a Madrid, y dice que todas las noches le llevaba la señora un vaso de leche a la cama. Y a ella pues se le hacía raro. Y se quedaba dormida. Y ella, pues ya no sabía lo que pasaba por la noche. Y encontró a una amiga de ella. Y dice:

¿Y no te enteras de nada de lo que pasa?

Yo no me entero de nada. El caso es que cada vez estoy más débil, alguna cosa rara...

¡Claro, le quitaban la sangre! Entonces le dijo:

Pues mira, ¿sabes lo que vas a hacer? Mañana, no tomes la leche. Guarda un poco, para llevarla a un médico, para que la analice, a ver eso.

¡Claro! ¡Y tenían el hijo tuberculoso! ¡Y la quitaban la sangre y se la ponían al hijo!²⁰ Y eso pasaba en Madrid también, así que, señor, si *usted* es de Madrid..." (Pedrosa 2004:217-218)

El término "sacamantecas" sirve de ejemplo de idiotez e ineptitud "*no seas sacamantecas*", así se emplea como sinónimo de "bolo" en la comarca de los Montes de Toledo. La amenaza de quitar la grasa y el sebo de los niños "*te voy a sacar las mantecas*" es utilizado, en el mismo sector toledano, por los abuelos en relación a los nietos y gente menuda en general para corregir comportamientos inadecuados de los pequeños.

En las Tiñasillas, aldea de Porzuna (Ciudad Real) se le conoce como "el tío del sebo" al que se le achaca un interés particular por la sangre de los niños. Su actuación se relaciona con los núcleos urbanos y la presencia de hospitales²¹.

1.2 El cuerpo humano como rebotica

La consideración del cuerpo humano y sus partes, órganos y fluidos como sustancias hábiles para la farmacopea y los procedimientos terapéuticos es algo sabido desde la Antigüedad. Basta con echar un pequeño vistazo a algunos tratados médicos para encontrarnos con referencias concretas sobre la eficacia del consumo de sangre humana en los procesos de vigorización y regeneración de la sangre de quien la consume, así como la superación de ciertas patologías y dolencias derivadas del consumo no sólo de la sangre sino de las grasas y vísceras humanas. Voy a presentar a modo de ejemplo dos párrafos suficientemente expresivos sobre este aspecto²².

Así lo recoge Plinio el Viejo²³, 1629:

"Empezaremos pues desde el hombre inquiriéndole a o para sí mismo opuesta luego una dificultad inmensa. Beben también la sangre de los gladiadores²⁴, como con vasos vivos, los que padecen gotacoral²⁵, lo cual, mirar que lo hacen también las fieras en la misma arena, causa horror. Pero ciertamente ellos piensan ser efficacísimo remedio sorber la sangre caliente y saliendo vaheando del mismo hombre²⁶ y juntamente con ello la misma alma

por la boca de las heridas, siendo cierto que no es lícito llegar las bocas humanas ni a las llagas de las fieras. Otros buscan los tuétanos y médulas de las piernas y el cerebro o sesos de los niños, y no pocos de los griegos dijeron también los favores de todas las partes internas²⁷ y miembros del cuerpo humano, sin dejar alguna cosa hasta las cortaduras de las uñas. Como si pudiera parecer sanidad hacerse de hombre fiera y en la misma medicina digna de enfermedad verdaderamente con excelente burla y engaño si no aprovecha. Tienese por maldad mirar las entrañas humanas, pues qué será comerlas? Quien habló estas monstruosidades? En ti estará la culpa, destructor del derecho humano y artífice de monstruos que fuiste el primero que los compusiste, creo que no por otra cosa, si no porque la vida nos e olvide de ti? Quien habló el comer cada miembro humano? Con qué conjetura se movió a ello? Qué origen pudo tener esta medicina? Quien hizo más inocentes los venenos que los remedios?²⁸

Francisco Vélez de Arciniega, 1613:

"Muchas partes del hombre son recibidas en el uso de la medicina de las cuales, escribiremos aqui algunas. Galeno dice que los huesos quemados (lo cual dice que lo dicen algunos) tienen en gran manera facultad de digerir y secar y esto hacen más aventajadamente los humanos. El estiércol humano dice que aprovecha para los flemones del garguero después de seco y molido con miel y habiendo comido tres días antes el muchacho altramuces. La orina humana (como se ve del dicho) limpia las lepras y sarnas y las llagas que echan de sí mucha humedad y las que están llenas de suciedad y podridas. Y aprovecha para otras muchas cosas como se podrá ver del libro citado. La saliva humana es contraria (según dice Galeno y lo refiere de Nicandro) a todas las bestias ponzoñosas. (...) Aprovecha el caso del hombre a los niños que tienen alferecía (principalmente) molido muy sutilmente en la loza y mezclado con zumo de ruda y jarabe de costras de Cídra o de Peonia. El unto²⁹, para deshacer apostemas y para nervios encogidos de frialdad."³⁰

No sólo las sustancias vitales, fluidos, tejidos, órganos y huesos, sino que incluso la simple inferencia de un cuerpo humano sobre los apostemas y tumores puede ser suficiente para su curación, sobre todo en el caso en que el cuerpo humano esté reciente-

mente muerto (Black 1982[1883]:136). Las cenizas y polvos de huesos de difuntos son eficaces al tomarlos en infusión en ciertas enfermedades; la influencia de los cuerpos humanos en descomposición presentan virtudes terapéuticas para los vivos quienes no dudan en emplear sofisticados y discretos métodos de canibalismo³¹:

“...el joven aprendiz del herrero de Yarrowfort recobró la salud comiendo la manteca hecha de la leche de las vacas alimentadas en el cementerio de la iglesia, soberano remedio para la consunción producida por la malquerencia de los brujos” (Black 1982 [1883]: 131)

El contacto con el cuerpo de los difuntos resulta terapéutico según las creencias populares en diferentes partes del mundo. En relación con la grasa y la sangre y el interés farmacológico y terapéutico por las partes, fluidos y vísceras de los difuntos Black (1982 [1883]:133,136) nos comenta un caso elocuente en China:

“Los que hurtan los huesos de los condenados al fuego o los cuerpos de niños ilegítimos, con el propósito de componer medicinas, son mirados con tal horror en China, que se dice que cuando vuelvan a nacer, nacerán sin orejas u ojos o con las manos, los pies, la boca, los labios o la nariz mutilados de algún modo” [...]. “Así en China, después de una ejecución, con la misma fe, gruesas bolas de médula se empapaban en la sangre del criminal y se vendían al pueblo como un remedio para la consunción, con el nombre de pan de sangre” (Black 1982 [1883]: 133, 136).

Las propiedades curativas de los productos corporales humanos, según la mentalidad popular, hacía de ciertos cadáveres verdaderos tesoros que había que proteger³². Los ajusticiados eran expuestos, no sólo de forma moral, al interés público, como nos cuenta Molinié (1991: 85):

“La sangre de los decapitados la vendían los verdugos; la esperaban los epilépticos con el vaso en la mano y la absorbían aún tibia como si brotara del cuerpo palpitante. Más interesante aún para nuestro caso: los verdugos vendían la grasa de los ejecutados, competencia desleal a los farmacéuticos quienes tenían la prerrogativa de ello”.

En este sentido resulta de gran valor el testimonio de un soldado toledano de finales del siglo XVI, Don Diego Duque de Estrada, a quien el verdugo le recomienda una serie de productos para curar sus heridas, una vez sufrido el suplicio³³:

"Prometiome el verdugo que si no me ponía en manos de cirujanos me daría sano, sin lesión alguna, y yo le prometí, si lo hacía, doscientos escudos de oro. Salió con su empresa; yo le cumplí lo prometido, y por si acaso lo que Dios no permita sucediere a alguno, pongo aquí su receta para poder curarse. Grasa de hombre, unto de culebra, de oso, de león, de víbora, de ranas, por partes iguales, deshecho todo a fuego lento con aceite de almendras dulces, de pericón, de manzanilla rosado y bálsamo de oriente"³⁴

Pero junto a este uso "terapéutico" de algunos productos corporales humanos que se extraían de los cadáveres de los ajusticiados y que formaban parte de ciertos remedios caseros, la mentalidad popular exhibe otras finalidades de corte menos halagüeño.

"L'enfant mort sans sacrament est redoutable: corps et âme. Ce corps inquiète parce qu'il appartient déjà au monde des ténèbres: derrière l'enfant mort cherchez le malefice"

"El niño muerto sin sacramento es dudoso: el cuerpo y el alma. El cuerpo inquieta porque ya pertenece al mundo de las tinieblas: detrás del niño muerto hay que buscar el maleficio" (Gelis 1984: 490).

"...ce que l'on redoutait alors par dessus tout. C'était l'utilisation du cadavre, ou de partie du cadavre, par les magiciens et les sorciers. Lors de la grande possé de sorcellerie qui contamina l'Europe de 1580 à 1680, le corps de nouveau-nés et décédés (o depecés?) passaint pour alimenter le chaudron des sorcières. Et les matrones étaient les grandes pourvoyeuses du sabbat".

"...de lo que se dudaba por encima de todo era de la utilización del cadáver, o de parte de él, por brujos y hechiceros. Además del contexto del brote brujeil de 1580-1680, el cuerpo de los recién nacidos muertos se relacionaba con el caldero de las hechiceras. Las parteras eran las grandes proveedoras del Sabbat" (Gelis 1984: 490).³⁵

Los cuerpos de difuntos, especialmente de recientes ajusticiados³⁶, y el de los niños muy pequeños sin bautizar se constituyen en rebotica de brujas y hechiceras (López García 2002:150-151).

"...se jactaba de que había ido a la orca tapiada de esta ciudad y había sacado un corazón a un ahorcado, y que otra noche avia ido a el mercado de esta ciudad y había reñado a un ahorcado que estaba en la horca"³⁷ (Tausiet 2007:206).

Dientes de difuntos, huesos, extremidades superiores e inferiores, grasa, sangre y corazones de niños constituyen objeto de predilección en los repugnantes banquetes de los aquelarres (Caro Baroja 1992:108; Levack 1995:54); así lo describe el sanguinario inquisidor de la brujería vasca en el sector de Lapurdi en el país vasco-francés, Pierre de Lancre (2004 [1612]: 268)

"Mas tarde los invita a sentarse en una mesa cubierta con manteles muy sucios, en la que se sientan por orden presidiendo él [el diablo] la mesa. A su izquierda coloca, por lo general al rey o reina [del aquelarre] que observe sus requerimientos con más esmero. La luz que ilumina todas estas ceremonias procede de unos cuernos mal tallados. Tanto el jefe del comedor como los pajes que atienden las mesas son diablos. Generalmente sirven piernas de brujos y brujas, de criaturas de las que también hacen picadillo. Chupan la sangre de estos niños por la cabeza, por el ombligo o por el miembro viril, reservando el corazón, el hígado y los pulmones para el Maestro, y las demás partes de su cuerpo para el rey y la reina de la asamblea. Toman caldo de carne humana, que les gusta tanto que comen y comen hasta vomitar..." (Pierre de Lancre 1612)

En el célebre proceso de las brujas de Zugarramurdi (1610) encontramos referencias semejantes:

"Y a los niños que son pequeños los chupan por el seso, y por su natura, apretando recio con las manos y chupando fuertemente, les sacan y chupan la sangre; y con alfileres y agujas les pican las sienas, y en lo alto de la cabeza, y por el espinazo, y otras partes, y miembros de sus cuerpos, y por allí les van chupando la sangre, diciéndoles el demonio chupa y traga eso que es bueno pa-

ra vosotros; de lo cual mueren los niños, o quedan enfermos por mucho tiempo: y otras veces los matan luego, apretándoles con las manos y mordiéndoles por la garganta hasta que los ahogan. Y a los mayores los azotan cruelmente con unos espinos o mimbres retorcidas, sin que ellos se puedan quejar ni despertar los que están en casa, porque el demonio los tiene encantados: y refieren gran número de personas que han muerto, y hecho que tuviesen gravísimas enfermedades y muy gran cantidad de niños que han chupado y ahogado, declarando sus nombres y los de sus padres, y el tiempo en que cometieron estas maldades”(Caro Baroja 1992: 114).

Esta creencia en que las brujas eran capaces de chupar a los niños y niñas pequeñas hasta provocarles la muerte, enfermedades o una gran debilidad o “consunción”, les valió el apelativo de “chuponas”³⁸.

María Tausiet (2007:29) recoge el proceso contra Gostanza Rossa por hechicera, anciana viuda originaria de Burgos, celebrado en Zaragoza (1581) donde se dice: “La dicha Constanza dijo: “Mirad esta moça [...] no está buena y sabed que las broxas [...] le hazen mal de noche quando duerme [...] tienen cierto acceso y la chupan por baxo”.

El propio Tirso de Molina en su obra *Los cigarrales de Toledo* (1621) ya reflejaba la presencia de estas “chuponas” de niños:

Cuando la mulata noche
con sus higas de azabache
sale a estrellarse con todos
lleno el rostro de lunares

Cuando brujas y lechuzas
a lustrar tinieblas salen,
a chupar lámparas, unas
y otras a chupar infantes

Me salí confuso y triste
a buscar un consonante

¡forzosa pensión de aquellos
que comen uñas y guantes!

Los ojos puse en la luna,
y vi que estaba en menguante,
porque tuviese mi bolsa
con quien poder consolarse.

Pero divirtiόμε de ella
un ¡cel! ¡cel! que por celajes
de un manto, fue Celestina,
creyendo yo que era un ángel.

Conocí que era mujer,
si así merece llamarse
una cara Polifemo
y unos ojos Sacripantes.

Trabamos conversación,
porque quisiera trabarse,
no siendo de Calatrava
a un doblón Abencerraje.

Brindóme con una mano,
y a fe que bastó a picarme,
pues topé cinco punzones
en vez de cinco dedales.

Desde la mano a la boca
quise hacer un pasacalle
cuya población ha meses
que ya por el suelo yace.

Manosee las mejillas,
y fue dicha no lisiarme
en dos juanetes buídos
enraizados de almagre.

Topé luego la nariz,
y, ¡por vida de mi madre,
que ella me topó primero,
aunque estaba bien distante!

Tenté los bajos países,
más no topé los de Flandes,
sino en dos piernas cordeles
dos cenojiles bramantes.

Halléme en un cementerio,
y lloré que me tentase
como pecador novicio,
con solos huesos la carne.

Volvía, en fin, los talones,
y picando de portante
me crucifiqué la frente
con más de dos mil señales.

Llegué a casa, y vuelto en mí
vine a hacer pleito homenaje
¡de no alambicar conceptos
ni buscar más consonantes!³⁹

Otro de los rasgos que se atribuyen a las brujas es el de emplear restos humanos en la elaboración de sus ponzoñas⁴⁰ (Tausiet 2004:489), particularmente el cuerpo de niños sin bautizar para la elaboración de los ungüentos que precisaban en sus viajes al aquelarre:

"Los jueces se formaban una idea muy precisa de la materia prima indispensable en los ungüentos, por lo que en muchos procesos, forzaban a las mujeres denunciadas a confesar que habían desenterrado cadáveres de niños y, especialmente de recién nacidos, muertos antes de ser bautizados. Esta horripilante materia prima era enriquecida con repelentes ingredientes y hierbas tóxicas o narcóticas, como el beleño, la cicuta acuática o el solano negro" (Baschwitz 1968:117)⁴¹.

Puesto que los cuerpos de los niños sin bautizar son especialmente propensos a los fines y usos de las seguidoras del diablo, las parteras que eran las colaboradoras más frecuentes en los partos en plena época de la caza de brujas en Europa, recibieron sobre sí el estigma de brujas. En este sentido, el célebre libro *Malleus Maleficarum*⁶², contribuyó a la extensión de esta sospecha durante el período más duro de la persecución, sobre las parteras:

"Recordemos además lo que apareció en las confesiones de esta sirvienta que sufrió juicio en Brisach: "Son las parteras las que causan los mayores perjuicios a la fe". Se ha visto además claramente por las confesiones de algunas otras que han sido después quemadas. Así en la diócesis de Basilea, en la ciudad de Thann, una bruja que fue quemada había confesado antes haber matado a más de cuarenta niños de la manera siguiente: A la salida del claustro materno les hundía una aguja sobre la cabeza que les penetraba en el cerebro." (Sprenger e Institoris 2004 [1486]: 306).

El acopio de remedios, utensilios, redomas y potingues de las brujas, pero también de las hechiceras y alcahuetas célebres de la literatura de la época y hoy patrimonio universal nos acercan al chamizo de Celestina:

PÁRMENO: "...Y en su casa hacía perfumes, falseaba estoraques, benjuí, ánimes, ámbar, algalia, polvillos, almizcles, mosquetes. Tenía una cámara llena de alambiques, de redomillas, de barrilejos de barro, de vidrio, de alambre, de estaño, hechos de mil facciones. Hacía solimán, afeite, cocido, argentadas, bujelladas, cerillas, lanillas, unturillas, lustres, lucentores, clarimientes, alcalinos y otras aguas de rostro, de rasura de gamones, de corteza de espantalobos, de taraguntia, de hieles, de agraz, de mosto, destiladas y azucaradas. Adelgazaba los cueros con zumos de limones, con turbino, con tuétano de corzo y garza, y otras confecciones. Sacaba agua para oler de rosas, de azahar, de jazmín, de trébol, de madreselvas; y clavellinas, mosquetas y almizcladas, pulverizadas, con vino. Hacía lejías para enrubiar, de sarmientos de carrasca, de centeno, de marrubios con salitre, con alumbre y millifolia, y otras diversas cosas. Y los untos y mantecas que tenía es hastío de decir: de vaca, de oso, de caballos y de camellos, de culebra y de conejo, de ballena, de garza y de alcaraván y de

gamo y de gato montés y de tejón, de arda, de erizo, de nutria. Aparejos para baños, esto es una maravilla, de las hierbas y raíces que tenía en el techo de su casa colgadas: manzanilla y romero, malvaviscos, culantrillo, coronillas, flor de saúco y de mostaza, espliego y laurel blanco, tortarosa y gramosilla, flor salvaje e higuera, pico de oro y hoja tinta. Los aceites que sacaba para el rostro no es cosa de creer: de estoraque y de jazmín, de limón, de pepitas, de violetas, de benjuí, de alfóncigo, de piñones, de granillo, de azufrafas, de negrilla, de altramuces, de arvejas y de carillas y de hierba pajarera. Y un poquillo de bálsamo tenía ella en una redomilla, que guardaba para aquel rasguño que tiene por las narices. Esto de los virgos, unos hacía de vejiga y otro curaba a punto. Tenía en un tabladillo, en una cazuela pintada, unas agujas delgadas de pellejeros e hilos de seda encerados y colgadas allí raíces de hojaplasma y fuste sanguino, cebolla albarana y cepacaballo. Hacía con estos maravillas: que cuando vino por aquí el embajador francés, tres veces vendió por virgen una criada que tenía.

CALISTO: ¡Así pudiera ciento!

PÁRMENO: ¡Sí santo Dios! Y remediaba por caridad muchas huérfanas y erradas, que se encomendaban a ella. Y en otro apartado tenía para remediar amores y para se querer bien. Tenía huesos de corazón de ciervo, lengua de víbora, cabezas de codornices, sesos de asno, tela de caballo, mantillo de niño⁴³, haba morisca, guija marina, soga de ahorcado, flor de yedra, espina de erizo, pie de tejón, granos de helecho, la piedra del nido del águila y otras mil cosas. Venían a ella muchos hombres y mujeres y a unos demandaba el pan do mordían; a otros, de su ropa, a otros de sus cabellos; a otros pintaba en la palma letras con azafrán; a otros con bermellón; a otros daba unos corazones de cera llenos de agujas quebradas y otras cosas en barro y en plomo hechas muy espantables de ver. Pintaba figuras, decía palabras en tierra. ¿Quién te podrá decir lo que esta vieja hacía? Y todo era burla y mentira.” (“La Celestina”. Fernando de Rojas 2004[1499]: 52-54).

De toda la maraña de sustancias, productos y técnicas de empleo por parte de Celestina, mencionados por Pármeno, que constituyen una síntesis oportuna de los usos hechiceros y

medicinales de la época, merece la pena comentar de acuerdo a los intereses de nuestra investigación, el "mantillo de niños". El término es definido por Modesto Laza Palacios en su célebre obra "El laboratorio de Celestina" de la siguiente forma:

"Cejador, en la Edición de Espasa-Calpe, T. I. pág.21 nota, dice: "Mantillo de niño, manteca o redaños. A la cuenta Celestina era también curandera sacramantecas" y más adelante en la página 238, Nota, añade y confirma: "Celestina era curandera y acaso sacramantecas, pues en el primer auto vimos que tenía mantillo de niño, esto es manteca y redaños". En este caso el comentarista ha sido inducido a error por dos cosas: la primera porque una de las acepciones de la palabra "manto" es la de manteca o sebo en que nace envuelto el niño"; y la otra por su apartamiento obligado de determinadas profesiones y capas sociales. Yo hace tiempo que recogí de las comadronas locales descendientes directas de Celestina- Málaga se reconquistó en 1487-antes que Granada, particularmente entre las campesinas no tituladas, al iniciar mis investigaciones sobre el curanderismo y la brujería actuales, la frase "venir con mantillo" que se aplica al recién nacido que trae cubierta la cabeza con las membranas ovulares, "caduca", "corión" y "amnios", estimándose que el que así nace será persona extraordinaria por su suerte y su talento si es varón; y ese mantillo lo he visto recoger y guardar para usos hechiceriles." (Laza 2002 [1958]:155).

Este asunto del "mantillo de niños" es empleado por alguna fuentes para sospechar de Celestina como sacramantecas o, al menos servirse de los productos que interesan al propio sacramantecas (Jiménez y Porter 2006:131). Tal y como nos ha indicado Laza en el párrafo anterior, el mantillo de niños, está constituido por los restos de la bolsa amniótica que recubren, en algunos casos, el cuerpo del recién nacido y que es objeto de ciertos augurios sobre el recién nacido y que forma parte de la "botica" de las hechiceras (Martín-Aragón 1998:118)⁴⁴.

No sólo las hechiceras, brujas "chuponas" y curanderos pretenden los fluidos infantiles para realizar sus potingues, unturas y prácticas execrables. Se achacaba igualmente a los judíos este tipo de interés por lo que respecta a las profanaciones rituales

como podemos comprobar en el célebre caso del Niño de la Guardia en Toledo en 1490 (Delumeau 1989[1978]:450):

"Habían crucificado a un niño cristiano, desgarrado su carne" de la misma forma, con la misma animosidad y la misma crueldad que hicieron [sus] antepasados con Nuestro Señor Jesucristo" y luego mezclaron su corazón con una hostia consagrada. Con esta mezcla los conjurados esperaban conseguir la destrucción de la religión cristiana".

Si bien el proceso muestra muchas irregularidades y se produce coincidiendo "oportunamente" con la situación delicada de las comunidades sefarditas y su inminente expulsión de España, no cabe la menor duda que su popularidad y el aparente ensañamiento con el niño que circula en las diferentes versiones del suceso, tuvo que producir una importante mella en las mentalidades populares de la época; de hecho en la actualidad en algunos lugares de España todavía se achaca a los judíos el ser "sacamantecas", reminiscencia de aquellos supuestos comportamientos ajenos, como nos muestra José Manuel Pedrosa en una entrevista de una informante suya:

"Hay una aldea de Priego que le llamaban *Los cortijos de los judíos*. Ahora se llama Aldea de la Concepción, porque a principios del siglo le cambiaron el nombre para que no sonara tan malamente, porque vivían unos judíos. Allá en aquella sierra vivían unos judíos. Allí hay unas casas y una aldea, eran *Los cortijos de los judíos*. Y *La sierra de los judíos*. [De] los judíos contaban lo peor. Que habían matado a Jesucristo, que eran lo peor, que eran los más feos. Peor que los gitanos todavía. Raptaban niños para venderlos algunas veces, cuando les hacía falta. Raptaban niños, como los Sacamantecas o el Tío del Saco. ¡Que vienen los judíos, que vienen los Sacamantecas, que viene el Tío del Saco! Una de las procesiones, la de Jesús de la Columna, lleva los judíos que están azotándole. Y en la Semana Santa salen unos sayones, con las carátulas de cartón de unos sayones, pues feísimos, con verrugas, con una nariz larga, y curvada y pintoreada. Y entonces, pues los judíos [eran] el terror de los niños."

El interés por la sangre y la grasa humana en general y por las infantiles en particular como remedios terapéuticos de ciertas enfermedades que como hemos visto adquiere notoria antigüedad⁴⁵, presenta igualmente defensores modernos acreditados. Hace un par de años, un medio de prensa de tirada nacional, recordaba en España los acontecimientos vividos a principios del siglo pasado en Barcelona, apenas tres años después de la conocida "semana trágica". Se trata de la biografía de Enriqueta Martí Ripollés, conocida como "La vampira del Carrer Ponent" y que nos recuerda la actualidad de todas estas creencias singulares que estamos valorando en esta parte de la monografía que lejos de periclitar y desaparecer resurgen periódicamente con renovados bríos, como la que atribuye a la grasa y sangre infantiles virtudes terapéuticas. Veamos sus caracteres principales en una serie de párrafos extractados de la publicación⁴⁶:

"Por aquellos días de febrero de 1912, apenas tres años después de la Semana Trágica, la mayor parte de ciudadanos andaban preocupados por la desaparición de un niño de cinco años llamada Teresita Guitart sobre cuyos detalles y circunstancias se estaba extendiendo ampliamente la prensa" (Costa 2005: 94) [...]

"En la cocina encontraron el saco del que habían hablado las dos niñas y, efectivamente, contenía un trajecito de niño y un cuchillo ensangrentados. En otra habitación descubrieron un saco de lona, aparentemente lleno de ropa sucia y vieja, pero en cuyo fondo había huesos de reducido tamaño que posteriormente se confirmaría que eran de criaturas infantiles. Hasta 30 se encontraron entre costillas, clavículas, rótulas... Todos ellos presentaban la particularidad de que tenían señales de haber sido expuestos al fuego, lo que según los médicos, excluía el que pudieran servir para estudios anatómicos y hacía suponer que más bien los pobres niños habían sido sacrificados para extraer grasa de sus cuerpecitos. Esta afirmación era en respuesta a la explicación que días más tarde daría Enriqueta justificando que tenía recogidos aquellos huesos para estudios de anatomía. Tras un armario descubrieron la cabellera rubia de una niña de unos tres años, y la macabra expedición concluyó en una habitación cuya cerradura tuvieron que forzar y en la que aparecieron medio centenar de frascos, rellenos, unos de

sangre coagulada; otros de grasas y el resto con sustancias que fueron enviadas a un laboratorio para su análisis. Junto a las pócimas había un libro antiquísimo con tapas de pergamino que contenía fórmulas extrañas y misteriosas. Y también un cuaderno grande lleno de recetas de curandero para toda clase de enfermedades, escritas a mano, en catalán y con letra refinada" (Costa 2005:96)[...]

"Ante las abrumadoras pruebas, Enriqueta acabó reconociendo que era curandera y que vendía filtros y ungüentos. 'Confecciono remedios utilizando determinadas partes del cuerpo humano'. Y de forma repentina vociferó '¡Que registren el piso! ¡Que piquen bien las paredes y encontrarán algo! Como sé que me subirán al patíbulo, quiero que conmigo suban los demás culpables'". (Costa 2005: 96)[...]

"Diez fueron las criaturas identificadas como víctimas de Enriqueta que se incluyeron en el sumario. Los periódicos escribieron frases como "Estos huesos hablan de crímenes bárbaros y esos emplastos y esas curas, de supercherías medievales". Y Millán Astral, jefe superior de policía, definió a Martí como "una neurótica que se creía curandera, un caso de bruja antigua que hubiera sido quemada en Zocóover"⁴⁷.

No cabe duda de que la Martí utilizaba a los niños que secuestraba en una explotación doble: como objetos de placer para sus degenerados clientes y como materia prima para elaborar sus potingues" (Costa 2005: 98)[...]

"En aquella época, la tuberculosis hacía estragos, y estaba muy extendida la creencia de que el mejor remedio para detenerla era beber sangre humana y aplicarse sobre el pecho cataplasmas de grasas infantiles. Tan sólo dos años antes, un suceso había alarmado a España entera: El crimen de Gádor; en el que un curandero, Francisco Leona, había sacrificado a un niño de siete años Bernardo González, para que el rico propietario Francisco Ortega curara la tisis que padecía bebiendo la sangre de la criatura y aplicándose sus "mantecas" sobre el pecho [...]. A nadie escapa que tras los aberrantes crímenes de Enriqueta Martí tenía que haber personas con suficientes recursos económicos para satisfacer sus pervertidas necesidades. Y es en ese punto donde aparece la famosa lista de nombres hallada en la calle de Poniente, un alista de la que todo el mundo hablaba, pero nadie conocía,

una relación de nombres y domicilios en la que, se rumoreaba, figuraban médicos, abogados, comerciantes, algún escritor, políticos y otras personalidades [...]. Meses después se supo que Enriqueta Martí había fallecido en el patio de la cárcel linchada por sus compañeras presas. Se especuló que antes de ser golpeada ya estaba muerta, envenenada por encargo de alguien interesado en su desaparición. Nada se pudo probar: Lo único cierto es que nunca llegó a celebrarse el juicio, que aquellas personas que figuraban en la lista, "tan amantes de la caridad", se acostaron aquel día más tranquilas y que Enriqueta Martí Ripollés se convirtió en leyenda" (Costa 2005: 98).

1.3 Sangre, grasa y tuberculosis

El interés antiguo por la grasa y la sangre humanas que hemos podido mostrar en sus diferentes acepciones, presenta una revitalización importante, en su signo terapéutico, en pleno siglo XIX y principios del XX por la extensión de la dolencia de la tisis o tuberculosis. La mayor parte de las actuaciones criminales de los sacramantecas que hemos visto así como el caso de la asesina catalana, aluden a la búsqueda de sangre y mantecas infantiles con las que curar la tuberculosis⁴⁸. La creencia de la época estipulaba que era posible una regeneración de la sangre corrompida del enfermo, con la ingesta de sangre caliente, sangre fresca de los niños y la colocación de las mantecas infantiles a modo de tétrica cataplasma sobre el cuerpo del enfermo.

Las dificultades de interpretación y conocimiento científico relacionado con los procedimientos de reproducción y regeneración del tejido sanguíneo tal y como podemos observar en cualquier manual de historia de la medicina y el potencial simbólico y expresivo que la propia sangre posee (Roux 1990) dieron lugar a creencias asociadas con la sangre y sus mitos⁴⁹. La vinculación de la sangre con la fuerza⁵⁰, la energía y la vida han dado lugar a diferentes interpretaciones populares, una de ellas es que la pérdida de sangre produce, aunque sea en pequeña cantidad, debilidad generalizada⁵¹. Este hecho, la llamada "consunción", el

debilitamiento del enfermo, ha sido uno de los signos más renombrados y presentes en los manuales médicos sobre la tuberculosis, así nos lo describe el mismo Hipócrates:

"Al comienzo de la enfermedad se presentan pequeños escalofríos con tos débil, dolor de espalda y el pecho; después una tos más aguda, con expectoración abundante y de sabor salado. El mal hace progresos y el cuerpo va adelgazando, a excepción de las piernas que se hinchan. Las uñas de los pies y de las manos se curvan, el adelgazamiento aumenta aún en la región del cuello y de los hombros, la garganta se llena de mucosidades parecidas a vedijas de lana; la respiración se vuelve sibilante, como si el enfermo silbase dentro de un tubo; la voz se quiebra, las cavidades orbitarias se vuelven rojas, la sed es intensa, la debilidad aumenta, se cae el cabello, aparece la diarrea, cesa la expectoración y se presenta la muerte" (Oriol 1944:29).

El "mal ético", identificado con la tisis en los siglos XVI y XVII se caracteriza por este debilitamiento, adelgazamiento y consunción generalizada del enfermo:

"El conocido por entonces como 'mal ético' ha sido en nuestros días identificado con la tisis (del griego ... Consunción), que puede referirse tanto a una tuberculosis de tipo pulmonar como a cualquier otra enfermedad en la que se produzca una consunción gradual, fiebre y ulceración de algún órgano. En los siglos XVI y XVII, cuando alguien se iba debilitando y enflaqueciendo, se decía que se consumía y secaba hasta quedar ético"⁵². (Tausiet 2004:467).

El mayor impacto de la tuberculosis en Europa se da a finales del S XVIII y durante el S.XIX como reflejo de las condiciones económicas y políticas en que se encuentra el continente (Revolución industrial, jornadas de trabajo draconianas, conflictos armados, procesos migratorios, hacinamientos insalubres). La tuberculosis produce el debilitamiento, la consunción del enfermo como hemos dicho. Este rasgo sensible, estético de la enfermedad, adquiere referentes morales e intelectuales en el siglo XIX que hicieron de la tuberculosis un "mal deseable"; se consideraba una enfermedad romántica propia de los bohemios y a la vez "mal de ricos" (Baguena 1992:32).

Las visiones populares sobre los sacramantecas y la finalidad de los crímenes infantiles que hemos narrado no hacen sino confirmar esta versión; los ricos enferman de tuberculosis y precisan la sangre pura infantil y su grasa, generalmente de las clases sociales más humildes, para regenerar su propia sangre corrompida por el mal. Incluso el propio monarca español⁵³ necesita del aporte de sangre infantil que los sacramantecas le propician. Como vemos en los relatos de las actuaciones de los sacramantecas, es la sangre de los niños pequeños y su grasa las que, al parecer, poseen las propiedades revitalizantes y regeneradoras que el enfermo de tuberculosis precisa con urgencia⁵⁴ al avanzar su consunción, adelgazando, y perdiendo su propia sangre en los esputos que la expectoración provoca. La sangre infantil regenera el tejido sanguíneo corrompido del enfermo y, las grasas humanas, las célebres "mantecas" infantiles colocadas a modo de cataplasma sobre el pecho del tuberculoso le infunde calor y la asimilación a modo de macabro cosmético de las sustancias grasas que el avance de la enfermedad y su propia consunción le ha arrebatado. Es la sangre infantil la que presenta este rasgo terapéutico; en el caso de los asesinatos de mujeres, como sucede con el asesinato de lecheras coincidiendo con las actuaciones de Garayo en Vitoria, se considera que está relacionado con comportamientos inadecuados de las propias mujeres que el sacramantecas no hace sino poner en evidencia para toda la comunidad.

1.4 En la caja de herramientas: lubricantes humanos

Si la sangre infantil y la grasa humana se constituyen en ingredientes fundamentales para regenerar sangres corrompidas y enfermas de los tuberculosos y evitar su consunción y adelgazamiento críticos, aparece igualmente en ayuda de los ingenios mecánicos y de los nuevos inventos asociados al despegue industrial en Europa.

"El ferrocarril llegó aquí a mediados del siglo XIX y supuso un cambio enorme, un cambio que ahora no podemos ni imaginar. Daros cuenta que lo único que se conocía entonces era el caballo,

todos los viajes y todos los transportes se hacían a caballo. Pues bien, están todos con su cuadrúpedo en casa cuando, de pronto, va y hace su aparición un artefacto que alcanza los cien kilómetros por hora(...) Éste era el feliz ambiente que reinaba cuando alguien tuvo la feliz ocurrencia de plantearse esta pregunta: ¿Por qué anda tan rápido? Respuesta: Porque engrasan sus ruedas con un aceite especial. ¿Sí? ¿Y cómo consiguen ese aceite tan especial? ¿Cómo? Pues muy sencillo, derritiendo niños pequeños. Atrapan a los niños que andan sueltos por ahí y se los llevan a Inglaterra. Allí los derriten en unas calderas enormes" (Atxaga 1995).

"En términos generales, el pueblo siente recelo hacia los adelantos y mejoras de carácter mecánico, rodeándolos de leyendas y de creencias que tienden más bien a desacreditarlos y a hacerlos odiosos. Más de una vez hemos oído que los ejes de las ruedas de los carros y demás vehiculos, que los pernos de las muelas de toda suerte de molinos y que incluso las jarcias del velamen de las naves debían engrasarse muy a menudo para ayudar a sus movimientos, empleando para ello sain obligadamente humano, pues que no servía para el caso el de animal. La grasa debía ser fresca y tierna. La industria, para procurarse el sain necesario, debía acudir al degüello de infelices criaturas, de las que debían sacrificarse en buen número y a diario para satisfacer las necesidades industriales. A fin de procurarse víctimas, rondaban por las calles unos hombres con un saco al hombro, que sonaban una tonadilla que atraía a cuantos niños la oían, los cuales se sentían como hechizados a su son y, sin darse cuenta, iban tras el músico, quien los conducía hasta un paraje despoblado, donde aprovechaba un momento para retorcerles el pescuezo, metiéndolos en un saco y llevándolos luego al desollador, quien le pagaba a buen precio su carga. Éste descuartizaba al infeliz para obtener el máximo producto industrial de su cuerpo. No todos los embaucadores de niños se servían de la música para atraerles; los había que mostraban un teatrillo ó unas vistas de colores y otra suerte de espejuelos. La introducción del ferrocarril y de la tracción urbana eléctrica, al igual que la gran expansión industrial, robustecieron sensiblemente este personaje, el cual era actualísimo en Barcelona cuando nosotros éramos niños y del que nos habían hablado insistentemente en los términos referidos, pintados en tonos terroríficos y espeluznantes (Amades 1957).

La grasa humana, especialmente la de los niños, resulta no sólo de utilidad terapéutica para el tratamiento de la tuberculosis junto con la sangre, sino que además posee una magnífica virtud como lubricante mecánico de los ingenios modernos de la época. Ninguno se resiste a sus reconocidas propiedades, la revolución industrial de finales del siglo XVIII y su expansión productiva a lo largo del siglo XIX junto a los cambios económicos, políticos y sociales que anunciaba, precisaba de una buena cosecha de niños tiernos a los que desollar y extraer sus industriales grasas.

"Y entonces se empezó a hablar de niños secuestrados en arrabales, sobre todo en Cataluña-precisamente donde la rápida implantación industrial había generado más conflictos sociales-.Se aseguraba que las mantecas infantiles se utilizaban para engrasar los engranajes de la maquinaria" (Jiménez y Porter 2006:133).

1.5 La cara del sacamantecas

¿Tenemos alguna descripción concreta sobre los sacamantecas? ¿Conocemos alguno de sus hábitos y costumbres según las descripciones populares? ¿Cual es la apariencia física de los sacamantecas?

Tenemos referencias sobre el aspecto de Garayo quien pasó completamente desapercibido como criminal entre sus convecinos y que sin embargo, una vez capturado hizo las delicias de los criminólogos del momento:

"De aspecto vulgar y gesto ceñudo componía la apariencia de un bracero empobrecido, vestía boina azul, raída y mugrienta, chaqueta de color oscuro y pantalón de percal.

Angosta y corta la frente quedaba marcada en su parte alta. Una cicatriz bajo sus pobladas cejas, espesas, dejaban entrever unos ojos pequeños y hundidos-bizco del derecho- inclinados ambos hacia el suelo. Unas especiales características en la conformación del cráneo-que serviría de base a los alienistas para justificar su diagnóstico de "idiocia"-hacía aún más irregular su aspecto. Casi plana la cabeza y sin apenas prominencia occipital en el cog-

te, semicalva y mal cubierta por enredados mechones de pelo. Su cuello: musculoso, robusto y ancho la sostenía. Hombre fornido: de piernas fuertes y desarrolladas por el trabajo del campo gozó de buena salud a excepción de una viruela benigna de la que curó pronto. Pasó inadvertido entre los de su misma condición. De costumbres sencillas y vulgares, no sería identificado con el sacamantecas, ni tan siquiera con aquel asesino que tuvo alteradas a las aldeanas por espacio de diez años" (Maqueda 1985:15).

La visión romántica que el sacamantecas vitoriano provoca en la prensa francesa resulta sustancialmente diferente, vuelvo a reproducir el párrafo:

"Se le había divisado una tarde caminando a través de los campos con una carrera más rápida que la del viento que sopla en las cimas de las montañas cántabras. Sus cabellos flotaban sobre sus espaldas, como los de una mujer, sus ojos brillaban como dos puntos fosforescentes y dejaban tras de sí como una corriente de azufre. (Maqueda 1985: 19).

Otro supuesto sacamantecas, perfectamente descrito, se lo debemos a la pluma de Gerald Brenan en su conocida obra sobre las Alpujarras⁵⁵. Reproduzco la situación completa para el agrado del lector que no conozca la obra y por el escenario que propicia en el perfil taxonómico del sacamantecas granadino que luego tendré ocasión de analizar:

"Hacia 1927 o 1928 cuando yo estaba viviendo en Londres, alquilé mi casa a un joven novelista llamado Dick Strachey, sobrino de Lytton Strachey, que más tarde habría de demostrar admirable talento escribiendo libros infantiles. Vino aquí durante su luna de miel y tuvo una dolorosa aventura, que contaré porque arroja luz sobre las supersticiones locales. Caminaba un día por la salvaje y abrupta zona de *ramblas* y *barrancos* situada debajo del pueblo cuando vio a tres hombres toscamente vestidos, que lo llamaban desde lejos. Su primer pensamiento fue reunirse con ellos para pasar un rato y practicar su español, pero luego se le ocurrió que podrían ser bandidos. España era entonces famosa por sus bandoleros, que se llevaban a las víctimas a sus cuevas, las maltrataban y las retenían secuestradas hasta recibir un rescate; una mirada más atenta a aquellos individuos hizo que Dick

se sintiera intranquilo. Por eso decidió dar la vuelta, y como andar es un modo muy suave de avance y él quería moverse más rápidamente, echó a correr. Pero los gitanos -pues es lo que eran- también saben correr y pronto lo alcanzaron. Le rodearon con sus cuchillos desenvainados y con feroz expresión le gritaron una palabra que no comprendió: "Mantequero, mantequero". Un mantequero es un monstruo feroz, formado externamente como un hombre normal, que vive en deshabitados parajes salvajes y se alimenta de grasa humana o manteca⁵⁶. Al ser capturado lanza un alarido gimoteante y agudo y, salvo cuando acaba de darse un banquete, está delgado y macilento. Hasta donde yo podía entender, la gente de Yegen de talante escéptico, no creía ya en ellos, pero los gitanos, que por naturaleza son conservadores, creen en todo. Y en este caso, no podía existir duda. ¿Qué otra cosa podía ser aquella criatura vagabunda, delgada, de cabellos rubios y voz aguda, que no hablaba ni una palabra de lengua humana, que vivía en los barrancos y había emprendido la huida al ser sorprendida? El primer impulso de los gitanos fue matarle sin más, haciendo luego un unguento mágico que sirviera para curar las verrugas y dar fecundidad a las mujeres con su sangre⁵⁷, pero el más viejo de ellos, que había cumplido una pena de prisión por homicidio y era más precavido y prudente dijo retorciéndose los negros bigotes: "No, hay que guardar estrictamente las formas legales y llevar a este ser al *justicia* u oficial municipal más próximo". Ataron las manos del pobre Dick a su espalda y se lo llevaron dándole de vez en cuando un empujón con el cuchillo hasta la casa del *alcalde* de Yátor que estaba a pocos kilómetros de distancia. Este afortunadamente, estaba sentado en su casa hablando de un asunto judicial con un vecino.

-¿Qué pasa, José?- dijo al ver a los tres gitanos en fila junto con un desconocido maniatado.

-¿Qué demonios habéis hecho?

El más viejo de los gitanos se quitó lentamente su negro sombrero cordobés y con aire de dignidad replicó, fijando sus inexpressivos ojos gitanos en el *alcalde*:

-Señor *Alcalde*, con su permiso, le traemos un *mantequero* vivo, le hemos encontrado escondido en los *barrancos* buscando sangre humana. ¿Quiere usted mismo encargarse de él o prefiere

que nos lo llevemos por ahí y le cortemos el cuello?" (Gerald Brenan 1999 [1957]:190,191, 192).

Parece que el asunto se resolvió liberando al pobre y asustado inglés y dando un castigo ejemplar al gitano. De hecho el gitano fue llevado preso a presencia del inglés que no quiso ni asomarse a la ventana para verlo y tomó rápidamente, en cuanto le llegó un dinero que esperaba, el camino de regreso a Inglaterra. Brenan continúa con sus alusiones al *sacamantecas*:

"El *mantequero* o *sacamantecas*, como también le llaman en algunos lugares, es conocido en toda España. Justamente, este mismo año, un amigo mío que está haciendo una investigación sobre el tema, descubrió que en Torremolinos todas las muchachas creían en él. Una de ellas, incluso, dijo que su hermano, que cuidaba las ovejas en la Serranía de Ronda, había sido atacado por uno en el verano último, pero se lo había podido quitar de encima con su honda. Como se puede suponer, estas grandes y desiertas sierras son una tierra apropiada para criar esta clase de seres sobrenaturales. En las ciudades, sin embargo, la práctica de la transfusión de sangre ha llevado a la creencia de otro tipo de *mantequeros*, que es una persona como las demás⁵⁸. Se trata de un hombre inmensamente viejo, inmensamente rico, un vicioso marqués que roba a los bebés para que le inyecten su sangre y así rejuvenecer y poder cometer nuevas villanías. Y esa clase de gente existe realmente⁵⁹. En 1910 fue hallada una familia de gitanos que vivían en la parte más alta de la Sierra de Gádor, dedicados a robar bebés, cuya sangre bebían caliente, mientras se vertía de la piel o de la yugular. Según parece, los colgaban de un árbol y los despedazaban. Una curandera había dicho a una mujer de esta familia, llamada Leona⁶⁰, que no sólo se curaría de su tuberculosis si hacía esto, sino que viviría para siempre- o por lo menos, mientras dispusiese de sangre de niños que beber-. Y casos semejantes se han dado en diversos lugares del país" (Brenan 1999[1957]:192-193).

Quedémonos de momento con la reflexión que realiza Brenan sobre su amigo y la impresión que tuvo que producir en los gitanos:

"¿Qué otra cosa podía ser aquella criatura vagabunda, delgada, de cabellos rubios y voz aguda, que no hablaba ni una palabra de

lengua humana, que vivía en los barrancos y había emprendido la huida al ser sorprendida?" (Gerald Brenan 1999[1957]:191).

Dick es identificado como sacamantecas por los gitanos en base a su aspecto y el lugar en el que fue descubierto; es decir nadie sino un sacamantecas puede ofrecer esos rasgos foráneos⁶¹, rubio, sin hablar nada de castellano, su manera de vestir y sorprendido en barrancas inhóspitas e inhabitables. La versión "romántica" francesa de Garayo igualmente le ubica en las cimas de las montañas cántabras, presentando una marcada ambigüedad sexual con esos cabellos de mujer que le cuelgan por su espalda, fijeza en la mirada y un pestilente olor a azufre característico de los seres emparentados con el demonio.

1.6 Sacamantecas postmodernos. El cuerpo reciclado

El sacamantecas ha sabido incorporarse con nuevos bríos al escenario de la postmodernidad. Si los ingenios industriales de finales del siglo XVIII y sobre todo del siglo XIX y principios del XX demandaban, según las mentalidades populares, grasa humana, especialmente de niños, para lubricar la maquinaria y la tecnología médica, por su parte, extracciones sanguíneas para los incipientes hospitales, en la actualidad el surgimiento de nuevas enfermedades y los nuevos procesos de colonización de los cuerpos que hacen de sus órganos materias primas necesarias para las políticas de "donación de órganos" en una nueva e inadmisibles relación de poder asimétrica Norte-Sur⁶², establece nuevos criterios de comercialización y explotación capitalista entre cuerpos y naciones vendedores y compradores de órganos. Los datos más precisos que denuncian este tráfico indecente de órganos con la condescendencia de algunos cirujanos, relevantes miembros de la biomedicina académica de algunos países, se conoce en relación con la venta de riñones en países empobrecidos y con las consecuencias de desestructuración social que la venta de un riñón supone para el infortunado (Schéper Huges 2005). Pero sospechamos que igual podríamos hablar de otros órganos y sustancias, susceptibles de comercialización, tanto de se-

res humanos vivos como especialmente de difuntos, como ha denunciado la prensa en algunos hospitales europeos recientemente. De nuevo, la postmodernidad opta por un comercio exótico de órganos humanos en los que, como en las fechorías de las brujas del siglo XVI y XVII o en las truculencias farmacéuticas del XIX, parece que todo ese conjunto de tejidos blandos y sanguinolentos se reciclan y aprovechan sin mayor escrúpulo ni económico ni, desde luego, ético o moral.

De todas formas este revestimiento comercial del sacamantecas capaz de "colocar" órganos, tejidos y fluidos humanos en cualquier lugar del mundo, incluso haciendo uso de las nuevas tecnologías como internet⁶³, ya había aparecido anteriormente en la historia de la humanidad con los productos del esclavismo africano⁶⁴. Colonización, comercio y sacamantecas parece que son conceptos que van de la mano en una relación de simbiosis muy eficaz. Esa amenaza de ser devorado por el otro, posesionado hasta lo más íntimo de la masa celular de nuestros tejidos corporales excede las limitaciones de las fronteras de espacio y tiempo de nuestro estudio y refleja las posiciones de poder que el mercado de la globalización establece entre dominantes colonizadores y dominados⁶⁵.

"No es descabellado afirmar que esa máxima bien intencionada que argumenta que "la ciencia es neutra" no ha calado en la periferia del poder. Por eso nos aventuramos a vaticinar que no tardará en llegar el día en que los todopoderosos, tras arrebatarnos la sangre, los riñones, y los ojos, pretendan también nuestros cerebros, la única pieza que les falta para completar ese rompecabezas sin alma que encumbra la medicina actual y donde cualquier tipo de inmortalidad pasa, hoy como ayer, por el sacrificio de los pobres" (Ortí y Sampere 2002: 51)

1.7 Recapitulando...

Ya disponemos de abundante información sobre los sacamantecas como para poder formular un cierto perfil acreditativo y realizar una pequeña síntesis sobre el personaje.

Los sacramantecas están presentes en toda la geografía peninsular, con denominaciones diferentes. Hacen alusión a un tipo de personaje que se incorpora junto a otros muchos en el género de los "asustachicos", con la intención de corregir comportamientos inadecuados de los más pequeños. Sin embargo, hemos visto un género de sacramantecas que centra su violencia especialmente entre las mujeres denunciando igualmente algún tipo de actuaciones no recomendables por el grupo entre sus mujeres.

Los sacramantecas anhelan la grasa y la sangre, especialmente de los niños y niñas pequeños, porque estas sustancias, se dice, poseen propiedades curativas de ciertas enfermedades como la tisis o la tuberculosis, es decir producen una regeneración del tejido sanguíneo del enfermo. Los sacramantecas buscan sus víctimas entre las clases populares y sirven a nobles, gentes adineradas o al propio rey que son los que por su enfermedad necesitan consumir estos fluidos humanos⁶⁶. La vinculación de la tisis o tuberculosis, enfermedad que consume y hace enflaquecer al enfermo, con el acopio de sangre y mantecas infantiles como remedios terapéuticos, es un motivo frecuente en los asuntos de los sacramantecas españoles y de relevante antigüedad (Caro Baroja 1990:192; 1967 I: 67).

La "gordura" en las escenas costumbristas españolas se ha empleado tanto en la literatura como en el arte para reflejar la diferenciación social. Los ricos, los monarcas, los nobles y los sacerdotes son, en la mentalidad popular, los gordos por antonomasia, fruto de sus excesos con la "carne" y su tendencia a la gula y a la lujuria. El sacramantecas español parece redundar en la diferenciación social de los extremos a los que afecta. Persigue la grasa de los niños gordos y la sangre infantil como eficaz regenerativo de la sangre corrompida y enferma del monarca. Sirve como mediador entre los niños y el monarca, entre los descarriados de las clases populares y su rey.

La popularidad del término sacramantecas se generaliza en el siglo XIX⁶⁷, lo cual no es relevante de cara a la antigüedad del mito puesto que hemos tenido ocasión de comprobar en textos antiguos de tratados médicos y en procesos inquisitoriales so-

bre brujería y hechicería, la vigencia de las ideas que atribuyen a la sangre y grasa humanas propiedades curativas.

El siglo XIX y comienzos del XX en España centra los usos de los sacamantecas en relación con la tuberculosis y las necesidades de grasa humana para los ingenios mecánicos de producción industrial y el ferrocarril.

El sacamantecas es un personaje foráneo, que no forma parte habitual de la comunidad; vive en los márgenes habitables del espacio social (cumbres montañosas, barrancas inaccesibles) y su aspecto es ambiguo de mirada fija y olor penetrante, no habla una lengua "humana"¹⁶; el sacamantecas es "el otro", el foráneo, ambiguo, antisocial y diabólico. Puede ser el "otro" de acentuación étnica, como es el asunto del amigo de Brenan para los gitanos, el "otro" de marcado contraste moral, caso del judío o el "otro" de marcada diferenciación social, el monarca o los nobles enfermos en los casos que hemos analizado.

Los sacamantecas actuales han entrado en la postmodernidad de la mano de la globalización y el comercio de productos exóticos asociados a los órganos corporales humanos, a través de los programas de "donantes voluntarios" de órganos que esconden una realidad inmoral sobre tráfico ilegal de órganos. Las leyendas urbanas sobre los sacamantecas contrastan con la veracidad de las denuncias realizadas sobre el tráfico ilegal de órganos que puede seguirse incluso a través de Internet en términos de oferta y demanda.

Notas:

- 1 Si bien es posible rastrear personajes similares al sacamantecas en diferentes tradiciones folklóricas europeas, me voy a limitar, en este capítulo, al entorno hispano peninsular.
- 2 Para una visión sobre los ogros infantiles en España ver el clásico trabajo de Amades (1957). Casi siempre pretenden, estos personajes, que los niños y niñas, no se acerquen a los extraños, no se ausenten de casa, lejos de los padres a horas inapropiadas, no se aproximen a lugares considerados peligrosos o tienen que ver con disciplinas propias del hogar, comer y dormir a las horas apropiadas y sin disturbios (Martín Sánchez 2002)

- 3 A varios antropólogos, etnólogos, eruditos del folklore e historiadores a los que he preguntado por el sacramantecas me han contestado que desconocían la existencia de un texto monográfico sobre el personaje; lo curioso es que la mayoría de ellos me han hecho conocer su relación muy personal con el sacramantecas a partir de sus respectivos pavores infantiles. Recojo el estimulante testimonio de Manuela Cantón, a quien agradezco este vestigio de su infancia, parece que inspirado por su abuela: "Lo interesante es el origen del terror que un tipo con un perfil medio incomprendible para un niño puede llegar a inspirar. Le preguntábamos a la cruel abuela y nos explicaba que ese individuo "le sacaba la manteca a la gente". No conocíamos otra manteca empírica que no fuera la "manteca colorá", color en verdad más bien naranja, que se come mucho por aquí para el desayuno. Así que mis hermanos y yo fantaseábamos con la más que asquerosa posibilidad de que estuviéramos hechos de manteca colorá, espesa y pringosa, y con la repugnancia que nos inspiraba alguien a quién, haciendo uso de medios indudablemente violentos para "sacarnos" la manteca, le gustaba comer aquello. ¡Un horror!".
- 4 Ver <http://encina.pntic.mec.es/>. Página especializada en "asustachicos" españoles e iberoamericanos.
- 5 Romasanta, 2004; protagonizada por Julián Sands y Elsa Pataky y dirigida por Paco Plaza
- 6 Patrick Süskind *El perfume. Historia de un asesino*. Edit. Seix Barral, 1989 [1985]
- 7 El empleo de grasas humanas y de tejidos procedentes de placentas y de embriones humanos para la elaboración de cosméticos, constituye otro ejemplo de "canibalismo" que pareciera sumarse al formato de las leyendas urbanas y sin embargo constituyen el objeto de investigación y denuncia de importantes medios de comunicación (Rafael Díaz Maderuelo, comunicación personal).
- 8 www.antonioburgos.com/epoca/725/burgo747.html. Visitado el 05/05/2005
- 9 Sebastián de Covarrubias, *Tesoro de la lengua castellana o española* (1611).
- 10 Tengamos en cuenta las dificultades de introducción de técnicas como la vacunación sistemática, por ejemplo, de la viruela que provocó en sus comienzos rechazos importantes en la población (Campos Marín 2004:258-261).
- 11 El aprovechamiento de los contextos de crisis por parte de los sacramantecas ibéricos es un rasgo que comparten con sus contrapartes andinos, como veremos luego.
- 12 "Estamos en el momento de la agonía de la literatura de cordel; una literatura que ha durado desde que se inventó la imprenta hasta nuestros días, con sus cambios de gustos y sus permanencias: tan significativos los

unos como las otras. Pero aún después se componen o imprimen romances de corte clásico. Así por ejemplo con las coplas de M. Alonso Niño sobre "El tabernero Mejino y la encajera degollada" van aún dos romances de la "Terrible tragedia en Miobra (Oviedo) el día 1 de Enero de 1932 y el de "El niño robado por un mendigo"... ¿Para qué? El autor no nos lo dice, pero he aquí otro tema gustado por el pueblo: el de los comprachicos, los sacramantecas, los mantequeros, los sorbedores de sangre infantil, comprada o no. ¡Quién viajando por Andalucía no ha oído algo respecto a los mismos! De la misma época que los anteriores es sin duda el "Relato del horroroso crimen y descuartizamiento de una niña de 12 años en las Urdes de Plasencia (Cáceres)". He aquí el sacramanteca (o mantequero como dicen los andaluces) en acción. José de la Iglesia saca la asadura a una niña llamada Francisca para curar de la tisis a su hermana. La composición es pobrísima, pero el tema entra dentro de la línea clásica aludida y el tipo del criminal conocido. Por último, una variedad con respecto a la naturaleza del crimen se nos da en el "Relato del doble asesinato y descuartizamiento de dos niños de siete y nueve años, en Béjar, provincia de Salamanca". Dos hermanos malvados e incestuosos para más señas, Juan y Luisa Carricedo, se encargan de procurar dos niños rollizos a un rico ganadero, enfermo de tisis galopante, al que un curandero había dicho que curaría bebiendo la sangre de aquellos.... Historia popularísima y caso repetido que dio lugar a crímenes más famosos que este: el de Gádor, por ejemplo" (Caro Baroja 1990: 192)

- 13 Así sucedió con el célebre caso de Juan Díaz de Garayo, el sacramantecas vitoriano.
- 14 Los datos del crimen de Gádor han sido extraídos del artículo de José Sanz y Díaz "Etnografía Negra. El crimen que dio lugar a la leyenda de "El Sacamantecas" ", *Revista de Folklore*, 47; tomo 04b; Valladolid, 1984
- 15 Este tipo de recipiente donde se cargaban las víctimas infantiles, ha propiciado una estrecha relación en algunas regiones españolas entre el "sacamantecas" y el "hombre del saco" a quien se acusaba de llevarse a los niños en el saco de lona para destriparles luego. Es fácil imaginar la cara de susto y el pavor (que yo sufrí en múltiples ocasiones) al contemplar a los traperos castellanos mientras hacían sus recorridos por las calles y basureros de Palencia.
- 16 El procedimiento del caso de Gádor, como el que veremos luego en Málaga, responden a lo que Caro Baroja (1993:179) ha denominado "crímenes médicos", inspirados en la creencia de la virtud terapéutica de la sangre y mantecas infantiles.
- 17 Las informaciones relativas al sacramantecas de Málaga provienen del libro de José Manuel Frias *Una Historia Escrita con Sangre. El terrible crimen del sacramantecas andaluz*, Málaga, 2005
- 18 Las referencias sobre Juan Díaz de Garayo, proceden del libro de Fabiola

- Maqueda Abreu, *Garapa, el sacamantecas vitoriano. Historia de una causa célebre del siglo XIX*, Diputación Foral de Alava, 1985. En algunas partes la autora de basa en el escrito del célebre cronista de Vitoria y Palencia, Ricardo Becerro de Bengoa quien escribió un artículo dedicado precisamente al "sacamantecas" (Becerro de Bengoa, 1881)
- 19 Agradezco a Sara González Castrejón, Lola González Guardiola y a los alumnos de Antropología de los Pueblos de España y América y de Antropología de la Salud y de la Enfermedad de las últimas promociones (Licenciatura de Humanidades de la Facultad de Humanidades de Toledo y Licenciatura de Antropología Social y Cultural), algunas de las aportaciones etnográficas sobre los "sacamantecas" españoles.
 - 20 Orti y Sampere (2002:49) recoge un testimonio similar de una joven de Valencia.
 - 21 La técnica biomédica y la extracción sanguínea han producido una impresión notable en la mentalidad popular sobre la presencia de sacamantecas.
 - 22 Los tratados médicos de autores clásicos no siempre ofrecen datos sobre la creencia del uso terapéutico de los fluidos, vísceras y órganos humanos, tampoco en el caso de los manuales sobre medicinas populares; parece existir una cierta precaución lógica por la posibilidad de identificar a los médicos antiguos con los magos y hechiceros; de hecho no pocos fueron perseguidos y ajusticiados por la inquisición, si bien más por causa de la práctica de la astrología judiciaria que iba en contra del libre albedrío (Sarrión Mora 2006). Los dos textos aportados estimo que son suficientes para expresar la antigüedad de la idea o el concepto de la utilidad terapéutica de los fluidos y órganos humanos.
 - 23 Quiero agradecer las sugerencias de los investigadores de la Universidad de Castilla-La Mancha, Alfredo Rodríguez González, Isidoro Castañeda Tordera y Fernando Martínez Gil. Igualmente al personal del Fondo Antiguo y de la sala de investigadores de la Biblioteca Pública de Toledo. Plinio el Viejo, pensador del siglo I D.C.
 - 24 En este punto el propio Gerónimo de la Huerta, traductor de Plinio, realiza un comentario al margen:
 "Otros leen, beben la sangre de los gladiadores para que los que la beben estén lejos de padecer gotacoral, pero no cuadra esta lección a lo que le sigue, habiendo de mudar la lectura porque adelante dice que se ha de beber sorbida o bebida de las mismas venas, bebiendo con ella los espíritus y la misma alma y así cuadra más decir que la beben como con vasos vivos". Notemos una clara referencia a la relación entre sangre, el alma y la vida "La sangre es la vida" que aparece en los textos del Levítico y sus connotaciones sobre lo puro y lo impuro (Gutiérrez Estévez 1999). En este libro de Plinio el Viejo hay referencias al empleo de otros fluidos humanos en la medicina de la época como la saliva (445-452), la orina (454), la

- Sangre menstrual (445) y la leche materna (455), cuya vinculación con la sangre es también proverbial y antigua (Rodríguez González 2002).
- 25 Gotacoral: Epilepsia, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española
- 26 La negrita es mía.
- 27 La letra en negrita es mía; Plinio el Viejo alude a elementos internos del cuerpo humano, como la grasa y las vísceras.
- 28 HISTORIA NATURAL de Cayo Plinio Segundo. Traducida por el licenciado Gerónimo de Huerta, médico de su Majestad y familiar del Santo Oficio de la Inquisición. Y ampliada por el mismo con Escolios y Anotaciones en que declara lo oscuro y dudoso y añade lo no válido hasta estos tiempos. Dedicada al Rey de las Españas don Felipe IV, nuestro Señor. Tomo segundo, pág.445. Año 1629. Con Privilegio en Madrid, Juan González.
- 29 La negrita es mía.
- 30 HISTORIA de los animales más recibidos en el uso de la medicina: donde se trata para lo que cada uno entero o parte del aprovecha y de la manera de su preparación. Francisco Vélez de Arciniega, Madrid, 1613. pág.13
- 31 Otro interés evidente sobre el cuerpo humano tiene que ver con la práctica del canibalismo del que se acusaba en España, desde antiguo, a los gitanos: "Sobre la fama que tuvieron los gitanos de antropófagos Don Juan de Quiñones recogió muchos testimonios sobre el particular. Según él, en 1629, un colega suyo, don Martín Fajardo, dio tormento a cuatro (gitanos), y en Zairaicejo (faraicejo creo que será) confesaron haber matado a un fraile franciscano en el monte de las Gamas, jurisdicción de Trujillo y habérselo comido: "Y también a una gitana y a una peregrina". Pero hay más: "El Alcalde de la villa de Montijo, le dixo al dicho Don Martín Fajardo, que vn vezino de allí, buscando en el campo vna yegua que se la avía perdido, vio en el lugar de Arroyo el puerco, entrando en vna casa calda a buscarla, a vnos Gitanos, que estauan assando vn cuarto de persona humana. Dize también que vn pastor de la ciudad de Guadix, yendo perdido por la sierra de Gadol, vio vna lumbre y, entendiendo que era de pastores, fue azia allá, y halló vna quadrilla de Gitanos que estauan assando la mitad de vn hombre, y la otra mitad estaua colgada de vn alcornoque, y quando le vieron, le dixerón que se sentase a la lumbre, que cenaría con (ellos) y dezían entre sí: Grosso está este; y fingiendo se quería echar a dormir, se arrojó a la sierra abaxo, y se escapó de sus manos. En el puerto (de) Obanes, en la Sierra -neuada, mataron también vnos Gitanos a vn muchacho, y se lo comieron. No hazlan más -termina- los Caribes en las Indias, que comían carne humana" (Caro Baroja 1967, T.I: 66,67)
- 32 No nos olvidemos en este asunto del valor terapéutico de los productos

corporales humanos, de toda la tradición existente en el catolicismo sobre las reliquias de santos cuya posesión provocaba no poco histerismo tanto entre algunos monarcas como entre el pueblo llano. "Entendamos por reliquias, en sentido estricto, los cuerpos de los santos y de las beatas y, en un sentido lato e impropio, también los objetos que fueron utilizados por ellos durante su vida o cosas que han tocado sus cuerpos después de su muerte. Las reliquias son algo concreto y visible, puesto que se trata de partículas físicas del cuerpo del santo o de objetos que entraron en contacto con él" (Fernández Collado 1999:130).

- 33 Agradezco a Alfredo Rodríguez González la información sobre esta fuente documental.
- 34 Diego DUQUE DE ESTRADA, "Memorias de Don Diego Duque de Estrada", en Autobiografías de soldados españoles (Siglo XVII), (Biblioteca de Autores Españoles, Tomo XC), Madrid, Atlas, 1956: Página 281.]
- 35 Agradezco esta información a Alfredo Rodríguez González.
- 36 "De ahí el interés de muchos conjuradores por conseguir cualquier objeto que hubiera estado en contacto en vida con los ahorcados, como la cuerda de la que habían colgado suspendidos, o mejor aún, partes de su propio cuerpo—dientes, dedos, huesos— que se suponían conservaban el espíritu del fallecido, lo que podía ser útil para todo tipo de hechizos" (Tausiet 2007: 127).
- 37 Causa contra Gracia Andreu, Zaragoza, 1656.
- 38 Agradezco esta orientación a Jose Manuel Pedrosa. Sobre la creencia supersticiosa en las brujas "chuponas" de niños, se mofa el pintor Francisco de Goya en uno de sus célebres caprichos (numerado 45) efectuado a finales del Siglo XVIII, al que titula "Mucho hay que chupar" en el que aparecen tres brujas de aspecto grotesco y en primer plano, una canastilla repleta de niños. Añade el autor: "Las que llegan a 80 chupan chiquillos; las que no pasan de 18 chupan a los grandes. Parece que el hombre nace y vive para ser chupado"(Casariego 1978).
- 39 Agradezco a Jose Manuel Pedrosa la identificación de esta fuente.
- 40 Agradezco a María Tausiet esta orientación.
- 41 Como nos indica el texto seleccionado, en no pocas ocasiones eran los jueces inquisidores los que poseía una visión canónica sobre el proceso de brujería y sus motivos principales que buscaban confirmar en los interrogatorios a los encausados. Muchas veces consiguieron sus inculpaciones y la satisfacción enfermiza de sus sospechas en los acusados bajo torturas insoportables.
- 42 Este libro, escrito por dos dominicos alemanes, Jacobo Sprenger y Enrique Institor (Kraemer) constituyó una especie de "manual" al uso para los inquisidores en relación con las causas de brujería y contribuyó de manera notable a extender lo que Levack (1995:56) define como "concepto acumulativo de brujería" en cuya "realidad indiscutible" creían los dos

a pie juntillas. Contribuyó a extender los estereotipos, en ocasiones teológicos y eruditos sobre la brujería, en los diferentes tribunales europeos y a su vez y casi de rebote, en las masas populares, merced a los procesos inquisitoriales que se siguieron, y a la aplicación de la tortura en múltiples causas previas a la relajación final de los reos por el brazo secular.

- 43 La letra en negrita es mía.
- 44 Las creencias sobre el "mantillo de niños" aparecen también en Iberoamérica, como recoge George Foster (1985[1962]:197) "Es común cierta ceremonia ritual en la que se dispone de la placenta, y la porción que se le corta se guarda como amuleto. Se espera que los niños que nacen con la cabeza cubierta por una membrana tengan riqueza y buena suerte durante toda su vida".
- 45 "...historias muy similares a los rumores parisinos alrededor 1750 de niños siendo secuestrados por la policía para que los aristócratas leprosos pudieran bañarse en su sangre" (Noyes 2004: 256).
- 46 Todos pertenecen al artículo de Pedro Costa "La vampira del Carrer Ponent", *Malas de la Historia, Diaro El País Semanal*, 1.527, 31 de Diciembre de 2005, pp 94-98.
- 47 Plaza Mayor de la ciudad de Toledo, célebre por sus autos de fe inquisitoriales, si bien el ajusticiamiento de los reos parece que se realizaba en el conocido sitio de elocuente nombre: "Brasero de la Vega".
- 48 En el género de los asustachicos es posible reconocer variantes más sofisticadas como es el caso del Coche de la Sangre: "Coche fantasmal utilizado, según J.Arnades, en algunos pueblos de Cataluña como asustaniños para que los niños no se alejaran demasiado de sus casas durante sus juegos, diciéndoles que si lo hacían vendría un coche negro a llevárselos para sacarles la sangre y dársela a los tísicos. Es una versión moderna del Sacamantecas. Personalmente oí de niño esta advertencia en boca de la madre de un compañero de juegos en Ávila" (Martín Sánchez 2002:449). Variantes postmodernas de este Coche de la Sangre asociadas a los sacamantecas, forman parte hoy del escenario de las leyendas urbanas: "Desde la otra punta de España, Miguel Angel Gallardo García, de 21 años y natural de Badajoz, nos informa que ahora utiliza una furgoneta roja, si bien en otras versiones como la que nos envía desde Mondóvar (Alicante) María Pilar Arnás- emplea una limusina negra: "De pequeña oí hablar a las niñas muy nerviosas sobre el tema. Trataba del rapto y posterior mutilación de órganos de las niñas de corta edad. El hombre que las raptaba era totalmente desconocido y la única pista que se tenía era que las esperaba con una furgoneta de color rojo en los sitios que las niñas de entre ocho y trece años solían frecuentar",(Orti y Sampere 2002:49).
- 49 Agradezco a Luis Diaz Viana esta orientación. No olvidemos la significativa importancia de los ciclos míticos en torno al sagrado Grial o Graal, recogidos por Chretien de Troyes en 1180 y en el que se aludía a la San-

gre de Cristo. En la obra "Parsifal" de Wagner se recoge parte de esta mitología y se alude al factor esencial de la sangre como fortaleza para la vida e incorpora el factor de regeneración de la sangre, como elemento clave de la propia regeneración del mundo.

- 50 Esta relación cognitiva existente entre sangre y fuerza no sólo se establece entre las poblaciones judeo cristianas, Robertson Smith en las tribus australianas del río Darling recoge: "Se alimenta a una persona enferma o muy débil con la sangre de sus amigos del sexo masculino que se le extrae del cuerpo siguiendo el procedimiento descrito más arriba. El inválido la toma en crudo por lo general; la coge entre el pulgar y los demás dedos como si se tratase de mermelada y se la lleva así a la boca".[...] "A veces es necesario trasladar el campamento a algún otro lugar, y hay que hacer un largo camino a través de un terreno árido, con un enfermo inválido que es llevado por los individuos más fuertes, los cuales se prestan voluntariamente a hacerse cortes y dejar correr la sangre hasta que se sienten débiles y sufren desvanecimientos con el fin de proporcionar el tipo de alimentación que consideran más apropiado para una persona enferma (Frazer 1993[1907-1918]: 531). Este criterio de apropiarse de la fuerza del otro, de la vitalidad y caracteres de la víctima bebiendo su sangre o comiendo sus vísceras es un fenómeno extendido y conocido de antiguo: "Los tolsalakis. Famosos cazadores de cabezas del Célebes central, beben la sangre y comen el cerebro de sus enemigos muertos para hacerse bravos" (Frazer 1995[1890]:565). Indudablemente podríamos complementar estas tradiciones culturales con las leyendas y mitologías sobre vampirismo en Europa muy afines a los propios sacramantecas ibéricos.
- 51 Todavía en la actualidad una reticencia importante a la práctica de la donación voluntaria de sangre se debe a la creencia que produce "debilidad".
- 52 Es necesario conservar este dato para cuando más tarde veamos los signos de consunción semejantes entre las víctimas de los *kharisiris* aymaras.
- 53 Debía de atribuirse popularmente este hecho a Alfonso XIII, por las edades de los informantes que aportan este dato.
- 54 Todavía se escucha en algunos lugares de Castilla-La Mancha, el valor purificante del "olor a niño".
- 55 Gerald Brenan, *Al Sur de Granada*, 1957
- 56 Es importante resaltar esta referencia que hace Gerald Brenan y que no coincide con las observaciones etnográficas anteriores sobre la figura del sacramantecas. Según la información de Brenan, el mantequero se alimenta de grasa humana, no la emplea para otros fines, sino que literalmente se la come.
- 57 Apréciase en este punto como los fluidos del sacramantecas se consideran igualmente dotados de poder, curativo y su sangre fecunda
- 58 Brenan realiza una tipología de sacramantecas diferenciado entre el cam-

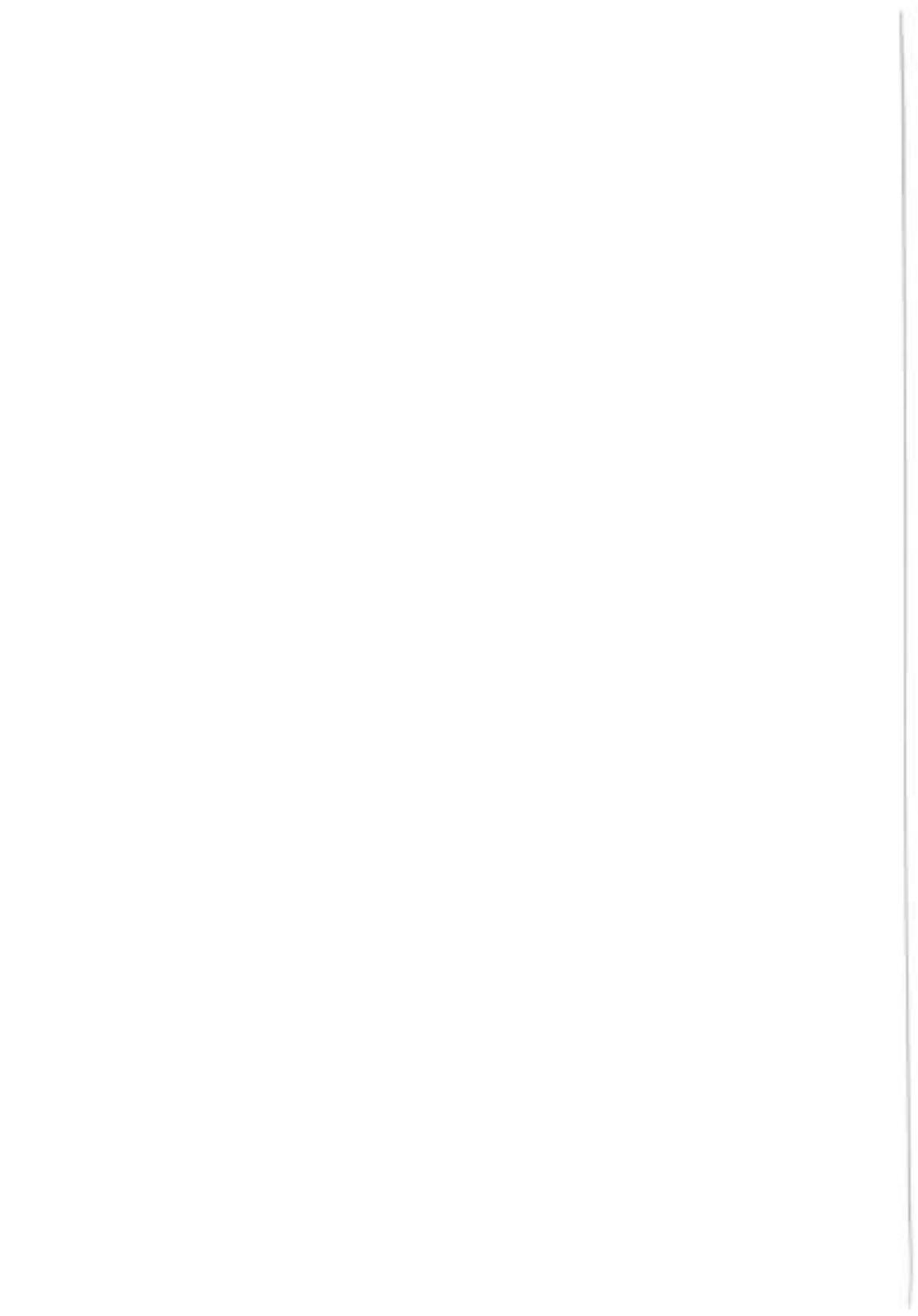
po y la ciudad. En las aldeas de las Alpujarras, el mantequero que vive en esos rincones escondidos y barrancales inaccesibles se comporta como un canibal selectivo alimentándose de la grasa de sus víctimas, mientras que los sacamantecas de las ciudades, al amparo de las necesidades hospitalarias de sangre son los que emplean la sangre y grasa de los niños para las actuaciones terapéuticas que conocemos e igualmente tendríamos que añadir, para los ingenios industriales.

- 59 Los criminales existieron y fueron caracterizados por la mentalidad popular como "sacamantecas", pero además hemos visto que los crímenes se realizaron, en algunos casos, a impulso de las creencias.
- 60 En este párrafo parece que Brennan se está refiriendo al célebre caso del sacamantecas de la Sierra de Gádor de 1910.
- 61 "Mi investigación de campo por las zonas rurales de Andalucía, arroja un tremendo arsenal de casos antiguos en los que diversos niños desaparecieron sin dejar rastro, sin que nunca más se supiera de ellos. Las autoridades lo atribuían a caídas por barrancos o incluso al manido asunto de los ataques de lobos. Pero la gente no era tonta, y estaban seguras de que habían sido raptados para extraerles sus "mantecas" y sangre. Y es que a veces, la desaparición de muchachos, venía precedida por la aparición en el pueblo de personas desconocidas que caminaban por las calles observándolo todo e intentando congeniar con los más pequeños". (Frias 2005: 106)
- 62 "El hecho de que, por norma general, los desrñonados y descorazonados miren con el rabillo del ojo-siempre y cuando no les falte también -a Estados Unidos no es fortuito. Aunque la referencia geográfica es muy precisa, se trata de una metáfora para designar el lugar donde más avanza la medicina y donde más ricos se supone que hay. Decir Estados Unidos es nombrar a Francia, Suecia y Gran Bretaña, países en los que el sector público cede terreno ante la medicina privada y donde los pobres, cada vez más abandonados a su suerte, son utilizados como cobayas". (Orti y Sampere 2002: 50).
- 63 Es un hecho que en algunos buscadores de internet no resulta nada complicado encontrar voluntarios "donadores-vendedores" de órganos humanos e igualmente necesitados y generosos (a veces no tanto) "compradores". Los nuevos sacamantecas manejan con asiduidad las herramientas de Windows...
- 64 "Se sabe que en los primeros años del mercado de esclavos, los africanos supusieron que los negreros los cogían para comérselos" (Turner 1993, en Noyes 2004: 256).
- 65 "El folklore del lado del dominado parece haber sido más consistente con el tiempo. Dentro y fuera de Europa, el capitalista-colonizador es un vampiro o un canibal, succionando la sangre o, en cualquier caso, alimentándose del cuerpo de los trabajadores, creciendo en fuerza mientras

- los otros menguan? (Noyes 2004:256).
- 66 Recordemos que la información de Gerald Brenan (1957) procedente de de la región de la Alpujarra granadina, identifica a una doble tipología de sacamantecas. El sacamantecas rural, de las aldeas y descampados que se alimenta de la grasa de sus víctimas en un acto de canibalismo selectivo, y el sacamantecas urbano, que satisface las necesidades de sangre de los hospitales. Este tipo de actuación de canibalismo selectivo recuerda el valor simbólico atribuido a la grasa como alimento: "Si fuera rey, sólo bebería grasa", comenta un campesino francés del siglo XVII (Gutiérrez Estévez 2002:91).
- 67 Un hecho quizá sorprendente es que no aparece la entrada "sacamantecas" en ninguna obra de teatro editada del Siglo de Oro español. Por lo menos no aparece ninguna referencia en la base de datos del Teatro del Siglo de Oro (TESO). Agradezco esta sugerencia al profesor Francisco Crosas López (UCLM) y la búsqueda infructuosa a la profesora Carmen Pinillos miembro del GRISO (Grupo de Investigación Siglo de Oro). Probablemente la denominación antigua pudiera ser otra diferente a "sacamantecas", que tampoco aparece en los diccionarios antiguos al uso, siendo la primera referencia que he conseguido encontrar la del Diccionario de Autoridades de la RAE de 1925.
- 68 La reconocida socialmente por el grupo que cataloga al propio sacamantecas.

Lituma entrecerró los ojos. Ahí estaba. Foráneo,
Medio gringo. A simple vista no se le reconocía,
pues era igualito a cualquier cristiano de este mundo.
Vivía en cuevas y perpetraba sus fechorías al anochecer.
Apostado en los caminos, detrás de las rocas,
encogido entre pajonales o debajo de los puentes,
aguardaba a los viajeros solitarios.
Se les acercaba con mañas, amigándose.
Tenía preparados sus polvitos de hueso de muerto y, al
primer descuido, se los aventaba a la cara.
Podía, entonces, chuparles la grasa.
Después, los dejaba irse, vacíos, pellejo y hueso,
condenados a consumirse en horas o días.
Esos eran los benignos. Buscaban manteca humana para
que las campanas de las iglesias cantaran mejor,
los tractores rodaran suavemente, y, ahora último, hasta
para que el gobierno pagara con ella la deuda externa.
Los malignos eran peores. Además de degollar,
deslorjaban a su víctima como a res, camero o
chancho y se lo comían. La desangraban gota a gota,
se emborrachaban con sangre. Los serruchos creían esas
cosas, puta madre. ¿Será cierto que la bruja de
doña Adriana había matado a un pishtaco?.

(Vargas Llosa: *Lituma en los Andes*, 2001[1993]:53)



II

Los *kharisiris*

Después de presentar los rasgos fundamentales de la figura de los sacramantecas peninsulares, veamos ahora las características etnográficas e históricas de un personaje de apariencia similar en pleno altiplano aymara. Quizá la enorme ventaja que presenta el estudio de los *kharisiris* aymaras, frente a los sacramantecas peninsulares, es que estos hace decenios, tras el proceso de modernización de la sociedad española, que están “a la baja”, incluso han dejado casi de ser operativos como eficaces asustachicos, mientras que los *kharisiris* aymaras se encuentran en plena vigencia en las comunidades del altiplano, recintos urbanos de residentes e incluso entre ciertas elites paceñas, con una peculiaridad y es que generan el terror entre todos los grupos de edad y no sólo entre los más pequeños¹.

Aprovechemos el testimonio de Adolfo Mamani sobre el ataque que sufrió su papá que fue *lik'ichado* en un viaje en bus desde La Paz a la localidad de Tiquina. El relato muestra los tópicos característicos de la creencia en el *kharisiri* que vamos a desglosar luego.

“Mi papá viajaba a La Paz desde Tiquina en un colectivo, de repente ¡¡un cansancio terrible!! Mi papá pensó “¿No será *kharisiri*?”... tenía destapado el costado derecho. Se cubre y otra vuel-

ta le entra cansancio "¿No será kharisiri?" piensa así. Otra vez su costado desnudo. No puede contener el sueño y cuando despierta está todo adolorido y se encuentra mal; regresa a su comunidad. A mi papá querían curarlo con oveja negra; cuando le revisaron la espalda clarito se notaba una raja en el costado derecho, pero no le tenían que decir. Querían curarle con oveja negra, pero en cuanto metieron la oveja en la casa comenzó "beeeeee, beeeeee" y mi papá se dio cuenta y decía "aquí, aquí pongárame..." y no resultó, ¡¡nada!!⁴. Mi papá estaba desesperado y sufría, cuando se acordó del remedio; recordó cómo en el campo se guarda la placenta después del parto enrollada, amarrada, en el techo de la casa, junto con los "complementos", ollitas, polleras, telares, yunta, chicote⁵. Mi papá hizo hervir una placenta seca con wayturo y tomarlo muy caliente. Enseguida comenzó a transpirar, temperatura grave⁶. Se quedó dormido y al despertar estaba sano, después de haber transpirado ¡¡grave!!⁷. (Adolfo Mamani, Qalata San Martín)

Kharisiri, *kharikhari*, *lik'ichiri*, *khariri*, son los términos aymaras más frecuentes que hacen alusión a la actividad violenta del personaje que presentamos⁷ (Rivière 1991), de ahí la expresión castellanizada que emplean algunos estudiosos del fenómeno, al definirlo como "degollador". El término *lik'ichiri* hace resaltar su carácter como recolector de grasa, *lik'ish*. En quechua, en los dominios de Ayacucho se emplean los términos *ñak'aq* y *pishtaku* (Ansión 1989; Morote 1988[1959]:153-177; Moliné 1991)⁸.

II.1 Antecedentes

Referencias sobre sacrificios humanos en los Andes encontramos en las crónicas coloniales y no son pocas las alusiones a la vigencia de dichas oblações cruentas en la etnografía contemporánea sobre las comunidades andinas aymaras, en ocasiones bajo la forma de ofrendas ceremoniales que reemplazan el sacrificio de la propia vida humana (Fernández Juárez y Albó 2008; Fernández Juárez 1995:401-429; Abrecrombie 1986).

Una de las citas coloniales más conocidas en relación con los sacrificios humanos es la del cronista José de Acosta que menciona el ofrecimiento de niños en caso de enfermedad del Inca y otras tribulaciones:

“...usaron en el Perú sacrificar niños de cuatro o de seis años hasta diez; y lo más de esto era en negocios que importaban al Inga, como en enfermedades suyas¹⁰ para alcanzalle salud; también cuando iba a la guerra por la victoria. Y cuando le daban la borla al nuevo Inga, que era la insignia del rey, como acá el cetro o corona, en la solemnidad sacrificaban cantidad de doscientos niños de cuatro a diez años: duro y inhumano espectáculo. El modo de sacrificarlos era ahogarlos y enterrarlos con ciertos visajes y ceremonias; otras veces los degollaban, y con su sangre se untaban de oreja a oreja” .

La existencia de sacrificios humanos entre las grupos amerindios supuso la categorización de los mismos como “pueblos bárbaros”, desde la perspectiva europea (Fernández Juárez 2004a:69-86)¹¹. La cuestión de los sacrificios humanos entre los indígenas formó parte de la célebre “disputa de Valladolid” entre Juan Ginés de Sepúlveda y Fray Bartolomé de las Casas en pleno siglo XVI debatiendo acerca de la naturaleza de los indios y el derecho de conquista por parte de la Corona española.

Los procesos de extirpación de idolatrías ofrecen igualmente datos sobre antecedentes coloniales de los *ñak'aq* y *khari-siris*. Veamos la conocida cita del padre Arriaga en 1621 sobre los “chupadores de sangre” y “comedores de hombres” que coincide en algunos aspectos con las versiones clásicas de los aquelarres ibéricos:

“Hasta que un día en un pueblo, examinando el doctor Hernando de Avendaño, estando yo presente, un indio de hasta veinticinco años, de buen tallo y disposición, y al parecer de buen entendimiento en las cosas ordinarias de idolatría, y enviándole ya en paz, después de haber respondido a todo lo que le habían preguntado, dijo al indio: “Aguarda, señor, que tengo más que decir y quiero de veras descubrir todo mi corazón y ser buen cristiano”. Animándole a que dijese todo lo que quisiese y que no tuviese miedo, etc., dijo que él era brujo, y que su padre lo había sido (y como después

se supo, había sido muy famoso y muy temido), y que él le había enseñado el oficio. Nombró a muchos que le ejercitaban, los cuales se fueron prendiendo, y examinándoles, ya a cada uno de por sí, ya careando unos con otros, y se averiguaron cosas extraordinarias y muy lastimosas. En suma es que en diferentes ayllos y parcialidades hay diferentes maestros que ellos llaman ahora con nuestro nombre español de Capitán, y cada uno tiene diferentes discípulos y soldados¹³. Este les avisa y previene cuando le parece que tal noche (que siempre son a este tiempo sus juntas), y en tal lugar se han de juntar. El maestro va aquella noche a la casa que le parece, acompañado de uno o dos de sus discípulos; y quedándose ellos a la puerta, entra esparciendo unos polvos de huesos de muertos, que ellos tienen para este efecto condicionados y preparados con otras no sé qué cosas y palabras, y con ellos adormecen a todos los de casa de tal suerte, que ni persona, ni animal de toda la casa se menea, ni lo siente, y así se llega a la persona que quiere matar, y con la uña le saca un poquito de sangre de cualquier parte del cuerpo, y le chupa por allí lo que puede, y así llaman también a estos tales brujos en su lengua chupadores. Esto que así han chupado le echan en la palma de la mano o en un mate y lo llevan donde se hace la junta; ellos dicen que multiplica el demonio aquella sangre, o se la convierte en carne (yo entiendo que la juntan con otra carne) y la cuecen en aquella junta y la comen, y el efecto es que la persona que habían chupado se muere dentro de dos o tres días. Y ocho o diez días antes que llegásemos había muerto un muchacho de hasta dieciséis años, y cuando se moría se tapaba la cara y decía que veía a fulano, nombrando unos de estos brujos que le venía a matar¹⁴. Es común frase y modo decir cuando hacen estas juntas: "Esta noche hemos de comer el alma de tal o tal persona". Preguntándole yo a uno que de qué manera era aquella carne y a qué sabía, dijo, haciendo muchos ascos con el rostro, que era muy mala, y desabrida, y parecía cecina de vaca. En estas juntas se le aparece el demonio, unas veces en figura de lechón, otras veces en figura de tigre, y poniéndose asentado, y estribando sobre los brazos muy furioso, le adoran" (Arriaga 1999 [1621]: 46-47).

Tampoco faltan referencias coloniales que avalan la eficacia de la grasa humana en las prácticas ceremoniales y de hechicería en los Andes:

"Los pontífices hichezeros *layraconas, umoconas, uizaconas, camascaconas* que tenía el Ynga y lo adorauan y rrespetauan: A estos hichezeros dizen los quales tomauan una olla nueua que llaman *ari manca*, que lo cuesen cin cosa nenguna y toma sebo de persona y mays y *zanco* y plumas y coca y plata, oro y todas las comidas. Dizen que los echan dentro de la olla y los quema muy mucho y con ello habla el hechicero, que de dentro de la olla hablan los demonios" (Guamán Poma 1987 [1615]: 270).

En relación con el asunto que nos ocupa, encontramos referencias directas sobre la figura del *ñak'aq* y sus posibles antecedentes en textos coloniales recopilados por Morote Best para su célebre artículo "El Nakaq" escrito en 1952. Una de las citas que recoge Morote es la que se atribuye a Cristóbal de Molina (1571) en plena eclosión del movimiento nativista del Taki Onqoy. Conocemos así el impacto y el asombro que provocaba en los indígenas el interés de los españoles por el unto de los indios fallecidos a los que sacaban el sebo para curar sus propias heridas (Molina 1571/ 1989:167):

"...El año de setenta y uno atrás de ayer tenido y creído por los indios que de España habían enviado a este reino por unto de los indios para sanar cierta enfermedad que no se hallaba para ella medicina sino el dicho unto, a cuya causa andaban los indios en aquellos tiempos muy recatados y se extrañaban de los españoles en tanto grado, que la leña, yerbas y otras cosas no lo querían llevar a casa de español, por decir no los matase allá adentro por les sacar el unto" (Cristóbal de Molina 1571).

Sobre el trato dispensado a los aborígenes de América decía Antonio Herrera, Cronista Mayor de las Indias en el año 1601:

"...véase a quantos asaron e quemaron vivos, a quantos echaron a los perros bravos que los comiesen vivos, a quantos mataron porque estaban gordos para sacalles el unto para curar las llagas de los castellanos..." (Antonio Herrera 1601, en Morote 1988 [1952]:168).

Conocemos igualmente la maledicencia cometida contra la orden betlemítica a principios del siglo XVIII en su interés

por fundar un hospital en el Cuzco y el rumor maléfico que les describe como degolladores interesados en el sebo de los indios para satisfacer las boticas de la corona española (Morote 1988[1952]:168-169):

"...pues conspirados sus malévolos habitantes movieron contra los Bethlemitas por un medio bien extraordinario el huracán furioso de la adversidad. O inmediatamente por sí mismos, o valiéndose de humanos instrumentos, que siempre abundan para poner en ejecución sus infernales máquinas; divulgaron en la bárbara sencillez de los indios, una especie en que tuvieron muchos quebrantos los Religiosos. El asunto fue sugerir en los ánimos de esta rústica gente que los Bethlemitas eran unos hombres enviados del Rey a aquella tierra; para que degollando los Indios les sacasen las mantecas, y surtiesen de esta medicina las boticas de su Majestad. No les fue difícil la creencia de esta disparatada voz; porque en la ignorancia de estos hombres, y en el traje nunca visto de los Bethlemitas esforzó mucho sus persuasiones el enemigo; y quedaron tan bien impresionados de la noticia; que en consecuencia de ella fueron notables sus expresiones. Poseídos del miedo los Indios, buscaban su seguridad en el retiro de los Religiosos, a quienes miraban como enemigos crueles de sus vidas; y ya no sabían darles otro nombre, que el de su aprehendido sangriento ministerio; pues cuando sin poderlo excusar los encontraban, se decían unos a otros: allá van los nacas¹⁵, que en nuestro idioma es lo mismo que degolladores o verdugos. Para la prosecución de la fábrica del Hospital, y la labor de las haciendas fue muy nociva esta astucia diabólica; porque siendo de esta clase de gente, los que habían de aplicarse al trabajo; faltaron en gran parte para aquellos ministerios los obreros; porque atemorizados, se negaban a su aplicación." (Fr. Joseph García de la Concepción, 1700).

En la región de Chancay en Perú, en 1783, unos jornaleros acusaron de *pishtaku* a un antiguo cacique (Bellier y Hocquengheim 1991:49).

"Un día, un hombre vino a la hacienda, hacía muchas preguntas sobre el nombre de la gente, sobre su número y parecía conocer los alrededores, en particular los senderos aislados y sabía que había una gruta suficientemente grande como para albergar a

varias personas. El foráneo hacía tantas preguntas que el jornalero le preguntó si no sería un pistaco, uno de esos que matan a los indios. El hombre respondió que "sí, porque el Rey tenía necesidad de mucha grasa".

La grasa humana aparece igualmente en los tratados de farmacopea del Perú, como recoge el clásico manual de Valdizán y Maldonado de principios del siglo XX:

"El sebo de muerto(materia grasa que dicen los curanderos, extraída de los cadáveres, principalmente de las personas fallecidas por herida de bala, o por enfermedades no infecciosas) en fricciones, para calmar los dolores reumáticos(Jauja); la principal aplicación que se da a esta grasa de muerto es la de borrar las cicatrices, de preferencia las dejadas por la viruela (Callao, La Libertad, Lambayeque, Piura, Lima, Cajamarca, Ayaviri, Huanuco, etc.); también tiene aplicación en fricciones en la fracturas de huesos, contusiones y luxaciones (Jauja); la dan a beber, en chocolate, para matar lentamente a una persona(S.P) (Valdizán y Maldonado 1922:463;tomado en Salazar 1991: 12).

Toda esta información induce a valorar un origen colonial europeo en la figura tanto del *kharisiri* ayмара como de los degolladores andinos y las diferentes formas que adquieren entre poblaciones amerindias muy distantes entre sí; sin embargo, aunque este préstamo hubiera podido producirse, es necesario tener en cuenta el grado original de apropiación que los pobladores andinos han realizado sobre el propio personaje, probablemente porque conocían algo similar¹⁶. Las reflexiones de Taylor (1991:3-6), desde la perspectiva léxica y lingüística son proclives a la existencia precolombina del personaje, al igual que las representaciones iconográficas sobre "el otro" que propician los vasos cerámicos, sobre todo Mochicas, evaluados por Belliere y Hocquenhém (1991:41-59). La ausencia de referencia léxicas concretas sobre "sacamantecas" en el período colonial y su tardía generalización en el siglo XIX español, ha dado lugar a que algunos especialistas hayan considerado la opción de que el propio "sacamantecas" ibérico hubiera sido importado de América (Wachtel 1997[1992]:76)¹⁷. Probablemente el debate sobre el origen colonial europeo o precolombi-

no del personaje es un debate pueril que nos añade poco a los intereses de la investigación, a la vez que se carga de una ideología política innecesaria e injustificada, en ambos extremos y que desatiende la compleja red de atributos diferenciados de las instituciones culturales presentes hoy en las sociedades andinas¹⁸.

II.2. Etnografía del *kharisiri*

En el caso del altiplano boliviano contemporáneo, los *kharisiris* aymaras adquieren un específico interés etnográfico. La forma de actuación de los *kharisiris* y sus características representativas están bien documentadas (Rivière 1991:26; Spedding 2005). Los *kharisiris* pueden ser tanto hombres como mujeres que provocan el sueño en sus víctimas potenciales de diferentes formas ya sea rezando plegarias católicas en sentido contrario al habitual, en especial el Padre Nuestro, tocando una campanilla o espolvoreando cenizas de difuntos y restos de la bolsa amniótica de los nacidos, sobre el rostro de sus víctimas (Morote 1988 [1952]:161)¹⁹.

“Según cuentan los propios campesinos, las extracciones de grasa sufren sin darse cuenta o cuando están borrachos y tirados en las chacras, o que a veces se quedan pasmados y turulatos frente a los supuestos *kharisiris*” (Castellón 1997:10)

El *kharisiri* ataca a los viajeros solitarios en los caminos, a los que acecha a distancia²⁰. Utiliza un objeto o “maquinita” para recoger la grasa colectada de las víctimas, a la manera de termo. Igualmente se dice que emplea una jeringa²¹ para realizar la extracción, además es preciso tener en cuenta que el *kharisiri* interesa tanto la grasa como la sangre de sus víctimas²².

Al empleo tradicional del cuchillo propio del degollador que aparece en los relatos de Morote (1988 [1952]), le ha seguido una modernización tecnológica, que no hace sino reflejar la presión de la modernidad sobre las comunidades aymaras, en lo que a los útiles del *kharisiri* se refiere; de esta forma se le achaca el empleo de máquinas, tales como cámaras fotográficas, grabadoras o jeringas con las que extrae el sebo, o mucho más fácilmente la sangre de sus víctimas (Fernández Juárez 1999; Wachtel 1997).

"Sacan (la grasa) con inyección; así me contaba mi abuela que así caminaba (el *kharisiri*) en caballo, con campanillas hacían dormir. Hoy en los minibuses hay que tener cuidado." (Jonhny Alfaro, Caquiaviri).

"Saca grasa del riñón"; el enfermo está desganado, con temperatura; se ve la marca, aparece como pinchazo de aguja" (Severino Vila, Chajaya).

Su imagen tradicionalmente se ha vinculado con los sacerdotes y personas relacionadas con la Iglesia católica²³; en ocasiones era el mismo sacerdote el que la mentalidad popular de los lugareños identificaba con el *kharisiri* o alguien que trabajaba con esta misión bajo su servicio²⁴:

"Actualmente, los seres que tal vez inspiran más terror a los indios y aún a los mestizos, son imaginados las más de las veces como monjes españoles. Vestidos de una larga toga negra, de la que el capuchón deja ver solamente una parte del rostro sardónico²⁵, pasean de noche por los caminos desolados. Cuando encuentran personas aisladas, se acercan con maneras untuosas y les engatusan con discursos aduladores, lo que tiene por efecto el adormecerles. Entonces, hacen con un cuchillo una incisión sobre el lado derecho del abdomen y extraen toda la grasa de su cuerpo; luego cierran la herida de modo invisible, dejando allá a sus víctimas. Cuando éstas despiertan, no se recuerda nada, pero los efectos de la agresión no tardan en producirse, ellas enflaquecen y sucumben al final de algunas semanas". (Girault 1988 [1972]:98).

De hecho, la grasa humana indígena colectada se decía, era empleada en la elaboración de todo un complejo elenco de objetos relacionados con el quehacer ceremonial del sacerdote (velas, campanas, santos óleos); otras versiones más modernas consideran que se emplea la grasa para elaborar jabón y cosméticos de los *q'aras*, los mestizos y blancos de las grandes ciudades, o para realizar aceites lubricantes en los ingenios mineros y en la puesta a punto de los automóviles; hay quien lo asocia al pago de la deuda externa (Albó 1999; Celestino 1998; Rivière 1991:26) e incluso al narcotráfico:

"¿Por qué interesa la grasa?... Tiene precio, tiene valor, especialmente la grasa de los flacos²⁶, la de los gordos no sirve; la grasa de la gente del campo²⁷, flacos. Los niños no interesan al kharisiri; su grasa no está hecha, apenas tienen". (Jhonny Alfaro, Caquiaviri).

"Sacan la grasa para hacer cosméticos, para rejuvenecer la gente, los q'aras²⁸" (Adolfo Avendaño, Qalata San Martín).

"La grasa que sacan es para hacer hostias, medicinas y jabones". (Rolando López, Oruro)

"Esa grasa vale como oro" (Miguel Tejerina, Curva)

"Esa grasa vale plata como narcotráfico, como cocaína así debe ser, para el exterior sacan, cuesta su plata" (Sofía Apata, Caranavi)

La grasa que el *kharisiri* pretende se encuentra en el costado derecho, aunque algunos datos aluden a la grasa del riñón, la grasa que recubre las glándulas suprarrenales e igualmente la grasa del mesenterio o redaño como veremos luego (Riviere 1991:26). Más inquietante parece la consideración de la calidad de la grasa de las víctimas en función del resultado del ataque. Si la víctima muere, la grasa adquiere su calidad y valor excepcional, mientras que si el enfermo se recupera y sana, la grasa robada de su cuerpo, pierde valor, no sirve, se licúa, es como si se desnaturalizara para los fines que persigue el *kharisiri*.

"Dicen que la grasa que saca se extrae para curar a otras personas y si la persona se cura con esa grasa, la persona que ha sido victimada por el *kharisiri*, muere y si no, no" (Magali, La Paz)

La persona aquejada por el mal o enfermedad provocada por el *kharisiri* presenta una serie de rasgos que permiten identificar su dolencia. Los criterios de identificación de la dolencia difieren de unos informantes a otros. El enfermo de *kharisiri* rechaza la comida, "*tímido se vuelve, no mira de frente, su cuerpo se seca como metal oxidado*"²⁹ (Jhonny Alfaro, Caquiaviri)³⁰.

Florentino, residente en el pueblo de Curva afirma que las personas *kharisutas*, los que han sido atacados por el *kharisiri* no tienen la media luna blanca queratinosa de las uñas en el dedo pulgar, tampoco tienen ningún realce de la piel sobre la uña

donde se engasta, "se pierde esa grasita". "Las uñas del enfermo están muy brillantes".

"Saca grasa del riñón, el enfermo está desganado, con temperatura; se ve la marca, aparece como pinchazo de aguja" (Severino Vila, Charazani)

"Se ve el moratón clarito, pero no hay que avisar (al enfermo)". (Jhonny Alfaro, Caquiaviri)

A su vez los médicos del Servicio Departamental de Salud de La Paz a quienes se consultó consideraban el diagnóstico de la dolencia de la enfermedad provocada por el *kharisiri*, tal y como habían recogido en sus experiencias del campo, en términos de "fiebre, vómitos, decaimiento, postración"; el paciente se ve enflaquecido. Indudablemente, los síntomas de la enfermedad, son contrastados generalmente por la consulta a la hoja de coca por parte de algún yatiri de la zona.

El *kharisiri* viste de blanco o completamente de negro, y lleva el rostro tapado con su fardo o *q'ipi* para esconder su identidad³¹. Algunos testimonios reflejan su aroma repugnante, semejante al orín de los zorrinos (Oblitas 1978[1963]:123; Paredes- Candia 1981:84).

Sobre la identidad de los *kharisiris*, hay que diferenciar entre las percepciones más tradicionales, que relacionan a los sacerdotes y gente de iglesia con el siniestro personaje; en la actualidad otros perfiles han pasado a engrosar la lista de sospechosos tales como los médicos y en general el personal sanitario que trabaja en las comunidades del altiplano³², igualmente los miembros de las ONGs, e incluso los representantes locales de los poderes del Estado. Se dice que ahora los estudiantes colaboran con el *kharisiri*³³. Quizá el aspecto más amenazador y dramático en las comunidades aymaras y en las ciudades estriba en el hecho de que ya el *kharisiri* no muestra ninguna señal específica que lo identifique. El *kharisiri* ya no precisa enfundarse los ropajes de la alteridad aparente, sea el caso de los sacerdotes, médicos o representantes de ONGs porque ya los *kharisiris* no se diferencian de la población a la que victiman:

"Es gente quien lo hace como nosotros, no gringos; gente como nosotros".

(Adolfo Mamani)

En la actualidad no sólo los sacerdotes y los extranjeros resultan sospechosos de ser *kharisiri*, según el modelo de relaciones de identidad que parecen puestas en juego entre los aymaras y los *q'aras* que son expresadas por el personaje que nos ocupa; la sospecha se ha extendido al interior de las comunidades aymaras, en especial sobre aquellos campesinos que rechazan los compromisos y obligaciones comunitarias; aquellos que próximos al entorno de las ciudades olvidan las normas comunitarias y se desentienden de sus responsabilidades, especialmente en la satisfacción de cargos públicos y rituales³⁴. Por otro lado, los campesinos que se comportan al modo de la ciudad y que hacen pública ostentación de dinero, sin que se les reconozca actividad remunerada alguna son serios candidatos a ser reconocidos como *kharisiris*. En la actualidad, el *kharisiri* está asentado en el seno de las propias comunidades; no faltan sospechas sobre tal o cual persona o familia a cuyos miembros se ha encontrado en actitud sospechosa de noche, por los caminos³⁵.

La acusación de ser *kharisiri* resulta traumática para el afectado, aún a pesar de que no se pueda probar ni demostrar nada en su contra. El sospechoso sufrirá, a buen seguro, serios problemas de articulación social con el resto de familias y a la larga es posible que tenga que abandonar la comunidad a riesgo de perder la propia vida (Wachtel 1997; Rivière 1991). Resulta tan grave dicha acusación que los que poseen algo de dinero no dudan en ponerse en manos de abogados sin escrúpulos en los núcleos urbanos para conseguir algún papel oficial donde se acredite su inocencia (Fernández Juárez 1995:173)³⁶. No faltan casos documentados de ajusticiamiento de personas de las que se creía que eran *kharisiris*. En estos casos, la forma de proceder de la comunidad al completo resulta muy similar; una vez muerto con la complicidad de toda la comunidad, el cuerpo del supuesto *kharisiri* es quemado y sus cenizas aventadas en todas direcciones (Rivière 1991; Watchel 1997; Castellón 1997:11).

Al interés tradicional del *kharisiri* por el unto, el sebo o la grasa humana hay que añadir su "novedosa" codicia por la sangre, más fácil de lograr con su "maquinita"; de hecho, parecen interesarle ambos fluidos (Albó 1999; López García 2001). El interés por la grasa humana corresponde a la grasa de los pobladores originarios que es considerada de especial calidad, seca por la incidencia de la alimentación autóctona, repleta de técnicas que favorecen la deshidratación de los productos y que configuran cuerpos secos y resistentes ante la enfermedad como son conceptualizados los cuerpos de los pobladores aymaras, frente a los grasos, endebles y de poco aguante de los mestizos y blancos (Fernández 1998b; Gutiérrez 2002; Molinié 1991; López García 2001:104).

"Espera a la gente sana, bien estudiada con anterioridad, en los lugares silenciosos, y ataca a los indígenas, porque el indio posee cebo seco, por alimentarse duramente a base de chuño y kañiwa y por ser apropiado para la mejor venta y de valor en las farmacias, no así del miste, porque de él es líquido y de mala calidad, aunque ahora han comenzado también con los mistes" (Manya 1969:136).

"La gente que come coca tiene esa grasa que el *kharisiri* busca" (Severino Vila, Chajaya)

La grasa y la sangre india son de gran valor siempre y cuando muera el afectado. Si la víctima no fallece los fluidos extraídos no valen nada; no pueden ser transformados en los productos que el sacerdote, los médicos, los ingenieros o los representantes del Estado precisan para sus diferentes fines. Si la víctima fallece, el propio *kharisiri* acudirá a la medianoche, sin que nadie le observe, a pedir perdón de rodillas, ante la tumba de su víctima. Solamente tras la muerte se hace visible en el cuerpo de la víctima, la cicatriz que acredita el ataque de que ha sido objeto por parte del *kharisiri*.

Los *kharisiris* actúan durante todo el año³⁷, pero con especial incidencia en el mes de agosto, particularmente la víspera del primero de agosto³⁸ (Mendoza 1978:54), momento en que "la tierra se abre" y aparecen en superficie los "tapados" y el "oro vi-

vo". Así como el mundo aparece abierto y expuesto a las características del pasado, el cuerpo de los seres humanos es violentado y abierto por las mañas del *kharisiri* extrayendo lo que debe permanecer oculto, la grasa y la sangre.

"Agosto, mes más peligroso para *kharisiri*, mes del diablo y de las *waxt'as*³⁹"

(Rolando López, Oruro)

"Más que todo en tiempo de Agosto se ven los *kharisiris*"

(Sofía Apata, Caranavi).

Para protegernos del *kharisiri* debemos mascar o llevar como amuleto ajo de Castilla, algún fragmento de "carne de ombligo", extenderse el propio sudor⁴⁰, o simplemente revelar nuestra sospecha en voz suficientemente audible al encontrarnos con alguien por el camino, "*¿no será kharisiri?*"; es decir, sacar al exterior y verbalizar lo que guardamos dentro en el caso de la sospecha oculta, un fragmento de carne seca de lo que siendo de naturaleza interna sale al exterior del cuerpo con el parto o bien mediante ajo de Castilla, por su fragancia y por su naturaleza foránea que afecta a la calidad de la grasa. Una triple exteriorización para prevenir la foraneidad más grave que puede sufrir nuestro cuerpo como expresión pública de su grasa corporal íntima empleada por el *kharisiri* en la elaboración de objetos de poder públicos tales como campanas, fármacos, tipos sanguíneos, hospitales o el pago de la deuda externa⁴¹. Lo privado que debe permanecer en el interior, oculto es abiertamente mostrado para uso público, por parte del *kharisiri*.

La dolencia originada por el *kharisiri* puede tratarse con una medicina específica que no es difícil encontrar en cualquier puesto de medicina tradicional, en los mercados y ferias rurales del altiplano. Consiste en un producto de aspecto viscoso cuya elaboración permanece en secreto, pero de precio muy elevado. En realidad se trata de un precio descabellado para la cantidad testimonial o ridícula que se ofrece al enfermo, siempre con su total desconocimiento sobre la medicina y la dolencia que padece. En este sentido la proporción resulta paralela a la grasa o la

sangre que el paciente ha perdido. La cantidad que el paciente pierde en el ataque del *kharisiri* es testimonial, como lo es, igualmente, la dosis medicinal ingerida para su restitución. Existen otros tratamientos como el consumo de caldo de oveja negra y cuidados como evitar el consumo de productos frescos⁴² que pueden provocar la recaída del enfermo.

El tratamiento de la dolencia del *kharisiri* exigía antaño una serie de productos que en la actualidad ya no son eficaces. La razón es que entonces el *kharisiri* sacaba la grasa de la gente, pero no cualquier tipo de grasa sino el tejido conjuntivo denominado mesenterio, omento o redaño que en aymara se dice *llikawara* o *iqara* (Huanacu y Pauwels 1998:126; Rivière 1991:27) y que aparece regularizado de forma genérica en el préstamo castellano "riñón"⁴³. Como ahora saca la sangre, el tratamiento antiguo ha dejado de tener efecto; así al menos lo considera Macario Vargas, *yatiri*⁴⁴ de Qurpa:

"No, recién ahora. Antes que ya han sacado riñón, dice, sacado, dice tata cura, así dice. Ahora ya está sabiendo sacar sangre, recién no más. Antes riñón, ahora saca no más 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[...]. Más antes también negro de oveja, su tela hay que sacar, con eso hay que poner no más 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 no más ha recuperado dice los abuelos no más. Con eso no más ha curado dice. Ahora ya carneamos la oveja, ahora, sacando su riñón de la oveja con calorsito pone...no, ¿no sana?"

Veamos otra versión sobre el síndrome del mal del *kharisiri* por parte del *kallawaya*⁴⁵ Severino Vila originario de Chajaya:

"El *kharisiri* tiene su presión... ¡phucha! muy caloroso siente... calor, tiene diarrea, no tiene valor, 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. Agarra-

mos, rápidamente, el panza le abrimos, la grasa, lo que complementa a la panza, su grasa ese hay que sacar, su telita y todo... lík'i 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, sí, una vez cada unos cuantos años, una vez 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".

La dolencia que el *kharisiri* provoca en sus víctimas se trata de diferentes formas en el altiplano; puede ser con ese producto de aspecto graso, tremendamente caro, que se vende embotellado, y que en pequeñas dosis se ofrece al enfermo, sin que este identifique para qué tiene que tomar dicha medicina. Este remedio que aparece expresado en la metonimia de la "botella", resulta peculiar y muy frecuente en los mercados de remedios del altiplano. Dicen los informantes consultados que en Tiquina, Warina, Achacachi, hay "botellas" que constituyen el eficaz tratamiento para la dolencia provocada por el *kharisiri*. Así como las medicinas para el *kharisiri* parecen ser producidas por las comunidades aymaras del Lago, igualmente parecen ser focos productores de *kharisiris*. Estas botellas que contienen el remedio contra el mal del *kharisiri*, son muy caras y se dice que los propios *kharisiris* preparan la medicina que contiene, por eso pocos aceptan cualquier hipótesis sobre la constitución del remedio, sería como aceptar indirectamente ser *kharisiris*, pero parece que la grasa de difunto, la carne de placenta humana⁴⁶, los wayruros y las habas rojas se encuentran entre sus ingredientes más habituales.

"Mal del *kharisiri* se cura, remedio hay, esas botellas de Tiquina ¿qué sera? Amargo sabe".

(Jhonny Alfaro, Caquiaviri)

"Se cura con botella que venden por Achacachi, Tiquina, Warina". (Adolfo Mamani, Calata San Martín)⁴⁷.

"Hay que curar rápido con botella; esa botella tiene habas rojas wayruro y placenta" (Severino Vila y Sofía Apata, La Paz)

Buena parte de los informantes nos indica el sabor agrio del remedio, dato que al menos nos sugiere la idea de que los informantes consultados, han probado la medicina, probablemente al haber sido atacados ellos o sus parientes por el *kharisiri* en alguna ocasión. La grasa de difuntos o de placentas, suele ser uno de los ingredientes más comúnmente citados en la composición de este remedio.

El *yatiri* Macario y su mujer Cipriana experta en hierbas y farmacopea tradicional elaboran su propia medicina para el mal del *kharisiri*, adecuándose al hecho novedoso y reciente, según su parecer, de su preferencia por la sangre humana. Recordemos que el tratamiento tradicional, basado en el interés del *kharisiri* por la grasa, ya no resulta eficaz.

"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... ¿Como? Para eso no más estoy preparando la medicina. Hay que hervir una ollita de wayruro⁴⁸ con Nicolás T'ant'a, Altamisa⁴⁹, Andres waylla⁵⁰, Qutu-qutu⁵¹, hembra y macho; dos clases, urqu qutu-qutu, qhachu qutu-qutu. Después este..."solda con solda"⁵² después, este...de wawa, su ombligo ese poquito no más poner".

Como vemos entre los productos utilizados por Macario Vargas destacan diversas especies herbáceas locales asociadas con los acuíferos del altiplano, así como especies de carácter ceremonial como el *wayruru* y el pan de San Nicolás⁵³ y la "carne de ombligo". Adolfo Mamani en el testimonio de la dolencia de su padre como *kharsuta*, atacado por el *kharisiri*, recoge también la eficacia de las placentas que se conservan secas en el altiplano, cocidas con *wayruro*, como tratamiento eficaz, además de la oveja negra colocada sobre el costado dolorido del enfermo.

Otros remedios eficaces en el tratamiento del mal del *kharisiri*, además de las recomendaciones del *yatiri* Macario Vargas y del kallawayá Severino Vila, incluyen la ingestión de sopas grasas, especialmente caldo de oveja, huevo batido; introducir al

enfermo en el interior de la panza de una vaca negra e incluso la ingestión diaria de vino con hostias (Hunacu y Pauwels 1998:127). Entre los kallawayas se utiliza grasa de lagarto, oso y mono que hay que friccionar sobre la zona dolorida (Oblitas 1978[1963]:123).

Estos procedimientos terapéuticos pretenden recuperar los fluidos perdidos por el ataque del *kharisiri* mediante el aprovechamiento de la grasa de oveja negra en cataplasma, la sangre de gallo negro bebida y la ingestión de alimentos caldosos y cálidos. El alegato a la eucaristía profana que reproduce el enfermo durante unos días con el tratamiento de vino y hostias, trata en definitiva sobre el cuerpo y la sangre de Cristo, es decir, lo dañado por el *kharisiri* que se trata de restituir a la víctima potenciando su ingestión diaria.

Evitar productos alimenticios "frescos" contrasta con el carácter cálido de la enfermedad provocada por el *kharisiri*. A pesar de esta variable térmica del calor que pareciera recomendar precisamente alimentos frescos para equilibrar la temperatura corporal, el carácter del afectado por la dolencia del *kharisiri* no es cálido, sino socialmente frío como demuestra su abulia generalizada, flojera y dejadez. El consumo de alimentos cálidos pretende restituir tanto el fluido como la vitalidad perdida tras el ataque perpetrado por el *kharisiri*.

La actuación del *kharisiri* está rodeada del más absoluto secretismo, tanto en lo que afecta a la relación que mantiene con sus víctimas como en la forma en que es preciso atender a los afectados por él. El *yatiri*, con la ayuda de los familiares del afectado, deberá actuar en secreto, sin revelar nunca al paciente la dolencia que le aflige, si quiere tener alguna oportunidad de salvarlo.

Sobre la ubicación genérica de los *kharisiris* parece existir cierta unanimidad en considerar ciertas localidades del Lago como "productoras" de *kharisiris*, particularmente aquellas poblaciones caracterizadas por la presencia de "foráncos", es decir los lugares de tránsito con presencia de grandes masas de pasajeros. Tiquina, Achacachi, Warina, se dice que son lugares muy

peligrosos por la presencia potencial de *kharisiris*²⁴. Precisamente, la autoctonía de los residentes, la ausencia de foráneos es una de las condiciones preventivas que explicaba la ausencia de *kharisiris* en la localidad kallawayá de Curva: "porque no hay gente, no hay foráneos. *Entre ellos no más se conocen*" argumenta Adolfo mientras nos trasladamos en el vehículo todo terreno de la AE-CI hacia la serranía de Apolobamba. Esta es la misma respuesta que me dieron tanto Miguel Tejerina como Máximo Paye, kallawayas de la localidad de Curva: "No hay gente"; poca gente lugareña y menos foráneos. En Curva, según estos testimonios, no hay *kharisiris*, ni en todo el valle de Charazani, porque no hay gente foránea; todos los vecinos se conocen y no hay dudas sobre sus quehaceres. "Si así...ven a gente foránea caminar...y la gente empieza a morir...¿se ataja la comunidad!" "No hay gente, no hay foráneos" (Máximo Paye, Curva)²⁵.

Tanto las comunidades y localidades cercanas al Lago Titicaca, caracterizadas por un importante trasiego de pasajeros, como en las comunidades muy alejadas próximas a las *apachitas* y lugares montañosos aislados de difícil acceso, se dice que igualmente abundan los *kharisiris*. Finalmente las ciudades altiplánicas, en especial La Paz y El Alto, reúnen una masa importante de amenazantes *kharisiris* en sus terminales de autobuses así como en la legión de minibuses que como plaga devastadora unen los diferentes barrios y poblaciones de El Alto y la Hoyada paceña.

II.3 Kharisiris....¿Degolladores?

Una de las identificaciones más frecuentes, según la literatura etnográfica sobre los *pishtaku* y *ñak'aq* del Perú, es la de ser degolladores; de hecho, las interpretaciones etnolingüísticas que hace Taylor (1991:3-6) sobre los dos términos quechuas en antiguos y modernos diccionarios giran en torno a esta idea del degollador o sacrificador ceremonial. Esta es una de las sorpresas importantes en lo que se ha considerado la variable aymara de la institución del degollador. Los *kharisiris*, *lik'ichiris*, *khariris* y *kharikharis*, al menos en sus versiones aymaras lacustres, no son

degolladores. Es decir no se comportan como hacen los *ñak'aq* y *pishtakus*.

"Los *nakaq* se visten de negro, están en la Puna, en un camino. En la noche asaltan a un hombre. Lo tumban al suelo. Sacan su machete de acero, tiran de los pelos y como un cerdito, ¡zas! Le abren el cuello. Su cuerpo lo ponen patas arriba, amarrados con una sogá, en fila a todos los muertos. Gota a gota la grasa va cayendo a unos recipientes". (Ortiz Rescaniere, *De Adaneva a Inkarrí*, tomado en Gutiérrez Estévez 2002: 90).

"Y sí ve que hay un *runa* que viene por el camino, se baja y espera en el camino, disque sale y saluda. Buenos días *tayta* y pregunta donde se va para ir a Achonga asisito no más pregunta cualquier cosa, a lo que se voltea para indicar el camino para Achonga ahí no más dice saca de su bolsillo una maquinita, asisito no más chiquitita, dice asisito no más una maquinita con puro numeritos, letras no sé qué más y clava en el espinazo no más. Así queda tieso el *runa*, al rato jala el *pishtaku* al *runa* hasta su cueva, ahí no más ha sabido ser como hospital, dice abre con su cuchillo al *runa* y chupa todito el sebo con un aparatito uno como embudo no más así dicen que es cómo será, después dice que guarda todo el sebo en unos pomitos. (Salazar 1991:10).

"Yo sé mucho de esto no sólo por lo que me contaron mis padres, sino porque cuando yo fui a trabajar a casa de un hacendado que era ya conocido como *nakaq*, llegué a su casa de un momento a otro y encontré en su casa a un hombre colgado, sin cabeza, y la grasa goteaba a un perol⁵⁶". (Szeminski y Anslion 1982: 210).

"Si sé de los famosos pistacos (*nakaq*). En el gobierno del Presidente Prado, estos hombres eran pagados por el gobierno del Presidente Prado, estos hombres eran pagados por el gobierno. No era pues cualquier hombre sino eran ellos fuertes, macetas, altos y blancos; incluso eran cuidados por el clero y bautizados para ese trabajo. Allá en ese cerro Cuchihuayacco y al frente, Cutupaita (nombre de los cerros), subida de Watatas, están esos lugares donde vivían los pistacos. A cualquiera que pasaba por allí éste descuartizaba, llevando a un inmenso penacho donde tenía preparado el lugar de su matanza. Una vez que lo descuartizaba

lo colgaba en unos eslabones, como a un carnero cortado por el largo de todo el pecho. Dicen pues que goteaba el aceite humano y éstos recogían en grandes vasijas para luego llevar el aceite humano al gobierno y ellos exportaban al extranjero en buenos precios. En estos tiempos estaban surgiendo las grandes máquinas en los países adelantados y mejor funcionaba con el aceite humano. Todo este trabajo de sacar aceite, lo hacían de día en pleno sol" (Ansión 1987:174).

No he recogido, en las narraciones aymaras sobre *kharisirís* recopiladas en el terreno, ni una sola que aluda a esta violenta actuación truculenta de los *ñak`aq* y *pishtakus* quechuas de los Andes peruanos⁵⁷. Esta obsesión por los cuerpos abiertos y la recolección de la grasa por goteo del cuerpo exánime de la víctima y troceado como si fuera una res, que se asemeja notablemente a las actuaciones peninsulares de los sacamantecas, no parece ahora, muy familiar en las comunidades aymaras del lago Titicaca. El *kharisirí* actúa de una forma taimada, con disimulo, adormeciendo a sus víctimas potenciales desde lejos⁵⁸, recordemos, rezando el Padre Nuestro, tres veces al revés, o espolvoreando sobre sus víctimas un polvo constituido, según diferentes versiones, con ceniza de huesos de difuntos y con restos del saco amniótico⁵⁹. La víctima se adormece y el *kharisirí* aprovecha para realizar su ataque discreto, apenas una punzada, con la que hace la extracción de grasa que precisa, habitualmente del costado derecho⁶⁰; la intervención es tan discreta que la víctima, a pesar de sentirse mal, no identifica la herida que le ha sido ocasionada a penas un moratón, una pequeña cicatriz, como comentan los dolientes y familiares.

No todos los *ñak`aq* y *pishtakus* actúan de la forma terriblemente agresiva que hemos visto. Los textos de Morote (1952) recogen informaciones de los Andes del Sur en los que los *ñak`aq* atacan a sus víctimas de forma semejante a como hacen hoy los *kharisirís* del altiplano boliviano. Hay que resaltar esta mayor afinidad entre *ñak`aq* y *kharisirís* de los Andes del Sur que puede darse por proximidad geográfica y cultural, marcando a la vez mayor diferencia con respecto a los *pishtakus* de los Andes Meridionales, Sierra de Lima, y del Norte peruano.

Este proceder es coherente con la repulsa que existe hoy en las comunidades aymaras por las aperturas corporales. La cirugía constituye una de las modalidades de actuación de la medicina occidental criticada con mayor ahínco por las comunidades aymaras quienes asemejan a los médicos y profesionales de salud, como veremos al final, con el propio *kharisiri*, a quien no en vano se le reconoce bajo el término castellano "operador". ¿Estamos ante dos formas diferentes de entender en los Andes la violencia corporal, una más partidaria de la exposición del cuerpo abierto con sus tejidos sanguinolentos y con abundante eferescencia de fluidos vertidos, y otra que mata lentamente, de forma "limpia" sin evisceración, de forma taimada, casi en secreto, sin apenas violentar el cuerpo de la víctima?⁶¹. ¿Se trata del acomodo entre dos formas amerindias de violencia corporal de matriz diferente, quechua y aymara? ¿Se trata de dos personajes desiguales?, o por el contrario de dos versiones de uno mismo como nos recuerda Vargas Llosa en el párrafo introductorio de este capítulo:

"...Tenía preparados sus polvitos de hueso de muerto y, al primer descuido, se los aventaba a la cara. Podía, entonces, chuparles la grasa. Después, los dejaba irse, vacíos, pellejo y hueso, condenados a consumirse en horas o días. Esos eran los benignos. Buscaban manteca humana para que las campanas de las iglesias cantaran mejor, los tractores rodaran suavemente, y, ahora último, hasta para que el gobierno pagara con ella la deuda externa. Los malignos eran peores. Además de degollar, deslonjaban a su víctima como res, carnero o chanchito y se lo comían. La desangraban gota a gota, se emborrachaban con sangre." (Vargas Llosa, *Lituma en los Andes*, 2001 [1993]:53).

¿Tenemos una versión benigna "indolora" aunque mortal, taimada y otra maligna del mismo personaje? O por el contrario...¿Se trata de la superposición en un mismo ser de dos expresiones distintas de ejercer la violencia, una de tradición peninsular, ibérica, bien correspondida en las versiones sobre el *sacamantecas* que gusta de las aperturas corporales y la exhibición de los fluidos humanos y otra escondida en los arropes del mis-

mo personaje, pero en este caso de tradición indígena, caracterizada por el proceder taimado, aprovechando el sueño que provoca en sus víctimas, sin violencia aparente, sin heridas abiertas, atacando el costado derecho de sus víctimas las noches de agosto?⁶² La extensión de la biomedicina con sus campañas de vacunación y el uso generalizado de las inyecciones y jeringas por el altiplano... ¿ha posibilitado un cambio en el proceder violento del *kharisiri*, desde la máxima exposición de los cuerpos abiertos, a la mínima que la jeringa permite?

Parece que se trata de dos procedimientos de actuación que convergen en diferentes áreas e informaciones etnográficas como aparece en los textos de Morote (1952)

"Se diría que presentan dos temores en forma distinta: El temor de una agresión brutal y súbita digamos el de ser muerto, el miedo a las maquinaciones oscuras, lentas e impenetrables, algo así como el temor a ser hechizado". (Bourricaud 1967:200)

Continuemos con el análisis. El proceder del *kharisiri* adolece de tres conceptos fundamentales que debemos ver con detenimiento: Sueño, costado derecho y agosto. La forma de violencia que hemos definido como "taimada" suele presentar estos tres rasgos comunes en su actuación.

El *kharisiri* ataca de noche aprovechando el sueño de sus víctimas o bien en cualquier lugar solitario⁶³. Salvo los casos de negligencia por parte de la víctima que se aventura de noche en lugares poco frecuentados, con abundancia de cuevas, en especial en agosto⁶⁴, encontramos otros casos de *lik 'ichados* y *khar-sutas*⁶⁵, víctimas del *kharisiri*, que lo han sido en pleno día y recuerdan sentirse cansados y echarse a dormir en cualquier parte. Hay que destacar lo inadecuado de esta práctica, tanto por la hora como por el lugar elegido para dormir. Es muy criticado por los aymaras cualquier rasgo de flojera (*jaira*) que se asocia con la pereza y la práctica del sueño fuera del horario socialmente aceptado para el descanso. Dormir, sestear en tiempo hábil es criticado duramente, incluso la comida de descanso en las faenas campesinas recibe la denominación significativa en las comunidades ribereñas del lago Titicaca de *saxra ura*, hora maligna, dañina,

porque perjudica el desarrollo del trabajo. Las muchachas que cuidan del ganado en los pajonales de las alturas y en los cerros son atacadas a través del sueño por el *anchanchu*⁶⁶. Es decir, el sueño inadecuado por el horario o por el espacio en el que se realiza pone en evidencia social al infractor que es susceptible de ataque por diferentes personajes maléficos del altiplano; en el caso del *kharisiri*, su intervención desde lejos produce un cansancio insostenible en su víctima que apenas puede resistirse. Lo cierto es que el sueño en las comunidades aymaras incorpora igualmente matices ceremoniales que hay que resaltar. Dicen los comuneros que cuando uno despierta del ataque del *kharisiri*, no recuerda lo que ha pasado y que sólo queda como testimonio de lo que ha sufrido un dolor intenso en el costado, generalmente en el derecho. Lo mismo sucede con aquellos que han tenido algún encuentro con el *anchanchu* casi siempre de noche y que han sido engatusados por él. Estos pobres diablos despiertan en algún lugar desconocido, completamente desorientados, algunos no recobran completamente la consciencia⁶⁷. Los propios *yatiris*⁶⁸ del altiplano son sometidos a una pérdida de consciencia semejante cuando son elegidos por el rayo en su iniciación ceremonial (Fernández Juárez 2004d:20; Huanca 1990:57); la diferencia importante es que mientras los *yatiris* reciben buena parte de su competencia ceremonial como consecuencia de esa pérdida inicial de la consciencia por parte del rayo, los *lik'ichados* y *kharsutas*, es decir, los atacados por el *kharisiri* son defenestrados, arrebatados sutilmente de su grasa y de su sangre y muertos irremediablemente con el paso de los días, sino se ponen en manos de un avezado *yatiri* para su cura. El sueño que el *kharisiri* provoca en sus víctimas por diferentes medios posibilita finalmente el éxito de su ataque taimado, desde lejos.

La identificación del *pishtaku* peruano con las representaciones sobre "el otro" y su perfil como sacrificador, son considerados en los diferentes trabajos del monográfico coordinado por Antoinette Molinié (1991)⁶⁹. Las formas del sacrificio en los Andes adquieren una relevancia importante en relación con el personaje que analizamos. Las comunidades andinas conocían el

degüello de las víctimas humanas tal y como demuestra el artículo iconográfico de Bellier y Hocquenghem (1991) entre los Mochicas como reflejan los motivos decorativos de los vasos cerámicos; sin embargo, según el testimonio de Guamán Poma (1987[1615]:962), parece ser que el sacrificio de los camélidos andinos en las prácticas ceremoniales de los grupos andinos bajo el poder incaico se caracterizaba por hacer hincapié en la apertura corporal en el costado por donde se extraía el corazón palpitante del animal; así nos lo cuenta el cronista:

INDIOS /QVE MATA EL CARNERO los carneseros como en tiempo de ydúlatra, mete la mano al derecho del corazón. Que no mate acá, cino como en este tiempo de cristiano que degüelle el pescueso del carnero que es hechisero ydúlatra que mata al uso antigo y sea castigado el yndio, yndia en este reyno/hichisos. "Ací comían sangre cruda y carne cruda primero, después comían cocido por la ley de los ydúlatras. Y acá de oy adelante, no mate por el corasón a los carneros, cino corten el pescueso y no coman sangre cruda ni carne cruda." (Guamán Poma 1987[1615]:962).

El degüello es la forma "cristiana" de ofrecer un sacrificio sangriento, mientras que la forma "idólatra" es la que se realizaba a través de la apertura del costado del animal para extraer el corazón²⁰. Así tenemos que el *kharisiri* se decanta, en la actualidad, por el uso "idolátrico" en forma de agresión por el costado de la víctima, mientras que buena parte de los *pishtakus* peruanos parecen decantarse por la forma cristiana del degüello sacrificial.

Estas actividades del *kharisiri* resultan particularmente frecuentes, las noches del mes de Agosto. Creo que es un asunto importante esta vinculación del *kharisiri* con las características específicas que Agosto supone en el altiplano aymara y en otras regiones de los Andes (Kato 1989:87-118). Agosto supone un período de gran intensidad ceremonial en el altiplano aymara. Es el momento en que la tierra (*pachamama*), según cuentan los aymaras, se "abre" para recibir las ofrendas rituales que necesita para recuperar su vigor y fortaleza una vez transcurrido el invierno. Por eso le dicen *lakani phaxi*, "el mes que tiene boca", otros le lla-

man "mes del diablo" y se evitan los enlaces matrimoniales en este período.

En agosto las familias aymaras realizan ofrendas ceremoniales en las chacras de cultivo y acuden a las cumbres de los cerros donde se encuentran los venerados *achachilas*, (tutores ceremoniales de la montaña), a realizar las ofrendas y quemar las *mesas* rituales⁷¹ con la intención de satisfacer el apetito ceremonial que las montañas y la tierra padecen antes de iniciarse el nuevo ciclo productivo; una vez efectuado el ritual, la tierra aparece simbólicamente preparada para que comiencen las labores de la siembra en todo el altiplano a partir de Septiembre y Octubre. La *pachamama*, "madre tierra" se "abre" el mediodía del primero de agosto. Es el momento óptimo para realizar las oblacones rituales y expresar al mismo tiempo los ruegos y deseos que se esperan obtener a lo largo del año. A la *pachamama* y a los *achachilas* hay que pedirles, con insistencia y comedimiento, que ayuden en el desarrollo del nuevo ciclo agrícola, que no falte la lluvia, que los cultivos crezcan y extiendan sus tonos multicolores por el altiplano en los meses de febrero y marzo, que el envidioso granizo no baile sobre las calaminas ni golpee las sementeras, que se vaya a otras comunidades, junto con la escarcha y la helada, sus "flojos" hermanos, a robar el fruto del trabajo humano. Todo depende del éxito de la ofrenda ceremonial, de la elaboración correcta y específica de los platos rituales, de la abundancia y calidad de las aspersiones ceremoniales y, por supuesto, de la acertada solicitud del oficiante ceremonial, el *yatiri*, quien debe conocer las aficiones culinarias rituales de sus comensales sagrados y rogar por los intereses de sus representados con la apropiada cortesía⁷².

En tiempo de agosto es el propio mundo aymara el que aparece abierto a los encantos del pasado, aparecen los "tapados" y tesorillos coloniales, las ciudades de los antiguos *chullpas* y de los incas, así como el "oro vivo", animales de oro que se mueven produciendo fulgores azulados la víspera del primero de agosto, todos ellos bajo el signo del "encanto"⁷³ (Fernández Juárez 1996b:221). La tierra está abierta, el mundo aymara proyecta sus vísceras antiguas, sus objetos del pasado sobre la superficie. La *pacha* está abier-

ta, como lo están a las mañan del terrible *kharisiri*, los cuerpos de los pobladores aymaras, cuya sangre adquiere una calidad inmejorable, según comenta Pedro Chura originario de Tuqi Ajllata, por la abundancia y variedad de los alimentos después de la cosecha (Fernández Juárez 1997:131;1996b 205-229). Agosto es tiempo de "encanto" igual que fascinados, encantados, hechizados, caen las víctimas del *kharisiri* ante sus artes cabalísticas.

En tiempo de agosto son varias las manifestaciones rituales aymaras que incluyen diferentes oblacones de sacrificio tanto cruentas como incruentas; tal vez, la más conocida sea la *waxt'a* o *mesa* que he comentado anteriormente, con una presencia extensa y amplia en las diferentes sociedades andinas. Junto a la *waxt'a* y en ocasiones complementándola se produce en los sectores ganaderos del altiplano, con presencia de auquénidos de altura, la *wilancha* o sacrificio de sangre de alguna llama o alpaca, preferentemente. De igual forma, la *wilancha* de agosto presenta un acusado reconocimiento en contextos mineros (Absi 2005:167-172). Como vemos, la *pachamama* precisa del ofrecimiento generoso de sangre ritual para retomar el ciclo productivo y ceremonial en el altiplano, no en vano es el primero de agosto cuando algunos comuneros consideran que el año se renueva. En este ámbito de sangre derramada y extensión generalizada de las ofrendas ceremoniales, el *kharisiri* realiza su particular cuestación de sangre y grasa de los seres humanos. Los animales, tratados como seres humanos en el sacrificio (solicitudes de perdón, agasajos con trago, *akulli* de hojas de coca) son degollados, y los seres humanos, animalizados a través de la violencia taimada del *kharisiri* son sacrificados, por su costado, a la manera de los propios camélidos andinos en las prácticas idolátricas⁷⁴.

II.4 Grasa y sangre

Hace unos años, participé en la Casa de América de Madrid, gracias a la gentil invitación del profesor Manuel Gutiérrez Estévez, en un seminario sobre medicinas indígenas. La invitación se hizo extensiva a un médico *kallawaya* natural de

Chajaya, así que emprendimos los dos juntos viaje a España desde La Paz. Al regreso, justo cuando embarcábamos en el avión de retorno a La Paz, vía Sao Paulo, Severino me dijo: "Compadre, va a disculpar, no he visto ninguna tawaquita⁷⁵ linda en la España, todas tan delgaditas, deben estar enfermas, seguro no saben trabajar". La delgadez en la mujer, es símbolo de pobreza, fealdad y enfermedad en términos andinos. La ausencia de grasa corporal refleja una morfología humana inadecuada en el caso de las mujeres, así lo refleja Alison Spedding (1994:126) en los sectores cocaleros de los Yungas paceños:

"El principio vital en los Andes no es la sangre (wila), sino la grasa (untu); ser gorda (lik'i) es deseable, mientras que flaca (t'ukha; se refiere a las mujeres flacas como "esa ch'arkhi", esa carne seca) es un término de desprecio. Las mujeres adoptan una postura con los hombros echados atrás, las caderas adelante, y la espalda cóncava, para hacer resaltar la barriga encima de la cinturilla de la pollera. La mujer bella es rolliza, con una barriga redonda que hace bajar por adelante su pollera. Las adolescentes son flacas, pero las casaderas suelen ser barrigonas; en las condiciones rurales, unos años de parir y amamantar (las guagas son destetadas cerca de los dos años de edad), combinados con el trabajo duro y la dieta pobre, las deja flacas y disecadas. Las familias campesinas exitosas siempre tienen hijos de lo más bien alimentados; cuando uno se encuentra con alguien después de mucho tiempo y se ve que ha aumentado de peso, se sabe que ha ganado dinero. En verdad si hubiera ganado gran plata y no hubiese engordado, todos lo hubiesen despreciado, diciendo que su plata no le sirvió para nada" (Spedding 1994:126).

La grasa⁷⁶ incorpora la fuerza vital y la pertenencia étnica en los Andes a través de los alimentos ingeridos en la dieta habitual campesina, como veremos luego. Las categorías cognitivas de la grasa y la sangre en las comunidades andinas, precisa de estudios etnográficos comparativos, todavía destacan las aportaciones de Bastien (1996 [1978] y 1986), para el sector *kallawayá* de Santa Rosa de Kaata:

"La sangre y la grasa dan poder al cuerpo: la sangre (yawar) es el principio de la vida y la grasa (wira) es el principio de la energía.

Hay varios tipos de sangre⁷⁷: fuerte, débil, asustada, y agotada. Los curanderos kallawayas siempre palpan el pulso del enfermo para determinar su tipo de sangre. Juan Wilka, un curandero kaateño, dijo que la sangre de Elsa Yanahuaya estaba débil porque un derrumbe la había robado y sustituido por agua. Los derrumbes, las inundaciones y las corrientes turbulentas se llevan a la tierra; y el agua, corriendo por el cuerpo en lugar de sangre es asociada con la pérdida de tierras- así como con la muerte. La asociación es que los kaateños se refieren a su linaje ancestral como vecinos de sangre (*yawar masikuna*) y que la sangre es un símbolo del derecho a la tierra. Un gesto importante del rito agrícola es rociar la tierra con sangre, vitalizándola con el principio de la vida del animal mientras, que a la vez, se ratifica una relación de parentesco con el cuerpo de la montaña "[...] "La grasa (*wira*) otorga poder al cuerpo, y se produce en las entrañas. Wiraqocha (Mar de Grasa) era el nombre de una divinidad importante y de un emperador. A los poderosos españoles se les llamaba Wiraqocha, y, hoy en día, los kaateños se refieren a los blancos con el mismo nombre. Las entrañas incluyen al hígado, páncreas, riñones, estómago e intestinos. En la ceremonia de la Tierra Nueva, Sarito lee el corazón y entrañas de la llama para determinar la vida agrícola (sangre) y la autoridad política (grasa) del ayllu". (Bastien 1996 [1978]:82).

Así pues para los kaateños, según el testimonio de Bastien, la sangre hace referencia al linaje y el derecho a las chacras de cultivo, mientras que la grasa lo hace con la fuerza, el poder y el ejercicio de la autoridad pública al tiempo que es generada en las entrañas, en los "adentros" del cuerpo. La sangre es sustituida por agua en los procesos de enfermedad similares al "susto", incorporando un vínculo importante entre la enfermedad, las entidades anímicas del ser humano y los fluidos esenciales, aspecto que retomaré luego. Las aspersiones ceremoniales de sangre pretenden revitalizar la tierra y acreditar el vínculo de parentesco con las montañas.

La pérdida de grasa o sangre es considerada motivo suficiente de enfermedad en los Andes y así se refleja en los comportamientos ceremoniales andinos orientados hacia la restitución de la salud.

"Los andinos creen que la sangre es limitada, y si pierden algo de ella, que no hay forma de recuperarla, excepto por transfusión"⁸, lo cual se compara con recibir oro[...] Los andinos a menudo atribuyen la enfermedad a la pérdida de sangre en el pasado. Es por esto que resulta difícil tomar muestras de sangre de los andinos." (Bastien 1986:11).

"Los andinos también creen que la enfermedad es provocada por la pérdida de grasa. La grasa es estimada en los Andes, donde hace frío por la noche y existen pocas fuentes de calor fuera del cuerpo humano. Wiraqocha es la palabra que significa caballero y literalmente significa Madre Grasa. Tradicionalmente Wiraqocha fue utilizado para las divinidades. Los miembros de las comunidades Qollahuayas frotan a una persona con grasa de llama para administrarle autoridad política y ritual. Los ritualistas andinos utilizan la grasa de llama como símbolo básico con la coca y la sangre. Un andino saludable se define como una persona con grasa, y adversamente un andino enfermo es una persona sin grasaLiquichado es una persona enferma cuya grasa ha sido sacada por un kharisiri [...] Comparativamente, existen ciertas diferencias entre la sangre y la grasa para los andinos. La sangre es limitada, que circula desde el sonqo (corazón) y tiene valencias (cálido, frígido, húmedo y seco). La grasa es aumentada, disminuida y almacenada en el cuerpo. Es semi-fluida, procesada de los alimentos en el sonqo (intestinos), distribuida a través de todo el cuerpo, almacenada en los músculos y fraccionada para producir energía". (Bastien 1986:12).

La presencia y empleo de grasas en los sacrificios andinos es un hecho que se puede constatar con permanencia en el tiempo, desde las crónicas coloniales hasta las monografías etnográficas contemporáneas (Girault 1988: 211-216). La grasa de llama, *llamp'u*, en las ofrendas a la pachamama y a los *achachilas* del altiplano aymara, incorpora un código gestual en el que los fetos (*qarwa sullu*) son embadurnados para que no estén secos, es decir para vivificarlos con el fluido que les corresponde. En los casos en los que se incluye algún huevo en la ofrenda, se embadurna igualmente con grasa de gallina. Es decir los ingredientes de las ofrendas rituales se ofrecen como si estuvieran vivos, pleotóricos de su energía y poder gracias a la grasa con que se untan.

Si los seres de "este mundo" *akha pacha* aceptan gustosamente la grasa de llama, también lo hacen con respecto a su sangre en las *wilanchas* características del mes de agosto. Los seres del mundo "de abajo y de adentro" *manqha pacha* gustan de la grasa de oveja, los antiguos *chullpas* en concreto, se decantan en las ofrendas registradas en las comunidades ribereñas del Lago Titicaca, por un cúmulo de grasas denominadas *ch'uqi lik'i* (grasas "crudas") constituida por una amalgama de grasa de oveja, vaca, chanco, gallina y conejo (Fernández Juárez 1995:175).

Los *ñanqhas* y *saxras* del altiplano, personajes malignos, rechazan el *llamp'u* y no tienen especial agrado por las grasas, salvo por el carneo y ofrecimiento de perros negros empleados en los procedimientos de "muerte cambio" en la limpieza ritual de enfermedades graves. Algunos especialistas rituales calman el hambre de los *saxras* de forma idéntica, en lo que a las grasas se refiere, a lo recomendado a los *chullpas*, incluyendo grasa de oveja y *ch'uqi lik'is* en sus platos ceremoniales. Los de la "gloria", rayos, vírgenes y santos, no aceptan *llamp'u*, salvo en la ciudad, y aparentemente se desentienden de las grasas de origen animal estableciendo su predilección por la fragancia del incienso y los licores refinados, como el vino dulce.

La transferencia de vida a los productos ceremoniales empleados en las ofrendas²⁹ se consigue impregnándolos en grasa y los oficiantes reciben de igual forma ese principio de fortaleza y vida que constituye la grasa, así lo recoge el excelente testimonio etnográfico de Rivière (1991:27):

"...cuando el oficiante extrae la *llika* de la llama, se cubre con ella el rostro y la parte de arriba del cuerpo para recibir (katuña) la "fuerza vital" del animal [...] Finalmente es con la grasa de llama que son confeccionadas diversas figurillas que entran en la composición de las misas rituales y las vuelven "activas". Utilizar grasa es insuflar la vida, restablecer la corriente de energía indispensable a las fuerzas del cosmos"(Rivière 1991: 27).

"La "transferencia" de la "fuerza vital" entre el animal y el hombre se produce también durante la castración, tal y como lo escribe R.Paredes: "el castrador de animales domésticos debe ser



Tratamiento ceremonial de un feto de llama en una ofrenda.
 Revitalización del feto embadurnado con grasa de llama.
 Fotografía: Gerardo Fernández Juárez

siempre gordo para que el animal castrado al dejar su virilidad en mano de aquél, reciba en compensación la grasa del cuerpo de éste, que se transmite sin que lo note. De aquí que el castrador, las más de las veces enflaquece y el animal engorda (1975[1920]: 97).[...] La *llika* es considerada como el único medicamento capaz de curar a la víctima del *lik'ichiri*. Recién extraída de la panza de una llama negra, se la coloca sobre la herida para que se restituya la grasa/ energía vital al cuerpo debilitado" (Rivière 1991: 27, nota 11).

El traslado de gustos del *kharisiri*, de la grasa humana a la sangre, en ciertos sectores del Lago Titicaca y en las barriadas de "residentes" urbanos de La Paz y El Alto, no es un asunto baladí. Es muy posible que responda a los procesos de contaminación cultural provocados por la expansión de la medicina científica y sus requerimientos hospitalarios, no es raro que resulte de un profundo proceso de aculturación de estos sectores próximos a las ciudades y vías de comunicación. En cualquier caso, los criterios morales, el acceso a la tierra y al linaje que la sangre expresa, en términos andinos, parecen captar ahora más la atención de los *kharisiris* lacustres que la diferenciación étnica, el poder y la energía como sostén vital que la grasa de los pobladores del altiplano representa. ¿Esta traslación del gusto, de la grasa a la sangre, implica un proceso de "aculturación"⁸⁰ de los *kharisiris* aymaras?

II.5 Los seres humanos: ajayu, animu y kuraji

El fluido humano que tradicionalmente ha interesado al *kharisiri* en sus artes ha sido la grasa. La grasa de los que comen *ch'uño* y mascan coca, como nos han indicado los informantes, es decir la grasa campesina, la grasa de los pobladores aymaras del altiplano (Spedding 2005:46). Este hecho incorpora en el análisis referencias concretas sobre la construcción étnica del "otro" que han sido analizadas en diferentes ocasiones y que afecta a la propia personalidad taxonómica del *kharisiri* (Rivière 1991, y el conjunto del monográfico coordinado por Molinié 1991 para *ñak'aq* y *pishtakus*⁸¹). La grasa indígena incorpora factores étnicos diferenciales respecto a la no indígena⁸², la grasa de los pobladores aymaras y andinos es seca por razones de su alimentación, mientras que la grasa de los mestizos y blancos es líquida y de mala calidad (Manya 1968:136; López García 2001:104). Julián López García (2001:103) establece de una forma precisa la constitución corpórea de los pobladores aymaras del lago Titicaca, en función de sus alimentos⁸³:

"Hay, por un lado, comidas para regar el cuerpo y hacer que la sangre circule; son comidas definidas como alimento y, por otro lado, comidas para fortificar el cuerpo, necesarias para el trabajo del campesino⁸⁴. Para los campesinos es básico comer en el altiplano productos esencialmente líquidos, mejor si son calientes (por lo que los "tesitos" y las sopas deben formar parte indispensable de las comidas); en estas sopas se valora que haya papas y ají fuerte: la temperatura por calor y ají, además de las papas, hacen que circule la sangre". (López García 2001:102).

"Tenemos, pues que el cuerpo jaqi se hace con alimentos húmedos y alimentos secos. Si los alimentos secos construyen el basamento necesario para el trabajo, consolidan la estructura, los alimentos húmedos, posibilitan la circulación de la sangre que se relaciona con los valores morales; lo seco hace que funcione congruentemente la materia, lo húmedo que funcione de manera pertinente el espíritu". (López García 2001: 103).

El *ch'uño* y los productos deshidratados constituyen parte fundamental en la generación de ese sebo seco que busca el *kharisiri*, al tiempo que los mates e infusiones calientes, los productos húmedos, facilitan la circulación de la sangre y el espíritu⁸⁵.

Vemos pues que el *kharisiri* pretende a través de la grasa, la fortaleza corporal de los aymaras (Rivière 1991:27) y a través de su sangre, hacer acopio de sus referentes morales y acceder a sus entidades espirituales que configuran conjuntamente la forma aymara de concebir el concepto de "ser humano", *jaqi*. Retomaré este aspecto del análisis posteriormente. Primero quiero acercarme a la definición de esa grasa peculiar a la que el *kharisiri* accede por el costado, generalmente el derecho, de sus víctimas.

El *yatiri* Macario Vargas considera que "más antes", cuando el *kharisiri* buscaba la grasa de la gente antaño, buscaba el "riñón"⁸⁶, la "tela" de los seres humanos; esa "tela" de las ovejas negras que se emplea en el tratamiento de los *kharisutas*, los que han sido agredidos por el *kharisiri*. "Más antes también negro de oveja, su tela hay que sacar, con eso hay que poner no más para curar" (Macario Vargas, Qurpa); esa "tela" no es otra que el redañón o mesenterio, ese tejido pleno de vasos linfáticos y células adi-

posas que unen los intestinos y el estómago con el abdomen. De hecho se emplea todavía, como nos cuenta el *yatiri* Macario Vargas en el tratamiento del mal atribuido al *kharisiri*. La *likawara*, como se denomina en aymara, de la oveja debe colocarse caliente sobre el lugar dolorido del enfermo, junto con incienso blanco, hasta que el tejido se seque por completo sobre su cuerpo (Huanacu y Pauwels 1998:126; Rivière 1991:26)⁸⁷.

El redaña constituye uno de los elementos esenciales en la recuperación del afectado por el mal del *kharisiri*. A pesar de la apreciación de Macario Vargas vinculando su empleo al pasado, todavía se utiliza en la actualidad.

El empleo de la *likawara* estaba relacionado con la actuación añeja en las primeras versiones del sacerdote como *kharisiri* y su interés antiguo por la grasa de los adentros de los seres humanos, su interés precisamente por el redaña inspirado bajo el préstamo "riñón".

En castellano "redaña" equivale a lo más interno y de más valor que posee la persona. "¡Tiene redañas!" se dice de la persona con bríos, con ánimo y valentía⁸⁸. El redaña se asocia por tanto con el coraje y el valor, es decir, con las entidades anímicas de los *jaqi* aymaras⁸⁹.

Uno de los rasgos del doliente afectado por el mal del *kharisiri* es la pérdida de bríos y valor para enfrentarse a la vida. La supuesta pérdida de sangre o grasa recluye a la víctima en su casa. El afectado carece de valor, el principal recurso energético y vital que posee la vida humana representada en la gordura, la grasa y la sangre (Bastien 1986; Szeminski 1987; Rivière 1991).

La grasa humana, especialmente la del redaña, parece apropiada para reflejar materialmente las entidades anímicas de los *jaqi* aymaras⁹⁰ que serán objeto de nuestra atención más adelante. La grasa del redaña, como el propio Macario Vargas nos ha explicado, hace referencia al pasado, y a la vez a lo más interno y valioso de las personas en su configuración como seres humanos⁹¹. La pérdida de las entidades anímicas que constituyen la persona, al igual que la pérdida de grasa o sangre en el caso de las víctimas del *kharisiri*, supone una enfermedad peligrosa que pue-

de ser mortal, provocando la consunción del enfermo, su paulatino agotamiento y secado⁹².

°El ánimo se llama *juchuy ajayu* (ajayu pequeño), y el alma se llama *jatun ajayu* (ajayu grande). Cuando una persona pierde su *juchuy ajayu*, él no muere, pero enferma, se desorganiza y su cuerpo empieza a secarse (la sangre se vuelve delgada, la piel empalidece, se manifiesta una extenuación general). Cuando una persona pierde su *jatun ajayu*, la persona muere porque su cuerpo se seca". (Bastien 1986:13,14).

La pérdida de grasa y el extravío de las entidades anímicas que integran el ser humano no son sucesos aislados y desconectados entre sí cuando se produce la agresión del *kharsiri*⁹³. Veámoslo con un ejemplo sacado de mis notas de campo⁹⁴.

II.5.1 Kharsuta, *lik'ichado*

Jacinto⁹⁵ es un joven aymara del altiplano. Vive en la comunidad de Qurpa, cerca del pueblo de Jesús de Machaca (provincia Ingavi del Departamento de La Paz). 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 hacia la ciudad resultó muy 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 por el suceso. A las pocas semanas un sarpullido encarnado erupcionó por todo su cuerpo produciéndole un malestar generalizado, pérdida de apetito y fiebre, dejándolo postrado en cama con ciertos resabios de dejadez y abulia. El médico de la posta, un facultativo de La Paz escasamente integrado en las costumbres indígenas, diagnóstico una varicela y no se ocupó más del asunto. Sin embargo Marta⁹⁶, la mujer de Jacinto, no se conformó con el diagnóstico y tratamiento recomenda-

do por el médico. En la mañana, antes de incorporarse al trabajo, se acercó a ver a su tío Macario, conocido *yatiri* del lugar. 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 su *ánimu*, entidad anímica, que había perdido en el viaje a La Paz. Por otra parte, debido a 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 llamar el "ánimo" de Jacinto, aprovechando que el equipo médico de la posta se encontraba en La Paz.

Macario en primer lugar realizó una consulta a las hojas de coca con la intención de asegurar el diagnóstico previo y confirmar el momento propicio para iniciar el tratamiento. A continuación elaboró una ofrenda compleja (*Waxt'a*), 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 locales), *pachamama*, *ch'uwa achachilas* (manantes de agua), *chullpa awichas* (restos arqueológicos) y *waras waras* (estrellas). La elaboración de la ofrenda considera a todos los comensales pertinentes, realizando un círculo en sentido levógiro, contrario a las agujas del reloj, y cumplimentando 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 hermético, "cerrado" para que resulte eficaz. Ningún comensal que no haya sido expresamente invitado puede presentarse al agasajo que Macario efectúa al elaborar la ofrenda.

Una vez elaborada la ofrenda, Macario se la entrega al adormilado Jacinto para que la retenga contra su pecho, sobre su "corazón" concretamente. A la medianoche se dispone a llamar su "ánimo". 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 Nico-

lás⁹⁷ y unos claveles blancos. Sobre la superficie del gorro, una campana y un espejo. Con todo el conjunto sale al exterior de la posta. Es noche cerrada, hacemos lo imposible por no atraer la atención de los perros cuyo ladrido es considerado pésimo augurio. Deposita todo el conjunto sobre el suelo. Tras efectuar una *ch'alla* de alcohol para los *achachilas* y la *pachamama*, otra de vino para las *waras waras*, 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 "animo". "Jacinto, Jacinto, Jacinto animupa jutam, jutam, jutamay", ("Jacinto, Jacinto, que regrese el animo de Jacinto, que regrese no más"). Deposita la campana junto con 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 preparado. 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 somnoliento enfermo y tocando la campana sobre su cabeza le coloca el *lluch'u* repitiendo su nombre⁹⁸ "¡Jacinto, Jacinto!". Con el nombre de Jacinto le ata un trozo de *kaytu*, hilo trenzado de lana de oveja, sobre el cuello. Le muestra el pequeño espejo obligando a Jacinto a que se vea y reclamando al "animo" 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, solo 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 retira-

mos de la posta bien entrada la madrugada con un frío gélido que nos sacude los huesos. El 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 en aproximación inquietante y recortándose contra las luces de nuestra linterna sombras amenazantes que Macario no duda en relacionar con el propio *kharisiri*.

La afección de Jacinto implica tanto a la pérdida de su grasa, como al extravío de sus entidades anímicas⁹⁹. En realidad, los campesinos del área de Jesús de Machaca así como los del sector lacustre de Santiago de Huata y Achacachi entre los que más tiempo he compartido, no emplean el término castellano "alma" para referirse a las entidades anímicas que cada ser humano posee y necesita para subsistir¹⁰⁰. El término "alma" se aplica a los difuntos en su visita anual para Todos Santos (Fernández Juárez 1998c). De forma genérica, las entidades anímicas que poseen los seres humanos reciben la denominación de *ch'iwí*; "sombra"¹⁰¹, siendo tres (*kimsa ch'iwí*) las entidades que los aymara de las comunidades lacustres del Titicaca poseen, con la característica de ser sombras gemelas entre sí y con respecto a su propietario, por cuanto constituyen su "doble" animado¹⁰². Los seres humanos del altiplano aymara, están constituidos por tanto, por un cuerpo carnal y sus tres "sombras" gemelas o *kimsa ch'iwí*.

El concepto de "sombra" en el mundo occidental, se ha emparentado con el de "alma" en la tradición aristotélica-cristiana¹⁰³ y ha supuesto un recurso intelectual eficaz para explicar el origen de la pintura y la representación en el mundo occidental (Stoichita 2006:15-45). La sombra como "doble animado" forma parte de la tradición occidental desde el pensamiento latino como reflejan algunos textos de Plinio el Viejo (Stoichita 2006:22) e incluso forma parte de las narraciones románticas europeas¹⁰⁴; en ese sentido, el cuerpo como receptáculo del alma es algo conocido en la tradición occidental. La salvedad estriba en la consideración extraña y siniestra de la sombra; es decir, frente a la imagen especular que confirma los rasgos de identidad con el modelo original, la sombra ha sido interpretada como doble ani-

mado, como representación de las interioridades de la persona y por tanto como ámbito de expresión del alma, pero a la vez considerada con cierto temor y ambigüedad. La "sombra" es reflejo de "lo otro", de la alteridad en la representación, cobrando autonomía con respecto al cuerpo, de tal forma que son numerosos los relatos sobre personajes que pierden su sombra¹⁰⁵, que la persiguen o combaten con ella, como si en lugar de formar parte de sí mismos fuera ese doble rival "extraño"¹⁰⁶ que nos acompaña de lejos adherido a la planta de nuestros pies (Stoichita 2006).

Sin embargo, la versión aymara de las *kimsa ch'iwis*, formula una realidad diferente¹⁰⁷ al expresarse fuera del cuerpo, en su proyección, concentrándose en la sombra de los seres humanos, lo cual explica en parte su querencia al extravío. Las "sombras" no son el "alma" ni lo representan como en la tradición occidental, de hecho el término "alma" se emplea en el altiplano lacustre en referencia a los difuntos¹⁰⁸.

Estas *ch'iwis* son idénticas en su perfil y apariencia formal a la persona original que las reúne y posee; constituyen sus dobles animados. Lo que sucede a las "sombras", lo sufre la persona. En el ritual de recuperación de las "sombras" de Jacinto, tras asustarse y ser agredido por el *kharisiri* en el hospital de La Paz, como hemos apreciado anteriormente, el *yatiri* Macario Vargas dispone sobre un tapete en el suelo, una serie de elementos rituales que acomoda sobre la ropa del enfermo, entre los que destaca un espejo. Todo el conjunto se dispone lejos del enfermo en el lugar donde éste se asustó con la intención de que su "sombra", al acercarse una vez conjurada por el *yatiri* con su nombre y con los toques de campana, se mire en el espejo y pueda reconocer su propia semejanza e identidad humana con el enfermo que aguarda en casa su retorno; es decir, no es el ser humano doliente quien se mira en el espejo, sino la "sombra" la que debe acreditar su similitud con su doble humano, si bien este gesto acentúa cierta ambigüedad con respecto a quien es el original y quien el simulacro ¿La *ch'iwí* perdida o el enfermo carnal que espera su regreso?. La "sombra" capturada o engañada parece encontrarse ajena al peligro que le amenaza de ser devorada por los seres tutelares

del altiplano, no falta quienes consideran que se encuentra inconscientemente feliz, lejos de la "atadura" de la persona, es la "sombra" quien reconoce su apariencia humana mirándose en el espejo, pensada como "otro" al extraviarse, el procedimiento ritual permite su reconocimiento como "si mismo" con el enfermo que espera en su casa. Tras el ritual, la sombra es reintegrada en su cuerpo de distintas formas, el nombre, el espejo, el tacto de la rupa y luego en la casa, tomando los mates de flor de clavel y pan de San Nicolás, mostrándole el espejo de nuevo al enfermo para que se reconozca así mismo; la enfermedad por el extravío de la *ch'iwí*, ha hecho "otro" lo que es "si mismo" y la terapia consiste en ese mutuo reconocimiento entre el ser humano y su doble animado que se extravió, cumplimentando en la terapia el sentido de la identidad múltiple que presentan los seres humanos a través de la triple referencia de sus *ch'iwis*.

El número y descripción de estas entidades anímicas de los pobladores del altiplano presenta diferentes matices y denominaciones¹⁰⁹. Gregorio Mamani, *yatiri* de la comunidad de Kajiata, valora cuatro entidades anímicas en los procedimientos rituales que realiza para los residentes aymaras en el sector de Faro Murillo de la barriada de Villa Dolores en El Alto de La Paz. Gregorio denomina a estas entidades: *ajayu*, *animu*, *coraje* y "ángel de la guarda".

Carter y Mamani (1982:348-350) en la comunidad de Irpa Chico recogen la siguiente información:

"Cuando se le pidió una definición del alma a Saturnino Choque, un informante de 18 años, dijo que todo hombre tiene cuatro: el *ajayu*, el *jañayu*, el *coraje* y el *ánima*. Todos ellos tiene forma humana y corresponden todos a la palabra castellana de "alma" que a su vez es la sombra del hombre. Un segundo informante Epifanio Condori (27 años) enumeró las mismas cuatro almas, pero afirmó que el *ajayu* era el que equivalía especialmente al "alma". Decía que cualquiera de estas cuatro podía perderse conduciendo a la enfermedad" [...] "La imagen más completa del alma y de mayor consistencia interna fue la que describió Cornelio Caranavi, un *yatiri* y adivino de avanzada edad. El decía que todo hombre tiene cinco almas: el *ajayu*, el *ánima*, el *ja-*

ñayu, el qamasa y el coraje. El más importante de todos estos es el ajayu- la sombra principal del hombre. Cuando desaloja el cuerpo, la persona se enferma con gravedad, y puede llegar a morir. Dicho fenómeno puede producirse a causa del "susto", y en consecuencia la persona se pone tremendamente nerviosa y temerosa. Otro síntoma de la pérdida del alma es la aparición en el cuerpo de manchas rojas como si hubiera sido maltratado. El ánima es la sombra pequeña que todo hombre posee. Es posible perderla a esta también, pero el llamarla nuevamente es relativamente fácil. La pérdida del ánima nunca conduce a la muerte porque el cuerpo aún posee su sombra grande o ajayu. El jayañu es un alma de menos importancia aún. Uno puede perderla también a causa del susto, lo cual se manifiesta en leves dolores de cabeza y mareos. El qamasa se revela principalmente en la habilidad del hombre para impresionar e intimidar a los demás. Un hombre altivo y despótico tiene el qamasa grande y fuerte; un hombre tímido es de qamasa débil. Como en el caso de las demás almas el qamasa puede perderse. Cuando esto sucede la persona se deprime y pierde los ánimos y la confianza en sí misma. La última de las cinco almas, el coraje, es precisamente el valor, el alma que ayuda a las personas a enfrentarse con los que tienen qamasa grandes y fuertes. El que tiene el coraje bien desarrollado no se asusta fácilmente, casi nunca se enferma, ni tiene miedo de caminar solo de noche. Es audaz y no teme a nadie ni a nada". (Carter y Mamani 1982:349-350)

A pesar de esta amplia diversidad de entidades anímicas, coinciden en nuestras apreciaciones al reconocer cómo la versión más documentada y frecuente es la que se refiere a una tríada de entidades anímicas humanas, siendo la denominación habitual: Ajayu, Animu y Coraje.

"Parece significativo, sin embargo, que todos los informantes estén de acuerdo en tres de los conceptos del alma: el ajayu, el ánima y el coraje. Cada uno de estos se interpreta como un declive relevante en la pérdida del alma. Los conceptos de qamasa y de jayañu parecen tener una importancia más bien secundaria y seguramente serán los primeros en desaparecer de un escenario donde el sincretismo va reduciendo cada vez más las creencias a favor de la eficiencia, donde se van introduciendo

otros conceptos confusos y donde los mayores de la sociedad están transmitiendo solamente lo más fundamental a todos que no sean los especialistas religiosos auténticos" (Carter y Mamani 1982: 350).

Cada una de estas tres "sombras"¹¹⁰ recibe, en las comunidades aymaras cercanas al Lago Titicaca, una denominación específica¹¹¹: La primera y más importante es conocida como *ajayu*, término antiguo recogido por Bertonio (1612/1984, II: 108) que define como "*Hahayu: La sombra de todas las cosas*"¹¹². El *ajayu* es la sombra principal, su pérdida¹¹³ implica la muerte irreparable del doliente¹¹⁴. Las otras "sombras" o *ch'iwis* reciben denominaciones prestadas del castellano, tal es el caso del *animu*, "animo"¹¹⁵, de carácter secundario frente a la primera, su pérdida puede ser corregida puesto que existe un plazo de tiempo pertinente en que el "animo" se presta a ser restituido al doliente para su cura satisfactoria; sin embargo si no se toman las medidas oportunas a tiempo la pérdida del "animo" puede provocar una grave dolencia en el paciente, al demorar su atención, circunstancia que facilita el que el "animo" se encuentre lejos y que haya sido devorado en un porcentaje que hace imposible su retorno¹¹⁶, especialmente si ha sido comido "su corazón", o si el "animo" una vez ingerido ha sido ya excretado; en ese caso no es posible hacer retornar el "animo" y el paciente no puede esperar otra cosa salvo una muerte certera¹¹⁷. La tercera de las "sombras" recibe la denominación de *kuraji*, "coraje" 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". En algunas ocasiones es posible encontrar otras denominaciones prestadas del castellano en lo que a la denominación de las "sombras" secundarias se refiere, tales como *ispiritu* "espíritu" y *anjil tila warta*, "ángel de la guarda".

"Espíritu existe tres no más como *ajayu*, *kuraji* y *animu*, tres no más, 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, 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 [...]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 no más, pero *ajayu*, ya no; es incurable. Incurable, ni médico, ni maestro ni 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 sirve. Entonces, cuando es *kuraji* nomás uno se cae... alguien le asustó, ese no más es fácil. Ese rapidito no más. Entonces ese [el coraje] puede aguantar meses, semanas, puede tardar ese *kuraji* ¡tarda! Hay que llamarlo eso, pero no pasa nada, se puede curar no más ese. Y el *animu* es cuando uno es nervioso nomás ¿no? Nada más. No es tan grave eso. Aunque sólo lo llama [sin maestro, uno sólo]...entonce vuelve no más. Con maestro siempre o uno sólo también puede, porque se nota, hablan." (Alfio Vargas, Qurpa)

Los *kimsa ch'iwí*, presentan una caracterización morfológica peculiar; constituyen "dobles" de la persona a la que pertenecen, como si se trataran de ropa superpuesta sobre su propio cuerpo. Su conformación se puede apreciar en las tenues variaciones de luz que se observan en la sombra de los seres humanos¹⁸. La sombra oscura e interior es el *ajayu*, la intermedia y semi oscura es el *animu* (ánimo) y la más exterior y clara, el *kuraji* (coraje), si bien, las posiciones de las dos más externas, en algunas informaciones, aparecen intercambiadas. En cualquier caso sí parece evidente el contraste entre el *ajayu*, la sombra principal oscura e interna y las otras dos "sombras" castellanizadas, tanto en la posición relativa que ocupan, más externa, como en los matices de color (Crankshaw 1990:104).

"Así hablamos nosotros de "espíritu", de *ajayu*; Más primero es *ajayu*, de *animu* [ánimo], también *kuraji* [coraje]. Como decimos ahora estamos rezando de Dios, Dios *awki*, Dios *yura*, Dios

ispiritu santo, igual no más es tres [Padre, Hijo y Espíritu Santo]. Igual que Dios, tres también, una persona sólo, igual nosotros tenemos tres estrellas...¡igual!" (Macario Vargas Barroso, Qurpa)

"Hay una imagen dentro de nosotros, no sé si alguna vez se haya notado que cuando es un *ch'iwí* [sombra] tiene tres *ajayus*. Una sombra, uno es más oscuro, el otro es semioscuro, el otro es muy clarito. En un *ch'iwí* 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 no más". (Alfio Vargas, Qurpa).

"Tres son los *ajayus*, se ven en la sombra de la gente, tres colores, así dicen los brujos" (Mario Kuka Laura).

La estrategia de restitución de la entidad anímica 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 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 propietario¹¹⁹. Posteriormente tiene que reconocerse a sí mismo en el doliente. Para ello el *yatiri*, 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 ceremonialmente azuzados 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 sensitivas: su "doble", es decir, el cuerpo físico del enfermo.

¿Dónde se encuentran las *ch'iwí*? Además de considerar la sombra física de los seres humanos como el modelo configurativo donde se ajustan las *kimsa ch'iwí* (*ajayu*, *animu* y *kuraji*), otras versiones, particularmente las que debemos a Bastien (1986; 1987) y sus seguidores, caso de Oscar Velasco (2006) localizan el *ajayu* en el corazón de los seres humanos. Bastien (1987) sitúa en el *chuyma* la localización de las "sombras" que denomina *mā ajayu*, (primer *ajayu*) *pā ajayu* (segundo *ajayu*) *kimsa ajayu* (tercer *ajayu*); el *chuyma* es un lugar inespecífico dentro del organismo que facilita el contacto con los principales órganos corporales del ser humano potenciado el intercambio de fluidos corporales.

La verdadera amenaza para las "sombras" procede por parte de sus agresores que las buscan penetrando en el corazón de las personas.

"Saxras se llaman esos "malifños" (malignos), saxra, fianqha, diablo, "malifño", algunos dicen Satanás. De saxra agarran pues los "ajayus", sus "animus", su "ispiritu" siempre. Eso no más 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).

El corazón de los seres humanos, *chuyma*, parece alojar, según estas versiones, al conjunto de las "sombras" y constituye el objeto de deseo de los seres tutelares andinos (Polia 1998; Bastien 1986). El corazón no sólo sirve de asiento para las "sombras" si no que es el órgano físico relacionado con el conocimiento, la sabiduría y la prudencia. *Chuymani*, literalmente, "el hombre que tiene corazón", se aplica a los ancianos y a los sabios (De Lucca 1987:40).

"[El *ajayu*] está metafóricamente ubicado en un sitio que se encuentra entre el corazón y los pulmones (en aymara emplean la idea que está entre "Lloq" y "Chuyma", en quechua expresan que

está entre "Sonqo" y "Samay"). En esta situación, Ajayu o Ánimo cumpliría una función de agrupar, de aglutinar las partes del cuerpo, y darle un sentido de unidad (Oscar Velasco 2006).

Por otra parte, Ludovico Bertonió (1612) asigna al corazón todo lo relativo al ánimo, por un lado, así como a las vísceras y las entrañas, del cuerpo, es decir con todo aquello que está dentro del individuo, dentro de su cuerpo, dentro de la persona.

"Chuyma: Todo lo perteneciente al estado interior del ánimo bueno o malo, virtud o vicio, según lo que le precediere y para que se entienda ponemos algunos ejemplos tocantes al cuerpo y al animo" (Bertonió 1612/1984, II:94)

Esta asignación del corazón como centro de la persona¹²⁰ y lugar donde al parecer se alojan las "sombras" de los seres humanos que son pretendidas para devorarlas por los seres tutelares altiplánicos, adquiere cierta significación amerindia si tenemos en cuenta los ejemplos de la etnografía mesoamericana (Pitarch 1996a; 1996b; Guiteras 1996).

Por tanto la situación de las sombras altiplánicas adquiere una existencia dual, por un lado en el interior de la persona, en su corazón, *chuyma*, por otro su referencia externa, *ch'íwi*, sobre la que se aprecia el contraste de matices que la luz provoca entre el *ajayu* interno y el "coraje" externo.

Macario diagnosticó que el estado de postración de Jacinto era debido al abuso que contra su persona había cometido el *kharisiri*; sin embargo el primer procedimiento terapéutico efectuado por el *yatiri* resultó a favor del *animu* de Jacinto. La primera preocupación terapéutica de Macario fue por la entidad "espiritual", anímica extraviada de Jacinto y sólo después, en segundo lugar, por su cuerpo físico dolorido. Una vez restituida la "sombra" se atendió a la especificidad patológica que ocasiona el *kharisiri* sobre el cuerpo del paciente. La actuación del *kharisiri* sobre la grasa o la sangre de su víctima igualmente supone el extravío de sus *ch'íwis* provocándole "susto".

II.5.2 Kharisuta: "asustado"¹²¹

Las aflicciones, enfermedades y dolencias más graves, tal y como son concebidas en el altiplano no son tanto las que afectan al cuerpo físico del enfermo como al extravío de las entidades anímicas que se pierden (*kima ch'iwí*) y que generan signos y síntomas sobre el cuerpo del doliente. Son diferentes las circunstancias que ocasionan este tipo de dolencias (Fernández Juárez 1996a; 2004c; Aguiló 1986; Frisancho 1988:20-21) conocidas como *katxyas*¹²² en el altiplano aymara. En este sentido la actuación del *kharisiri* provoca el susto en el enfermo y como consecuencia la pérdida de alguna de las entidades anímicas que configuran el ser humano entre los aymaras, al tratarse del mal del *kharisiri*, constituye una de las modalidades más graves y que mayor preocupación provoca entre los familiares de la víctima; esta repercusión de la actuación del *kharisiri* sobre su víctima ocasionándole también "susto" incide en la estrecha relación existente entre la grasa que el *kharisiri* persigue y el conjunto de las *ch'iwí*, las entidades anímicas que constituyen la persona en el altiplano. La sintomatología del asustado gravemente y la del *lik'ichado* resultan similares. La enfermedad del *kharisuta*, la persona víctima del *kharisiri*, afecta igualmente a las *ch'iwí* de su víctima; el enfermo se debilita, pierde apetito, se consume, se va secando¹²³, no duerme, adolece de flojera, es incapaz de afrontar las responsabilidades diarias, tan sólo quiere dormir hasta que fallece. Cuando Macario Vargas llamó el *animu* de Jacinto ya estaba tratando adecuadamente la dolencia provocada por el *kharisiri*. Existe una relación estrecha entre la grasa del enfermo, aparentemente el objeto de interés exclusivo por parte del *kharisiri*, y sus "sombras" extraviadas. Perder alguna de las entidades anímicas que configuran el ser humano en el altiplano puede resultar dramático entre las poblaciones aymaras, casi tanto como perder la propia grasa corporal. Con la grasa sucede algo semejante a lo que ya hemos tenido ocasión de analizar con respecto a las entidades anímicas. La grasa humana resulta esencial para la vida. A través de la grasa humana, en pequeñas dosis, es posible acceder a su propietario con la intención de dañarlo o hacerlo en-

fermar. Esto es lo que en definitiva resulta de la actuación de los *kharisiris*.

La posibilidad de materializar las entidades espirituales, "sombras" de los seres humanos a través de la grasa no parece constituir novedad alguna en los Andes, tal y como aparece reflejado en la crónica de Arriaga en el primer tercio del siglo XVII¹²⁴:

"...antes de que fuese el visitador Hernando de Avendaño hicieron su sacrificio y le quemaron, como ellos dicen su alma, haciendo un bultillo 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".

La persona que pierde una de sus "sombras", pierde el valor, el coraje, y el ánimo para enfrentarse a las responsabilidades diarias; quien resulta atacado por el *kharisiri*, pierde su grasa o su sangre, con idénticas consecuencias en lo que respecta a la sintomatología de su dolencia y a la ineficacia de su vida social porque sus entidades anímicas resultan igualmente agredidas. Existe una relación directa entre las *kimsa ch'iwí* (*ajayu*, *animu* y *kuraji*) y la grasa y sangre humanas en tanto unas y otras especies resultan vitales para la existencia¹²⁵. La consecuencia extrema de su pérdida o extravío, en ambos casos, resulta la muerte del paciente. El tratamiento ceremonial incluye de forma explícita toques de campanas y rogativas que pretenden el regreso de la *ch'iwí* extraviada sobre el enfermo, mientras que el afectado por el *kharisiri* ha de permanecer ajeno a su dolencia para poder recuperarse. El *kharisiri* arremete en secreto contra su víctima e igualmente en secreto es posible atenderla con garantías de curación. El impacto del "susto" sobre la víctima "abre la puerta a la enfermedad" como indica Óscar Velasco (2006). Veamos las tablas comparativas que sobre la enfermedad del *kharisiri* y el "susto" realiza el médico y antropólogo Óscar Velasco (2006) combinando las apreciaciones de la etnomedicina con respecto a las de la biomedicina o medicina "científica".

"LIK'ICHADO"
 ("Que le robaron la grasa")(*)

Medicina tradicional andina	Medicina moderna
NOMBRES "Lik'ichado", "K'arisiri" (aymara), "Kari Kari", "Karirado" (quechua)	CUADROS SIMILARES Tuberculosis renal? Enfermedad de Addison? Anorexia nerviosa?
ETIOLOGÍA Un "K'arisiri" ("ladrón de grasa") (1) (2) punzó al individuo con un cuchillo especial, generalmente en la espalda, cerca de las fosas renales, y le robó la grasa (de su cuerpo). Se dice que la grasa humana es muy buscada para brujería (), en especial la grasa que está sobre los riñones (las suprarrenales?). Se interpreta que en la mayoría de los casos, el enfermo perdió su "Ajayu" o Ánimo	ETIOLOGÍA Bacilo de Koch (casos de tuberculosis extrapulmonar) Insuficiencia suprarrenal consecuente con TB renal Depresión endógena?
SINTOMATOLOGÍA ... "El enfermo" pierde sus fuerzas". "Ya no puede trabajar". "No siente hambre". "Enflaquece rápidamente". "Su piel se oscurece". "Su orin cambia (de aspecto?) ... "siente mucha pena". "Tiene mucho miedo" (está temeroso). ... "Vive cansado... hasta que muere" (Esto puede suceder en un plazo aproximado de 2 años, pero no es invariable, hay casos sin fallecimiento)	SINTOMATOLOGÍA En general: astenia, anorexia, adinamia, pérdida de peso, pérdida de tejido graso con atrofia de la piel. Cambio en la coloración de la piel, generalmente con oscurecimiento de la dermis. Otros cuadros según el cuadro de origen (por ejemplo, melancolía, depresión, cambios de humor...)
DIAGNÓSTICO La familia sospecha por aparición de algún signo en la piel de la espalda baja, que denuncia la introducción del objeto punzante con que el "K'arisiri" habría atacado al enfermo. También se sospecha si en la zona de la comunidad hay comentarios de que	DIAGNÓSTICO Por los síntomas clínicos Pruebas laboratoriales para detectar el agente causante o la pérdida funcional de órganos afectados

<p>ronda por la región un "K"arisiri". Si el enfermo estuvo de noche en una zona donde hay "ladrones de grasa" (por ejemplo, si durmió en el camión en Patacamaya, Challapata o en comunidades donde hay información sobre K"arisiri).</p> <p>El curandero busca otras señales en una muestra de orina a la que echa <i>flor de azufre</i>, y hace adivinación en coca.</p>	
<p>PRONÓSTICO Generalmente malo. La actitud del curandero y de la familia suele ser pesimista. Se cree que pese aun buen tratamiento, la mayor parte de los casos al final muere. Al perder la grasa, el individuo puede perder su ánimo</p>	<p>PRONÓSTICO Depende mucho de la etapa en que se diagnostica la enfermedad. Hay posibilidad de que un tratamiento médico bien orientado o un procedimiento quirúrgico mejoren la posibilidad de supervivencia y mejoría.</p>
<p>TRATAMIENTO Ritual. Se ofrece en trueque la vida de un animal por la del enfermo. El ritual trata de reponer la grasa que le "robaron" al enfermo, generalmente el curandero prescribe la ingestión de grasa y vísceras aun calientes de determinados animales (que deben ser negros). Si el curandero determina, además, que el enfermo perdió su "Ajayu", realiza otro ritual para reingresarle a su cuerpo. Esta situación se dice que agrava el cuadro y pone al enfermo en situación más crítica</p>	<p>TRATAMIENTO Tratar la causa (por ejemplo, la TB) Tratar las complicaciones Dieta En casos de depresión, terapia medicamentosa y de apoyo psicológico</p>
<p>PREVENCIÓN Alejarse de los sitios donde se sabe que ronda un "K"arisiri. No dormir solo en el campo o en sitios no conocidos (No cambiar de religión. No cambiar hacia lo occidental, o no atacar a la cultura)</p>	<p>PREVENCIÓN Vacunación con BCG en la niñez. Higiene mental</p>

(*) Elaboración e interpretación de Oscar Velasco (2006)

"SUSTO" (*)

Medicina tradicional andina	Medicina moderna
<p>NOMBRES "Kattjiata" (aymara), "Japeqa", "Mancharisqa", "Jalp'a Japisqa" (Agarrado por la tierra)(quechua).</p>	<p>CUADROS SIMILARES Síndrome Histérico. Neurosis de ansiedad.</p>
<p>ETIOLOGÍA.- "Salida del AjaYu" o "Ánimo", consecuente a: - Sobresalto (ver un lagarto amarillo, ver un sapo, ver un fantasma, el destello de un rayo, pasar una situación de peligro, tener un accidente, ser atacado por un animal o persona, pasar la noche en un lugar desconocido, estar junto a un "loco". - Al pasar de noche junto a un cementerio o enterratorio, velar solo aun recién fallecido. - Otra enfermedad no bien definida (para el curandero que trata)</p>	<p>ETIOLOGÍA Episodios reales o imaginarios que alteran el equilibrio psíquico, sobre una base de personalidad psicopatológica, o un estado de tensión llevado al extremo. - Otra enfermedad no bien definida.</p>
<p>SINTOMATOLOGÍA "... (el enfermo) solo tiene pena", "No tiene ganas de comer ni trabajar"... "no puede dormir"... "no se interesa por nada"... "se olvida de todo", "tiene temblores" (tics nerviosos). "Tiene mucho calor interior y suda mucho"... "puede tener diarrea". "Puede estar estreñido"... "Enflaquece mucho"... "se consume poco a poco hasta morir". "Cambia su manera de ser"... "Actúa de manera diferente a como era"... "habla cosas que no se entienden"... "Se pellizca su cara"... "se hace daño a su mismo"... (De acuerdo al tiempo que transcurre des de que se inicia la enfermedad)</p>	<p>SINTOMATOLOGÍA Alteraciones del comportamiento en el individuo. Aparición de fobias, alucinaciones, alteraciones de forma, contenido o curso del pensamiento. - Síntomas de distonía neurovegetativa. - Alteraciones del sueño -vigilia</p>

<p>DIAGNÓSTICO Lo realiza un curandero (del tipo Yatiri o Chaman, que hace ritual). "Se sospecha cuando la persona se pone penosa" - "El curandero pregunta a la coca para saber porqué causa salió el Ajayu (Animo), el lugar donde está retenido y lo que hay que hacer para hacerlo entrar al cuerpo de nuevo"</p>	<p>DIAGNÓSTICO Clínico, en base al cambio de personalidad del individuo y las relaciones con su medio ambiente familiar y social</p>
<p>TRATAMIENTO Ritual: recuperar al Ajayu y reingresar-lo en el cuerpo del enfermo. Participa toda la familia en forma activa. Se ofrece en trueque la vida de un animal por la del enfermo. El curandero ayuda haciendo que el enfermo coma ciertos alimentos o preparados especiales. El ritual busca que el enfermo y su familia sean perdonados por faltas u omisiones hacia las divinidades que la comunidad respeta, o cualquier otra causa para el susto. Busca también reforzar la cohesión familiar haciendo que los familiares "ayuden" en el ritual de curación</p>	<p>TRATAMIENTO Psicoterapia de apoyo. Terapia de grupo. En caso de necesidad se usa terapia medicamentos. (psicotónicos, tranquilizantes, etc)</p>
<p>PREVENCIÓN Vivir en forma tranquila, evitando las causas de sobresalto. Vivir en familia. - Cumplir con las costumbres de respeto hacia las divinidades/entidades que protegen a la comunidad. - No cambiar de costumbres (no amestizarse)</p>	<p>PREVENCIÓN Higiene mental.</p>

(*)Elaboración e interpretación de Oscar Velasco (2006)

Las reglas terapéuticas básica para solucionar la pérdida de alguna de las "sombras" implica diferentes estrategias para recuperar la entidad anímica extraviada, empleando el sacrificio complementario de alguna *waxra*, ofrenda ritual, en homenaje

al lugar que ha capturado la "sombra", junto con diferentes medidas para obligar a la "sombra" a retornar a su ser. En el caso de las criaturas lactantes, que se asustan con relativa frecuencia, lo normal es llamar al "ch'iwí" extraviada por la noche, en silencio que no deben alterar los perros, empleando la ropa¹²⁶ del niño afectado que se deposita en el lugar dónde se cree que se asustó, generalmente con alguna pieza de comida, una fruta o algún dulce de los preferidos por el afectado, de esta forma la "sombra" retorna complacida. En el caso de los niños pequeños suele ser el padre quien llame su animo extraviado. Pedro Chura, de la comunidad de Tuqí Ajllata Alta, emplea un rosario de grandes cuentas de colores, semejante a los rosarios que utilizan los *yatiris* del área de Copacabana o en las zonas de Sagrado Corazón y Faro Murillo en El Alto de La Paz, rematados con grandes crucifijos; en el caso del rosario de Pedro, contiene una vieja bala de fusil. La bala es su "contra" para defender el *animu* de sus hijos con eficacia. Cuenta Pedro Chura cómo al llamar el animo de sus hijos, en las noches, siente la presencia de una sombra, cuando el animo retorna, que le hace erizar el cabello. En ese momento, tocando campana e invocando el nombre de su hijo enfermo, regresa a la casa con un poco de tierra del lugar donde el niño se asustó. Seguidamente le coloca un poco de saliva con la tierra del lugar y sal en forma de cruz sobre la frente, al tiempo de cubrirle con la ropa empleada para llamar su animo. Con eso suele bastar, si no recupera la salud acude a un *yatiri*¹²⁷. Cada especialista ritual emplea diferentes técnicas para recuperar la "sombra" perdida por parte del doliente. Felipe Mamani Torres, natural de la población de Calacoto (Provincia Pacajes), me ha contado cómo sus hijos acostumbran asustarse. Su hijo Edwin se cayó en el colegio y a partir de ese momento, su cabeza le dolía, no tenía apetito, ni conseguía conciliar el sueño. Felipe acudió a un *yatiri* de La Ceja, natural de la zona de Achacachi, sin decirle nada, en la consulta a las hojas de coca vio cómo, efectivamente, Edwin se había caído y la tierra lo había "agarrado", *katcyata*¹²⁸. Los *saxras* y la tierra, los "lugares" pueden devorar el *ajayu* del paciente y una vez que lo "botan" [defecan] ya no se puede hacer nada, no

se puede llamar, razón por la que hay que actuar rápido, con determinación. Primero pasaron una *waxt'a* para la tierra desde la propia carpita del *yatiri*. "Una *waxt'a* para pachamama, para que desampare el *ajayu*", posteriormente, se llama con una campanita "*Edwin jutamay, jutamay...*" ("Ven, ven, Edwin, vente no más"). Previamente colocaron sobre la tierra una ropita de Edwin y unas manzanas (su fruta predilecta). El *yatiri* sabe cuando el *ajayu* ha regresado ya que algún animalito, insecto se para sobre la ropa "*así como genticita, sabe venir*", el *ajayu* como figura diminuta que se para sobre la ropa y la manzana. Se recupera la ropa y la fruta y se traslada al lugar del enfermo para colocarle la ropa y hacerle comer la fruta, para, de ese modo, con su nombre reintegrar el *ajayu*. No hay que olvidarse de llevar algo de la tierra del lugar donde se ha asustado para colocárselo en forma de cruz sobre la frente. Rápido se recuperó Edwin de su mal. Felipe achaca al lugar donde viven en El Alto la enfermedad de sus hijos "Rayo haiga caído más antes. *Waxt'a* voy a pagar recién".

Las *ch'iwí* anuncian su retorno valiéndose de diferentes formas, se siente su presencia como "sombra", reflejo del cuerpo del paciente que espera protegido en el espacio doméstico, se escucha su retorno mediante pasos o gente que camina alrededor del "maestro" sin que se vea a nadie; la presencia de las *ch'iwí* sobre la ropa y los dulces o la fruta del afectado se distingue bajo la apariencia de insectos, de "genticita" o una mariposa blanca que se detiene sobre dichos productos; puede ser un pajarito que canta por la noche o bien levanta el vuelo de forma inesperada. Mario Kuka Laura, natural de la comunidad lacustre de Cumpi introduce con respecto a la apreciación visual de las "sombras", en concreto con relación al *ajayu*, un dato etnográfico de alcance: El *ajayu* se ve blanco cuando la persona va a morir, en los casos más graves; no se distingue su rostro¹²⁹. Me comenta Mario Kuka el caso el caso de una mujercita enferma, su hija estaba enferma y acudió a un *yatiri* que con la ropa de la niña llamó su *ajayu* "María está ahí [el *ajayu* de la niña] pero va a morir", era un alma blanca irreconocible en su rostro. Al mes, estando su hija ya recuperada, murió su sobrina, "cuando no se va a morir el *ajayu* es

como gent, viene con sus colores: a veces es un pajarito que salta, a veces...sonido se escucha cuando pasa a nuestro lado".

El *yatiri* Macario Vargas de la comunidad de Qurpa tiene su propia estrategia ceremonial para "llamar animo":

"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".

Severino Vila Huanca, médico *kallawaya* residente en El Alto de La Paz, utiliza otros remedios para tratar el "susto". Severino combina, como otros especialistas rituales del altiplano, la llamada del *ajayu* con la elaboración de ofrendas rituales complejas denominadas *mesas*, concretamente "gloria mesa" o mesa "del Señor" junto con *pachamama mesa* destinada a la "madre tierra" y los lugares causantes de "susto"¹³⁰; en los casos extremos en que la dolencia del "susto" convierte en "locos" a los enfermos, emplea igualmente *ch'iyara misas* (mesas negras). Aquí está parte de su testimonio:

"...Siempre hay que llamarlo [el ánimo] con su *ch'ullito*¹³¹, con su azúcar, coca, todo eso va a necesitar, luego pijcharemos la coquita¹³²; de ahí vamos a empezar a preparar, con todo fe, con azucarcito, coca, clavel blanco, incienso y copal y también podemos meter sebario¹³³, también eso; más que todo, incienso y copal y vamos a empezar, mientras pijcharemos coquita".

"Se muere [el paciente]¹³⁴. Dígame la persona, como demonio le ha "pescao" así ¿no? *saxra*, demonio, entonces, cuando muere, aquí como ahorcado, como chicoteado, verde, verde, ...por todas partes, corte"¹³⁵. Entonces...." ¿por qué no haces llamar su animo?" "¿por qué no haces curar a tu hijo?", diciendo; debes curar con un curandero, le dice la gente entonces..." "No he hecho curar curandero, no he hecho llamar su animo" Por causa de eso se ha muerto; aunque médico cura....¿no le hace nada! Igual no más, como calmante no más le da, igual no más, desesperado...cualquier gente, gente grande y gente *wawa*¹³⁶ ¡igual no más!...no quieren comida, poco comen, afligido, nervioso y mue-

ren". "Ese curarlo, cuando está la gente grande.... "he visto un lugar fantasma, un cóndor, aparecer, en oscuro siempre...he visto, animo he perdido" dice, "otra clase me he puesto, desesperado, todos mis pelos me he parado. ...¿qué será? Entonces ya no quiero comida", dicen "no entra comida, no me llega sueño, despierto, un cacho duermo, me duele la cabeza", dicen "¿ no es qué?" Todas las cosas son esto...ellos son asustados; demonio está llevando sus espíritu, entonces cuando lleva...."no quiero comida, aburrido, afligido, desesperado, a los perros pateo, algunos discuten con su madre o cualquiera, como loco se vuelve."¿deja-me en paz!"; te puede arrojar con cualquier cosa, entonces eso cuando. ...¿endemoniado! cuando demonio lleva su espíritu. Eso se cura, cataplasma, colocan con conejo, colocan gallo rojo lo podemos colocar, con él colocamos, el cortar con incienso y copal¹³⁷ a media espalda se coloca y así, poco a poco se cura. Ya baja, por lo menos tres horas, dos horas tiene que dormir con el ese animal agarradito, lo que va a ocupar las mesitas igual con eso también, junto con eso, acostarse, dos conejitos con su gallito agarrado, un gallo rojo, "nina gallo". Con ese se cura y luego donde se ha asustado, en ese lugar tiene que quemar, tiene que pagarlo, las mesas, tiene que quemar, en lugar tiene que quemar, tiene que enterrar. Donde se ha asustado, traemos tierra haciendo cruz, llamando su ánimo; igual se hace tomar con coquita, con q'uwita, con untito, con clavel, matesito, entonces, un poquito no más, con las sobras, se lava, no tiene que levantar, esas sobras se pueden quemar donde se ha asustado".

"Cuando está uno, uno cuando se asusta, un río, una playa, una chocha, [lago], alguna parte. ¿no?¹³⁸ Esa persona no puede comer, se fatiga, duele su cabeza, brincos, saltos que hace en el sueño ¿no? Grita, o llora, o también puede ser, no recibe la comida...¡nada! o sea que tiene asco, tiene desesperaciones, cuando convidamos, poco come, no come mucho, tiene jasco! A la comida, se aflige, se pone nervioso ¿no? Entonces, en ese caso, nosotros ya sabemos que está de ajayu. Entonces hay que preparar una pequeña mesita, no es necesario mucho, ¿no? Unas coquitas, clavelsito, incienso, copal, llamp'u de llama, unto de llama, clavel blanco, o cualquier color mayormente; en qué lugar, donde se ha asustado, la tierrita hay que traer haciendo cruz, hay que traer preparado en su pecho. Será pues media hora, será una hora, en su pecho está [el prepara-

do] si se duerme mejor, entonces, rezándose, hay que bajar la mesita con oración ¿no? Luego afuera, salimos con su gorrito, con su azucarcito, con su galletita, ¿no? Entonces llaman su animo, su ajayu, su espíritu, "venga, venga, venga", llamalo, con su nombre, con su apellido completo, llamarlo entonces ya está llamado su animo, le damos una jarra que trae, con campanita todo llamamos, entonces un jarro con agua hervida trae, hirviendo el agua, hervida entonces le metemos los preparados, todos las mesas, azúcar, todo lo que hay que colocar lo metemos, le damos infusión, infusión unos cinco minutos hay que moverlo, batirlo ¿no? y darle al enfermo así, despierto "despertate, tomá estito", con oraciones lo deshacemos, le damos seis cucharaditas, se toma...tres, seis cucharaditas, máximo, luego, también en un bañador le vaciamos el agua que sobre que tiene el jarro, lavamos su manito, su carita, y luego también lavando se duerme "descansate", nosotros salimos "recibite Madre Tierra, recibite, recibite, recibite". . hay que ch'allar ese que ha lavado, entonces ch'allamos hacia fuera, qué lugar se haya asustado, qué lugar perro se haya asustado, qué lugar perro le ha ladrado, qué lugar, algún animal, lo ha asustado, la gente, el carro, el perro. ¿el qué ¿no?... entonces "recibite, recibite, recibite, tal lugar" ¿no? demandando tal lugar "recibite, recibite, recibite", se hace recibir y el maestro ya no vuelve el mismo lugar donde está el enfermo, se va de ahí, con su tjerita, su cuchillito para su defensa¹³⁹ para que vuelva el asustado, su defensa".

"Al siguiente [día] en la mañana, no será muy temprano a las nueve y media, ¡a las diez! máximo se levanta, el enfermo ¿no? Levanta, hay que poner su crucito con querosenito, su frente, si no es en la palma de la mano querosene o si no es carbón, quemado, negro, ¿no es qué?. Manchadlo la cara en cruz, así es persignaciones ¿no? Está caminando, en los pies también, entonces así cruz para que salga hacia fuera, basta que mire la gente, basta que de vueltas hasta afuera salir ¿no? Luego se puede bañarse todo, así es la curación del ajayu".

"Ahora, cuestión de los los locos....también hay"¹⁴⁰ ;Claro, saxra es pues¹⁴¹. Puede ser esos locos....viene por mala alimentación, por debilidad, también puede ser de susto ¿no?, los locos, los rios, malos lugares que andan ellos, porque.... por debilidad se hacen pescar [su ajayu] un demonio, anchanchu¹⁴², decimos diablos, esos saxras, decimos, otra parte, demonio, entonces ellos se ven

¿no?, diablo le ve entonces el persona se asusta ¿no? Puuucha, se pone a vomitar, si no, sale sangre de su nariz, duele la cabeza, alterado, desesperado, hasta temblar se llega ¿no? se tiembla, "no sé qué me pasa, me he visto en río o perro o cóndor o gente me ha aparecido, ma ha desposeído ahora, gente me ha parado mi frente, me ha parado, quiere trancarme, entonces yo me he puesto otra clase, querían llevarme no me he dejado llevarme, me he hecho cruz, me he persignado ya de eso me han calmado. Mal he llegado a mi casa," dice, ¿no? Entonces, en la tarde, venga a vomitar, dolor de cabeza, no tiene ganas para nada, noches levanta, quiere correrse, quiere irse a otro lugar, para él cualquier lugar es avenida, para él cualquier lugar un camino ancho se abre, un camino chiquitito, pero ancho se abre, puede corretear, puede andar pelado o si no, sus cabellos andan parados, se desviste ya no está en su control, ya está totalmente endemoniado con los anchanchus, entonces no tiene esa fuerza para andar. Hay otros que no saben, no pueden hacer nada porque médico y médico, ¡No le hacen nada!; entonces mientras que el curandero se lo prepara, una mesita, como ahora vamos a preparar así, entonces...será un perro rojo, o puede ser un gato de tres colores, agarramos, le matamos, le abrimos la tripa, todo como para desollado, sangre caliente mismo, con incienso y copal la cataplasma ponerlo la espalda, luego, las mesas preparamos también, entonces mesas preparadas en su pecho colocamos, todo completo con incienso, q'u-wa, todas esas cosas en su pecho con su calvario, con su gatito durmiendo y luego también de mesa negra, espinas, con toda clase de hierbas, de diferentes rocas de barbas de roca que traen los ríos, toda clase de hierbas, palos, pelos, en fin qué clases de hierbas que bota el río, todo ese también hay que hacer humear al enfermo, si no hay que hacer lavar con esas hierbas, pelo de chanchu, barbas de choca, rocas, nido de lorito, entonces todo eso incluido, un hervor bañarlo cintura abajo y luego bajarlo todas las cosas, todo preparado, llevarlo donde se ha asustado, ahí decimos "te lo estoy pagando, perdónale, dículpale al sr... suelte su ánimo, suelte su ajayu, suelte su espíritu"... enciéndelo, la tierrita hay que alzar con azucarcito hay que traer con su cholito, llamando ánimo, hacer tomar a sus familiares hay que entregar, hacen tomar y el curandero se va con campanita hay que amarrar "perdoname", eso sería, con queronsito se hace una cruz sobre el rostro, frente, pómulos, barbilla...ya no se molesta".

"Muchas veces en lugares estamos, en campo...." me he asustado" dice ¿no? le alza la tierrita un poquitito en cruz, chupar o también puede ser tres veces escupir [taj, taj, taj], alzar un poquitito. Hay otros que hacen baño o bien orinan hacen como k'intu. También puede ser para un asustado, agarrar flexiones del cuello, cabello de atrás, masaje de cuello, de la frente, las manos arriba, caminos cruzados, un jalón de cabello, tres veces hay que dar, p'oj, p'oj, p'oj, cuando sueña p'oj tres veces....corazón volteado. Donde no hay coca, no hay nada, con salsito frotarlo, con azucarcito llamar su animito, llamar su animito, así no más, gustoso, dulce es el azúcar con su tierrita. Igual acepta su q'ulluru, negativo, quiere decir me acobardo, ¡carajo! Ya me he calmado con eso ¡carajo!, machismo, con coraje hay que ponerse ¡qué cosa....! Es así¹⁴³.

"Se ponen seis hojitas de coca, también docena se puede poner, pequeña mesa, se llama su animito, su ajayu, su espíritu santo, poquito no más, ese sería los saxras, los locos, ¿no? Seis hojitas de coca, k'intu, seis hojitas de coca, clavel, rojo....¡blanco! puede ser. Entonces viene...wira q'urwita, untito de llama...incienso, así se prepara, con toda fe, con toda voluntad, por que muchas personas dicen que. ...ahora copal, es bueno para dolor de estómago, luego el azúcar y también la tierrita aquí. Ahora vino o alcohol puede ser"

"En el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, buena hora que sea pachamama al joven.... [Nombre del cliente], su animo, ajayu, espíritu, santo son con coraje, coraje, awichu, tio, recibite. ...disculpale, dale fuerza, dale valor dale animos, ajayu, espíritu santo son con coraje.... ¡vengan, vengan, vengan, perdónale, disculpale, donde se ha asustado donde se ha afligido, donde ha llorado, donde ha dormido, perdónale, disculpale; en el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, amen "En el nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo, sus animos, sus ajayus, su espíritu, su santos, sus corajes, que sea tranquilo donde se ha asustado, donde se ha afligido, donde ha llorado, perdónale, disculpale. Madre Tierra, en Viacha, Oruro, camino a Oruro, camino a Santa Cruz, donde se ha asustado, donde se ha afligido, donde ha llorado donde ha renegado, donde ha dormido, perdónale, Madre Tierra, con cariño, con corazón, con voluntad te lo está convidando esta mesita. En el Nombre del Padre, del Hijo y del Espíritu Santo

amén"... "Suéltelo, suéltelo, suéltelo". Así se prepara ¿no? Todo lo metemos al agua hervida, tomas un poquito, tres cucharaditas, lo demás te lavas tus manitos si tienes carachis te limpias, luego se ch'alla con lo que se ha lavado. Ese sería".

El testimonio de Severino identifica de una forma precisa la sintomatología del "asustado". El doliente que ha perdido su "ánimo", una de las consecuencias habituales del ataque del *kharisiri*, se encuentra desesperado, no come, ni consigue conciliar el sueño, padece una abulia generalizada, provoca enfrentamientos y conflictos domésticos y, en los casos más graves, los "agarrados" por los *saxras*, los "locos", el paciente pierde todo control, caminando por los cerros sin ningún aderezo de policía y desnudo enfrentándose a los parientes que pretenden socorrerle¹⁴⁴.

El "susto" y la pérdida consiguiente del "ánimo", precisa de una terapia específica que consiste en el llamado del "ánimo" en su triple vertiente, [ánimo, *ajayu*, coraje], indisoluble para Severino, junto con el propio cuerpo dolorido¹⁴⁵. La llamada del "ánimo" es efectuada conjuntamente con la elaboración de



Gloria Mesa. Severino Vila, El Alto de La Paz. 2001.
(Fotografía: Gerardo Fernández Juárez)



Pachamama Mesa, Severino Vila, El Alto de La Paz, 2001.
Ch'alla de alcohol. (Fotografía:Gerardo Fernández Juárez)

ofrendas rituales en las que Severino combina las mesas "del Señor" o "gloria mesa", con la mesa a los "lugares" donde el paciente se asustó o "pachamama mesa". En los casos extremos en que es el diablo o los *saxras* quienes agarran el "ánimo" del paciente, sacrifica un animal (gallo rojo, conejo de tres colores) conjuntamente con una *ch'iyara misa*, "mesa negra"¹⁴⁶. Severino contempla la satisfacción culinaria de todas las entidades que pueden pretender el "ánimo" de sus pacientes, los seres de la "gloria", los de la tierra y los malignos del inframundo. Todos ellos susceptibles de ser agasajados con la comida ritual que prefieren [sus mesas predilectas] para negociar, a base de solícitas excusas y ruegos de perdón, la liberación del *ajayu*, ánimo y coraje de su paciente. El preparado ritual específico de la llamada del *ajayu* incluye un *k'intu* de hojas de coca, clavel, *wira q'uwa*, incienso, copal y azúcar. Todas ellas sustancias gustosas para el "lugar" que atenaza e impide el regreso del *ajayu*. Se trata de productos que agradan sus sentidos y estimulan la conversación entre el oferente y el destinatario ceremonial del sacrificio.

Tres son los preparados rituales que elabora Severino así como el número de entidades animicas [ajayu, animo, coraje] que poseen los seres humanos; igualmente tres son los horizontes de la cosmología altioplánica y andina comprometidos en los rezos y oraciones relacionadas con el susto: los del lado de la "Gloria" [*Alax Pacha*], los "lugares" asociados a la *pachamama*, [*Akha Pacha*, "este mundo"] y los malignos *saxras* del inframundo [*Manqha Pacha*]¹⁴⁷. El número "tres" y sus múltiplos adquieren una gran relevancia en el dominio ritual aymara; en este caso, la necesidad de consultar y favorecer a todos los seres tutelares del panteón ceremonial, los de "arriba" los de "este mundo" y los de "abajo" refuerzan el valor otorgado al "susto" como síndrome patológico de importancia. El mundo, configurado en tres partes con intensas relaciones e interacciones mutuas, sufre con las tribulaciones de las "almas" de los "asustados". En relación con el "susto" parece existir una simbólica homología entre la naturaleza trina [ajayu, animo y coraje] de la "persona" en el altiplano y la visión ritual, igualmente trina, del mundo que lo cobija.

No es la única homología posible. Severino considera a la casa, el hogar campesino, como entidad susceptible de originar "susto"¹⁴⁸; así lo expresa Felipe Mamani, convencido de que la ubicación de su hogar en una de las barriadas populares de El Alto de La Paz, es la causa de la frecuencia con que sus hijos se "asustan", tanto es así que va a ofrecer una *waxt'a* [ofrenda ritual] a la tierra y al *kunturmamani* para solucionar el problema¹⁴⁹. La casa campesina, el *kunturmamani*, genera "susto" en sus inquilinos cuando no se ha procedido al cuidado ritual específico durante su elaboración, consistente en marcar con sal los cimientos de la casa, ofrecer las libaciones rituales correspondientes con alcohol y *akulliku* de hojas de coca, o el sacrificio de *waxt'as*, conteniendo, en algunas ocasiones *qarwa sullu*, [feto de llama] en cada una de las esquinas del hogar; los casos más sofisticados aceptan la *wilancha* o sacrificio de sangre de alguna llama o alpaca. Es preciso festejar al *kunturmamani*, una vez concluida la obra, al techar el hogar el tercer día de faena. La sal sobre los cimientos, "da nombre" al *kunturmamani*, al igual que se emplea

en los "bautizos" campesinos en ausencia del cura, e incluso en el entierro de los niños *muru*, muertos antes de su bautizo, que el *yatiri* signa con la cruz de sal sobre su frente para que entren en el jardín de Cristo¹⁵⁰.

¿Podemos valorar cual es la situación que vive la "sombra" cuando es capturada? En los Andes del Sur, las *ch'iwis* extraviadas pueden ser capturadas por los seres tuelares del altiplano y a pesar de la aparente ingenuidad e incoscienza con que viven su extravío pueden ser no sólo capturadas, sino devoradas por estos seres provocando graves percances e incluso la muerte a su poseedor. Lo que suceda a las *ch'iwis*, le sucede igualmente a la persona, su doble humano. Tenemos algunas informaciones relativas a la situación de las "sombras" que son capturadas en el Norte peruano por parte de Mario Polia en alguno de los relatos de sus informantes, resulta especialmente interesante el caso de la "sombra" de una persona capturada por los "gentiles" y el de una joven atrapada por un cerro:

"Envió un entendido, un maestro y el maestro logró verlo sentado en el cerro, con un poncho antiguo, ojotas, vestido como gentil. Como el maestro se acercaba el otro desaparecía en el cerro. El maestro tuvo que desencantarle llamándole la sombra y haciendo pagos al espíritu del gentil que lo había tapiado. Cuando el hombre fue vuelto a su familia hablaba otro idioma que nadie entendía y por un rato se quedó aturdido" (Polia 1989:215)

"...Pero después de algunos días la muchacha regresó al cerro. Sus padres se fueron buscándola y, después de mucho caminar, la encontraron, casi desnuda, como fiera. Y así debía de ser porque ella había sido escogida por el cerro" (Polia 1989:215)

Las "sombras" adquieren la apariencia de quien las retiene. Dejan de ser humanas, miembros del ámbito civilizado por la cultura para convertirse y comportarse como "cerros" o "gentiles". La ausencia de las "sombras" deshumaniza a los seres humanos¹⁵¹, los convierte en seres del pasado, en seres casi asilvestrados, sin civilizar, sin culturizar, sin razón, sin voluntad, sin lazos sociales, de ahí el miedo al *kharisiri* y al susto que produce su ataque.

La terapia de los asustados consiste en liberarlos, que puedan reincorporarse a la realidad socio cultural en que viven y que recuperen su modelo de identidad perdido. Los asustados más graves, entre ellos, los *kharasutas* atacados por el *kharisiri* pierden su contacto con la realidad social de la que han sido violentamente arrancados por la captura de sus "sombras", a través de la pérdida de grasa y sangre, mostrando una abulia generalizada que rompe las reglas de cualquier dinámica social mientras el cuerpo se seca esperando la muerte.

El "susto", provocado por la pérdida del "ánimo", presenta diferentes efectos en el doliente. Por un lado, alteraciones orgánicas [vómitos, hemorragias nasales, diarreas en las *wawas*, insomnio, pérdida de apetito] por otro, alteraciones importantes en las relaciones domésticas interparentales [peleas, separaciones conyugales] y, en los casos más graves, [ejemplificados por la captura del *ajayu* por el demonio], la locura, manifestada en prácticas alejadas del consenso social que establece la cultura [desnudez del cuerpo, abandono de la higiene, frecuente lugares deshabitados]. El "loco", la manifestación extrema de la pérdida del *ajayu*, se comporta como un ser desorientado respecto a las normas culturales del grupo, es un ser desposeído de sus señas de identidad colectivas; se aleja del entorno doméstico y escapa hacia los cerros y lugares no aptos para la residencia humana permanente; huye del grupo y de sus señas de pertenencia; el loco, "asustado extremo", se muestra desnudo en su aderezo externo y desposeído de la referencia colectiva que ofrece la cultura; diríase refugiado en un entorno sin reglas sociales que satisfacer, como se aplica a los antiguos del *Purum pacha*. No en vano el tratamiento de llamada de *ajayu* incluye, finalmente, la signatura específica de la cruz en rostro, manos y pies del "asustado". La señal de la cruz, con sal o tierra del lugar, querosene o carbón, sirve como icono demarcador entre el dominio de la naturaleza y el de la cultura¹³². La cruz signa a la "persona" para diferenciarlo del "loco", el ser dominado por el caos y la anomia social que afecta a los *saxras* del altiplano y a quienes comparten sus inhóspitos escenarios [*anchanchus*, "condenados"...] lejos de los pueblos y las al-

deas. En esta circunstancia el empleo del icono cristiano va más allá de cualquier implicación directa con respecto a la ortodoxia del canon católico para resaltar el valor del ser humano socializado; el convaleciente de "susto" marcado con la cruz, ya sea con la sal¹⁵³, la saliva paterna y la tierra del lugar donde se asustó, ya sea con el querosene o las marcas de carbón, expone públicamente su regreso al dominio de las normas sociales, al ámbito protector de la cultura; declara su renovada constitución como persona en la posesión conjunta de sus tres entidades anímicas. Para ello es necesario previamente formular un intercambio entre el "asustado" y la entidad que retiene su *ajayu*. Severino baña al paciente con las basuras e inmundicias que traen los ríos, junto con los abalorios ceremoniales del plato ritual que ha elaborado previamente. Hierve el conjunto de ingredientes y con el resultado de esa decocción baña al paciente, al menos el rostro, las manos y los pies, partes del cuerpo que serán luego, una vez purificadas con el baño, marcadas con el signo de la cruz. El resultado del baño es ofrecido en forma de libaciones rituales a los lugares causantes del susto; es decir se está ofreciendo como bebida ceremonial el baño ritual a que se ha sometido el paciente; de esta forma las esencias corporales del paciente son introducidas en la libación ceremonial para que el causante del "susto" sacie su apetito y a cambio, una vez conformado, libere el *ajayu* del "asustado"¹⁵⁴. La entidad que ha ocasionado el "susto" cambia el *ch'iwí* del paciente por los detritus de sus esencias corporales¹⁵⁵. Este gusto de las entidades tutelares del altiplano, los lugares y *saxras*, susceptibles de causar "susto" en los pobladores aymaras, por los fluidos e interioridades humanas aparece en el testimonio de Severino, concretamente en la recomendaciones para prevenirnos del "susto"; así aconseja escupir tres veces, orinarse o defecar sobre el lugar. Por un lado constituye un estrategia para envalentonarse y demostrar fuerza, coraje, ánimo y valor ante el lugar que pretende "asustarnos", por otro lado Severino lo considera un *k'intu*, como si se tratase de una ofrenda ceremonial que satisface los deseos culinarios del lugar que pretende devorar nuestro *ajayu*. De esta forma, los diferentes fluidos humanos, los productos orgáni-

cos internos actúan a la manera de sucedáneos valiosos de las "sombras" (*kimsa ch'iwí*), capaces de apaciguar el apetito de los seres tutelares del altiplano que tienen la capacidad de ocasionar "susto".

El reclamo de Severino ante la vuelta del ánimo, *ajayu*, y coraje del enfermo consiste en la inspiración sobre el paciente, por parte de los seres tutelares a los que agasaja con las ofrendas rituales, de fuerza, valor, valentía, "machismo", como indica el propio Severino de una forma expresiva en su testimonio. Los tímidos enferman con gran facilidad, me comentaba Pedro Chura en Tuqi Ajllata Alta, porque se asustan por todo. El principal arma contra el "susto" es el valor, el coraje, el ánimo, la expresión explícita de los "sombras" humanas, ante las situaciones de la vida. El discurso sobre la enfermedad del "susto" se refiere especialmente al dominio del valor entre los seres humanos. Los seres tutelares del altiplano amenazan la autonomía e independencia que el valor otorga a los pobladores andinos; anhelan esta característica humana que los emparenta con ellos mismos. La ingesta de las "sombras" de los humanos priva a sus víctimas de esta cualidad básica en el altiplano con la que es necesario afrontar las múltiples obligaciones de la vida familiar y comunitaria; los tímidos difícilmente prosperan en el ámbito social del altiplano; difícilmente llevarán a cabo sus obligaciones comunitarias ni serán propuestos como autoridades de relevancia.

La pérdida de las entidades anímicas, *ch'iwí*, constituye una dolencia nuclear en el altiplano aymara y en otros sectores de los Andes, por cuanto incapacita al que lo sufre para la vida en comunidad, es decir para el desempeño de su calidad como *jaqi* [persona], pero además pone en peligro, no sólo el cuerpo físico del paciente y su competencia como "persona", sino la memoria histórica del grupo forjada en el seno del hogar y en el eficaz equilibrio de un mundo "terno", tripartito, puesto en inestable amenaza con la pérdida de las *kimsa ch'iwí*. Constituye uno de los umbrales que definen el ámbito de competencia o incompetencia de los médicos convencionales. El médico no es el interlocutor válido para solucionar dicha aflicción por cuanto afecta

no sólo al cuerpo físico del paciente, si no a los sectores habituales en los que el enfermo desempeña su vida, como son el doméstico y el comunitario, inaccesibles habitualmente a la actuación del médico ¹⁵⁶. Son los especialistas rituales aymaras quienes se encargan de la recuperación del afectado por el "susto" para que con el regreso de las "sombras" perdidas, el enfermo retorne a su condición humana de referencia, es decir constituido de nuevo en su integridad como persona, reafirmando la posición que le corresponde en el ámbito familiar y comunitario en el entramado de obligaciones y normas que define la cultura. No resulta casual que el especialista ritual de mayor prestigio en el altiplano aymara se vincule explícitamente con el dominio de las "sombras". *Ch'amakani* [dueño de la oscuridad] o *ch'iwini* [dueño de la sombra] son las denominaciones aymaras usuales para este especialista ritual capaz de convocar en las sesiones de *ch'amaka* [oscuridad] tanto a los seres tutelares del altiplano en su amplia y variada tipología, como a las "sombras" cautivas o a las propias entidades anímicas de las personas causantes de la aflicción que sufre el paciente. Incluso puede hablar con las "almas" de los difuntos, al poco de producirse la defunción, para que explique ante sus familiares las circunstancias de su muerte y puedan despedirse hasta Todos Santos ¹⁵⁷. Es desde la "sombra" como el *ch'iwini* actúa sobre el pasado y el futuro, acondicionando los desperfectos que la vida ha ocasionado entre sus clientes para restaurar la confianza, el valor, el ánimo y el coraje de los afligidos. En el dominio de la "sombra", el *ch'iwini* ofrece un nuevo sentido y valor reafirmando las posiciones del grupo en que el afligido debe incorporarse de nuevo en plena posesión de sus facultades humanas.

* * *

¿Por qué tanto alboroto por un poco de grasa o sangre?
 ¿En qué razón estriba la pérdida de grasa o sangre en la crisis personal y social que vive el atacado por el *kharisiri*? Hemos visto la extrema patología que produce la pérdida del *ajayu* como conse-

cuencia del ataque del *kharisiri*, pero debemos profundizar un poco más para comprender mejor las consecuencias derivadas de la patología del *kharisuta* en su comunidad

El médico kallawayaya Hugo Ticona, natural de la localidad de Khanlaya en la Provincia Bautista Saavedra de La Paz, participando en el curso de Salud Intercultural que organizó la Cooperazione Italiana en Potosí en Febrero de 2006, nos explicaba a todos los asistentes un razonamiento detallado sobre la concepción de la persona entre los *kallawayas*, en parte coincidente con el modelo de Oblitas (1978) y de Bastien (1987), pero con aportaciones personales de relevancia. Hugo Ticona diferencia entre el Hatun Ajayu¹⁵⁸ (Ajayu principal, mayor); Chaupi Ajayu (Ajayu mediano, del centro) y Sullka ajayu (Ajayu menor, pequeño). El Hatun Ajayu lo produce el "soplo divino" y su pérdida supone la muerte del enfermo; el Chaupi Ajayu lo produce el "soplo del Sol" y se puede escapar por la noche cuando dormimos, de ahí los encuentros posibles con "las almas", los difuntos. El Sullka Ajayu lo produce el "soplo de la tierra" y se extravía con facilidad ante un imprevisto. Según nos explicó Hugo Ticona, el Hatun Ajayu (soplo divino) se localiza en la sangre; el Chaupi Ajayu (soplo del Sol) se localiza en los huesos y el Sullka Ajayu (soplo de la tierra) se localiza en la carne, de ahí la prioridad de unos *ajayus* sobre otros y la significación corporal y cósmica que implica su extravío. La pérdida de la grasa o la sangre, según las versiones, que provoca el ataque del *kharisiri* afecta directamente a la pérdida del *ajayu* principal y con él, la muerte del enfermo. La dolencia provocada por el *kharisiri* pone en evidencia y en preocupante aflicción no sólo la estructura orgánica del enfermo sino su propia visión del mundo.

Si nos atenemos a la información etnográfica procedente del Lago Titicaca, las *kimsa ch'ivi* (ajayu, animo y coraje) presentan igualmente una jerarquía diferenciada. El *ajayu*, es la entidad nuclear, la entidad anímica más importante e interior de la persona y la que aparece mencionada en los antiguos vocabularios de principios del siglo XVII como el de Bertonio (1612/1984, II: 108); la entidad anímica de nombre aymara, la

más importante de las *kimsa ch'iwí* cuya pérdida es incompatible con la vida; la versión de la "sombra" más antigua y más interior, "de adentro". Las entidades anímicas "castellanizadas" (animo, coraje, espíritu), son más externas y de menor importancia. Solo el *ajayu* extraviado y no recuperado a tiempo supone la muerte de la persona, el resto de entidades anímicas se pueden restituir al paciente sin mayores complicaciones, si bien el maestro ceremonial debe actuar con rapidez para no perjudicar al enfermo. De hecho estas entidades anímicas secundarias pueden intercambiar sus posiciones y no resulta nada extraño que el *animu* (animo), el *kuraji* (coraje) o el *ispiritu* (espíritu) se confundan entre sí. Parece producirse, en definitiva una marcada delimitación entre el *ajayu* aymara por un lado y el resto de "sombras" castellanizadas por otra a pesar de su configuración ternaria. El interior aymara, el exterior castellano, en el dominio de las entidades anímicas y en el cuerpo (grasa y ropas) seña corporal del proceso de modernización y cambio que lo originario sufre en la actualidad en los núcleos urbanos y sectores campesinos próximos a La Paz¹⁵⁰. La sangre mucho más externa y de fácil acceso, fluido vital, reemplaza a la grasa, la gordura de los redaños, lo de adentro y más valioso en el pasado para la significación corporal y personal de los *jaqi* aymara¹⁶⁰.

Sin embargo no se produce tensión entre las tres "sombras"; el equilibrado acomodo entre las tres resulta imprescindible para subsistir y su presencia denota el estado óptimo de salud física y articulación social que la vida en las comunidades aymaras del altiplano precisa. La proyección estética de las *kimsa ch'iwí* está enmarcada en una figura estilística frecuente en la decoración de los tejidos como son las *k'isas* (Cecreda 1987) que permiten el tránsito pausado de tonalidades entre el oscuro interior del *ajayu*, al extremo claro del *kuraji*; sin violencia alguna, el pasado y el presente encuentran una ajustada disposición en la combinación cromática de las "sombras" que poseen los seres humanos en el altiplano. De hecho, las *kimsa ch'iwí* son almas "gemelas" iguales en su aspecto: El lado originario y el lado mestizo reconciliados en el interior del co-

razón de cada individuo síntesis de la sabiduría, la experiencia y la prudencia aymaras¹⁶¹.

El *ajayu*, como la *likawara*, la grasa del mesenterio, constituye lo más interno y de mayor valor de la persona, sus "redaños". Lo más íntimo y valioso está constituido por el pasado cuyos perfiles se encuentran grabados en la memoria histórica aymara tanto en el talante de sus entidades anímicas como en la naturaleza del principio vital que representa a la persona, la grasa y la sangre¹⁶². En este sentido, el interés en el pasado del "sacerdote - *kharisiri*" por la grasa del redaño para la elaboración de campanas, santos óleos y velas del ritual católico contrasta con el interés actual de los nuevos *kharisiris* (*q'aras*, campesinos, chofercitos, sanitarios, ingenieros, estudiantes, ONGs, campesinos aculturados) preocupados por chupar la sangre de los *jaqi* aymaras que necesita el Estado para mantenerse a su costa. La trivialización de la grasa y del pasado con la crítica feroz que la modernidad supone y los cambios sustanciales en el interior de las comunidades aymaras ha supuesto una exteriorización de la sustancia vital anhelada por el *kharisiri*, ya no la grasa del mesenterio, de los redaños, sino sangre que puede extraerse de cualquier parte del organismo y en el máximo sigilo.

El contexto en el que actúa el *kharisiri*, recordemos, es el mes de Agosto, momento en el que lo oculto, antiguo y de valor, aparece desparramándose en el exterior, sobre la superficie de la tierra, el "oro vivo", las ciudades de los *chulpas*, los "encantos" y tapados coloniales; el pasado aparece impregnando la vida de los lugareños del altiplano. La víspera del primero de agosto esta eclosión de lo antiguo, lo interno y valioso que habitualmente guarda en su interior la tierra, al abrirse la *pachamama*, resulta más fácil su acceso para los seres humanos. En dicho contexto parece existir una homología entre el dominio cosmológico (el mundo abierto) y el cuerpo de los aymaras (Fernández Juárez 1997:130,131); "Lo oculto de la tierra y lo oculto del cuerpo" como expresa Manuel Gutiérrez Estévez (2002:99)¹⁶³. Es por esta razón que el *kharisiri* busca en el interior de las personas la grasa antigua, los redaños, lo más valioso y antiguo de la persona, en

su variable orgánica, lo que afecta a la propia identidad étnica de las comunidades aymaras.

Por si fuera poco, el tratamiento terapéutico de la enfermedad del *kharisiri* exige en alguna de sus formas una vuelta al pasado existencial del paciente, como terapia. Recordemos la práctica terapéutica consistente en introducir al enfermo en el interior de una panza de vaca negra reproduciendo un estado semejante al de su propia gestación. La grasa del mesenterio y el redaño semeja en su apariencia al recubrimiento de la bolsa amniótica que aparece en las criaturas al "romper aguas"; la grasa inicial, la grasa primigenia de la vida que podríamos definir como grasa "madre".

El recubrimiento graso de los restos de la bolsa amniótica tras el parto que hemos identificado en la tradición ibérica como "mantillo de niños" objeto de interés por parte de las hechiceras celestinescas, aparece también en el complejo dominio de los *kharisiris*, así lo recoge Platt (2006:150) entre los Macha de Bolivia:

"En Macha, *linki* es también el nombre de la grasa viscosa que recubre al bebé. Un pellizco de este *linki*, sacado de los sobacos del bebé se da a los que sufren de la enfermedad de pérdida de grasa (siendo esta una expresión elemental de la vida en los Andes) que se produce tras el asalto de unos seres vampíricos muy temidos que se conocen como *lik'ichiris*". (Platt 2006:150).

El inicio del tiempo vital del paciente y el retorno al tiempo antiguo del grupo parecen coincidir en el tratamiento de la dolencia del *kharisiri*. La grasa del redaño está presente en la elaboración de los polvos adormecedores que el *kharisiri* emplea con sus víctimas, está presente en la cuestación de la grasa y está presente igualmente en la cura de los pacientes, al tiempo que la "carne del ombligo" se utiliza como amuleto protector para prevenir sus ataques.

La grasa, *llikawara*, que se emplea en forma de cataplasma en la restitución de la pérdida provocada por la agresión del *kharisiri* es grasa de oveja generalmente negra. La grasa de oveja se emplea habitualmente en las ofrendas rituales relacionadas con las *chullpas*, los seres del *ch'amak pacha*, la "época oscura".

presentes hoy entre las ruinas y tumbas precolombinas, seres del pasado.

Sin embargo, la grasa empleada en la actualidad en las cataplasmas de los campesinos aymaras en la región de Achacachi y Jesús de Machaca para recuperar la grasa robada por el *kharisiri* no es grasa de llama, la que según el texto de Arriaga (1968 [1621]: 210-211), se adecuaba a principios del siglo XVII en la representación ritual de los indígenas. Parece que junto a la medicina utilizada por el *yatiri* Macario Vargas, es grasa de oveja negra, la empleada en ciertas ocasiones para la restitución de la grasa de los campesinos. Grasa de "oveja" que en las ofrendas complejas que he documentado etnográficamente en otra parte (Fernández Juárez 1995; 1997) se utiliza en asociación con grasas de animales domésticos (oveja, cerdo, gallina, conejo de Castilla y vaca) configurando bolas de sebo que se denominan *ch'uzi lik'is* "grasas crudas"; todas ellas grasas "extrañas" en origen al contexto andino que se emplean para realizar las ofrendas a los *chullpas*; son grasas de Castilla, lo que incide en el propio extrañamiento ceremonial de los aymara tanto en lo que respecta a los antiguos *chullpas*, de los que se dice que "no eran gente", "no eran cristianos, gentiles", debido a las deformaciones craneanas y a la cultura material que muestran en los yacimientos, como respecto a los actuales *q'aras*, blancos y mestizos de La Paz cuya característica inequívoca es la gordura, el exceso de grasa, líquida, de mala calidad, que los campesinos atribuyen a su inadecuada alimentación.

Así las cosas parece que es la grasa apetecida por los antiguos *chullpas*, grasa de oveja negra, la que mejor se adapta a la recuperación de la grasa humana recolectada por el *kharisiri*. El pasado es fundamental para solventar las crisis del presente.

La incipiente predilección de los *kharisiris* por la sangre en algunos sectores del altiplano supone, por tanto, cambios sustanciales en la concepción de la persona de los propios pobladores aymaras y responde a los cambios de clave social, política y económica en que se mueve el Estado boliviano.

II.6 El Estado es el kharisiri¹⁶⁴

"El *pishtacuq* como todo trabajador era, dice; el Estado lo mandaba, dice, al *pishtacuq* a matar la gente en partes así silencio, donde no andaba nadie, dice, se estacionaban los *pishtacuq* en las noches, ya vestido de cura andaba. En las noches cuando ya aparecía la gente, desde lejos, con el cuchillo largo-no como conocemos nosotros, especiales-, de lejos cuando ven a la gente, le sueltan el cuchillo y le quitan la cabeza, sin que lo vean, entonces la cabeza salta lejos y corretea para allá, para acá, padece [...] luego, cuando ya se deshacía de la cabeza, dice, le cortaba los brazos y las piernas, lo dejaba esa pierna y el cuerpo dice, quedaba chiquito no más, lo llena en una maleta y se lo lleva a otro lugar, y eso dice entregaba, costaba mucha plata y dice que al Estado le entregaba[...] cuando yo era más criatura hablaban mucho de *pishtacuq*, por eso cuando mi mamá me mandaba "anda compra mi coca" diciendo, tenía miedo pasar esa cueva, ese túnel del tren me daba miedo a las cinco, seis me daba miedo, corriendo pasaba, corriendo volvía. Dicen que andaba por las chacras y cualquier campesino, cualquier peón que encontraba le quitaba el cuello, su ropa no más encontraban, con esa grasa de la gente dice funcionaba el tren, las máquinas más finas. Dice, también, se vestía de mujer y cargaba una muñeca¹⁶⁵, cargado su hijo andaban los *pishtacuq*, andaban de noche". (Rivera Andía 2006: 170).

Cuentan los pobladores del altiplano que en las noches de agosto un personaje solitario recorre los caminos en busca de grasa y sangre humanas, es el temible *kharisiri*. Los más ancianos asocian la figura del *kharisiri* a la de clérigos y sacerdotes que recorrían antaño el altiplano recogiendo la grasa de sus víctimas para elaborar objetos del culto católico: velas, campanas, santos óleos, hostias...etc. Conseguían adormecer a sus víctimas en la distancia mediante oraciones invertidas en series de tres y cenizas elaboradas con restos humanos, ya fuera de difuntos o del cordón umbilical de partos recientes. Una vez el efecto de las oraciones, aderezadas con toques de campanas y la mezcla encenizada de los restos humanos hacían su efecto provocando el sueño de su víctima, el sacerdote aprovechaba para extraerle el sebo del costado

sin que el afectado notara nada. Una vez efectuada la operación¹⁶⁶ el *kharisiri* se retiraba en busca de una nueva víctima, mientras el pobre caminante se despertaba del sueño sin apreciar nada raro, pero a los dos o tres días pierde el apetito, el sueño, las ganas de vivir, esperando, recostado en su catre, la muerte. Una vez la muerte se ha producido aparece sobre la piel de la víctima la cicatriz que certifica el abuso del que ha sido objeto por parte del *kharisiri*.

Esta imagen clásica del *kharisiri* en el altiplano aymara a pesar de su pervivencia actual, adquiere nuevas formulaciones en relación con los nuevos tiempos. El *kharisiri* en la actualidad busca tanto la grasa, como la sangre humanas para elaborar medicamentos, tipos sanguíneos que colocan a los enfermos en los hospitales a muy buen precio, grasas y aceites lubricantes para los autos e ingenios mineros...etc. Junto con el sacerdote, los funcionarios del Estado, representantes de ONGs, turistas y gringos en general, así como los propios comuneros que abandonan las pautas culturales del grupo y los estudiantes, aparecen emparentados con el viejo sacerdote como posibles *kharisiris*. Antes era posible distinguir a los *kharisiris* porque su aspecto no era como el de la gente del campo, ahora sin embargo ya no hay cómo fiarse y recomiendan no dormirse nunca ni cuando se desplazan en los abarrotados colectivos que comunican las comunidades aymaras cercanas al Lago Titicaca con la ciudad de La Paz, o en los propios minibuses urbanos. El *kharisiri* puede estar a nuestro lado y aprovechar el sopor del viaje para clavarnos su jeringa y sacarnos la sangre.

Si antaño era el poder de la iglesia colonial el que producía y reglamentaba unas relaciones asimétricas entre dicha institución y las comunidades indígenas que han pervivido hasta nuestros días en el temor que inspiran los curas y sacerdotes bajo la advocación del *kharisiri*¹⁶⁷ hoy son otros los ámbitos en los que se aplica nuestro personaje embelesado en los artilugios del mundo capitalista y su consumo o los intereses supuestamente espurios de las instituciones sanitarias del altiplano.

La violencia propiciada por Sendero Luminoso en Perú en los años ochenta y las masacres resultantes de los enfrentamientos con el ejército han sido explicadas, cuando no justificadas por los lugareños quechuas del sector de Ayacucho, por la presencia y actuación del *ñak' aq* o del *pishtaku*; lo mismo respecto a la virulencia de las ofensivas senderistas en Lima que dieron lugar a una variante del fenómeno, como fueron los "sacajojos", provocando una verdadera histeria en las barriadas más populares de Lima (Ansión edit. 1989; Kato 1995). En las alturas bolivianas de Potosí, noticias aparecidas en periódicos y noticieros de radio sensacionalistas sobre supuestos avistamientos de ovnis, dieron lugar a histeria no menos significativa entre los pobladores andinos de la zona quienes vinculaban la noticia con el *kharisiri*, realizando patrullas de autodefensa para protegerse de la nefasta influencia del personaje (Aguiló 1980).

Los *kharisiris* menudean en sus apariciones, al abrigo de toda situación crítica, de confusión conceptual y económica, haciendo su agosto, en lo que a vidas humanas se refiere, tanto en la localidad de Achacachi, cabecera municipal, como en su entorno¹⁶⁸, dando sentido al caos informativo y sobre todo de carácter comprensivo a los cambios que impulsa el Estado boliviano, sin contar con las comunidades aymaras.

Cuando se toman decisiones, lejos del entorno comunitario aymara y de sus órganos colegiados que regulan la vida colectiva y la justicia comunitaria, que puedan alterar o modificar la vida de los propios pobladores aymaras, al margen de su propia capacidad de control y decisión, el retorno de los *kharisiris* y su violenta irrupción en las vidas de la gente parece un hecho consumado¹⁶⁹. Las innovaciones propuestas en época de crisis social y penuria económica, sin consultar previamente a las colectividades interesadas, que afecten la vida cotidiana de las comunidades, puede dar lugar a la presencia del temible personaje. Los *kharisiris* parecen de esta forma señuelos del cambio sociocultural en el altiplano, al igual que en otros sectores de los Andes¹⁷⁰. Cualquier tipo de circunstancia que el ámbito comunitario de decisión no pueda satisfacer y controlar, viéndose a su vez

afectado negativamente por ella, da con el *kharisiri* sobre el escenario social. El *kharisiri* es el portador de las innovaciones no concertadas (curas, médicos, ongs, estudiantes...etc), responsable de las mismas cosechando la sangre de los comuneros a cambio de las nuevas propuestas. El *kharisiri* abre el cuerpo físico y social de los grupos aymaras del altiplano promoviendo cambios generalmente no deseados por la comunidad, cambios pensados desde instancias ajenas a la estructura comunitaria¹⁷¹. Habrá que valorar cual ha sido el impacto sobre las "epidemias" periódicas de *kharisiris* en el altiplano, del triunfo electoral del MAS y el advenimiento a la presidencia del gobierno de Evo Morales, no vaya a ser que tras las políticas de signo indigenista y los apoyos del exterior, no bien consensuadas con las comunidades originarias, nos encontremos con la sorpresa que ahora los *kharisiris* hablen con acento caribeño¹⁷².

II.7 "Sacamantecas" versus *kharisiris*

Si enfrentamos a los dos personajes que hemos descrito en estos capítulos del libro, cara a cara, podemos plantear algunas conclusiones:

Los sacamantecas ibéricos, hoy en declive, pertenecen al género de los "asustachicos", personajes con los que los adultos amenazan a los niños para que estos se porten de forma adecuada en casa y no se acerquen confiados a los extraños. Los sacamantecas extraen la grasa y la sangre de los niños con la intención de curar ciertas enfermedades como la tisis o tuberculosis que padecen enfermos de alcurnia. El empleo de la grasa y la sangre humana como elementos de farmacopea responde a criterios antiguos que hacen del cuerpo humano una rebotica farmacéutica. La grasa es un fluido que potencia la diferenciación social, los gordos en la tradición picaresca española son los curas y nobles mientras que la sangre incorpora la pertenencia étnica y la competencia moral en términos de fe que alude a los conceptos de pureza o impureza (Gutiérrez Estévez: 1999:69-91)¹⁷³. Los sacamantecas atacan en lugares solitarios, desprovistos de uso so-

cial, alturas de los cerros, despoblados y cárcavas. El aspecto de los sacramantecas resalta su ambigüedad, a veces sexual y su aroma fétido que acredita su vinculación diabólica. La tradición de los sacramantecas parece que se generaliza a partir de los crímenes truculentos del Siglo XIX y se extiende por la Península a través del género, ya decadente por aquel entonces, de los romances de ciego y la literatura de cordel. Los procesos de modernización técnica de la sociedad española del siglo XIX inciden en la proliferación de creencias que aseguran la aportación de grasas infantiles como lubricantes en el desarrollo del ferrocarril, maquinaria industrial e instituciones hospitalarias. Los sacramantecas ibéricos forman parte hoy de las modernas leyendas urbanas y se han asociado a las infames manifestaciones del comercio internacional de órganos vía Internet, lo que demuestra la vitalidad y vigencia de su institución.

Por lo que respecta a los *kharisiris* aymaras tenemos datos de su presencia, al menos de sus variantes quechuas, en las fuentes coloniales. El objeto de interés tradicional del *kharisiri* aymara es la grasa humana de los pobladores andinos; la grasa de los que "comen coca, ch'uñu y kañiwa" es decir de los campesinos aymaras, en razón de que su grasa es de calidad por ser seca, no como la de los *q'aras* y mestizos que es líquida. Es decir, la grasa constituye para los pobladores aymaras el referente de pertenencia étnica, además de ser el fluido vital y constituir la aportación energética necesaria para la vida. La sangre implica los valores morales, y el acceso al linaje y las chacras de cultivo. Se está observando en algunas comunidades aymaras próximas al Lago Titicaca y en barriadas urbanas, una transición de la preferencia originaria que el *kharisiri* presentaba por la grasa humana a la sangre. Las formas más tradicionales del *kharisiri* lo identifican con los curas y sacerdotes; en la actualidad son los representantes del Estado boliviano, Ongs, estudiantes, y los propios comuneros aculturados. Los lugares de actuación del *kharisiri* se producen en espacios naturales solitarios o en aquellos caracterizados por la ausencia de red social que proteja a los individuos, precisamente por el abundante trasiego de gente mutuamente desconocida (*apachi-*

tas y quebradas, pero también las terminales de buses, cuarteles de conscriptos, hospitales, flotas y minibuses...etc). Las actuaciones del *kharisiri* responden a un comportamiento ambiguo en parte mestizo por la parte violenta del personaje con afloración de fluidos y vísceras de sus víctimas y en parte indígena caracterizada por una violencia taimada, secreta, basada en el adormecimiento previo de la víctima y la intervención limitada de su costado, según las pautas del sacrificio "idolátrico", que se realiza en el período de agosto. La grasa que anhela el *kharisiri* sólo sirve si la víctima fallece, de no ser así, la grasa colectada por el *kharisiri* se licua y no sirve a sus variados menesteres antiguamente relacionados con las necesidades ministeriales de los sacerdotes (producción de velas, santos óleos, fundición de campanas resistentes...etc), más tarde, el efecto de la modernización tecnológica (lubricar la maquinaria de los ingenios mineros e industriales, autos, ferrocarril...etc) y actualmente dar cuenta de las necesidades de los hospitales con los grupos sanguíneos y la producción de fármacos así como de las mafias relacionadas con el narcotráfico. Nadie como el Estado y sus cambios impuestos sin negociación previa en las comunidades aymaras para ejemplificar la figura postmoderna del *kharisiri*. La actuación del *kharisiri* afecta de manera directa y pavorosa al concepto aymara de "ser humano", *jaqi* en el articulado equilibrio entre su cuerpo y la terna de sus entidades anímicas, *kimsa ch'iwi* (*ajayu*, "ánimo" y "coraje").

Como vemos, los dos personajes son susceptibles para expresar el temor a ser muertos y despedazados ya sea de una forma literal o sutil, a los procesos de dominio colonial, a la modernización y su tecnología, a los foráneos y a la diferenciación étnica o social; sin embargo el código que emplea cada uno de ellos resulta peculiar y diferenciado. En España y en la tradición europea, el "sacamantecas" pertenece hoy al género infantil de los "asustachicos" junto con otros personajes de relieve como "el coco" y "el hombre del saco" verdaderos causantes de pavores infantiles desde el rebozo de las cunas; tiene como objetivo fundamental generar miedo en los niños pequeños, a los que se amedrenta con su figura para que se comporten según la norma establecida.

En este sentido, el "sacamantecas" es un aliado de la estructura familiar para canalizar la pauta de comportamiento adecuada en los más pequeños; podríamos considerarlo, junto a otros personajes afines, como un vehículo de endoculturación. En el altiplano, sin embargo, la amenaza del *kharisiri* se extiende a toda la sociedad y son los adultos, no los niños, su objetivo principal; de hecho las *wawas* lactantes no tienen todavía la calidad de sebo que el *kharisiri* anhela, no están suficientemente "hechos" por lo que son despreciados por el *kharisiri* como posibles víctimas¹⁷⁴. Frente a la tendencia al conservadurismo del "sacamantecas" español contrasta el valor "progresista" del *kharisiri* aymara portador de los cambios que el Estado y otras instituciones ajenas al dominio aymara pretenden imponer sin su consentimiento¹⁷⁵. Mientras el "sacamantecas" ayuda a la comunidad familiar a mantenerse en las pautas tradicionales, por eso persigue a los niños que no se comportan según las reglas, el *kharisiri* aymara introduce y modifica dichas pautas a través de los nuevos mecanismos que el cambio cultural ofrece, es así que persigue a los adultos, los mantenedores de la costumbre y de la memoria social, los futuros formadores de niños. El *kharisiri* no victima a las *wawas* porque les necesita encarecidamente en el proyecto de cambio gestado por el Estado quien les forma en las escuelas seccionales presentes en el altiplano; así cobra sentido el parecer del *yatiri* Macario Vargas achacando a los estudiantes su talante como modernos *kharisiris* que chupan junto a la grasa y la sangre de los cuerpos, la memoria social y las pautas de comportamiento que dan sentido a la estructura comunitaria local¹⁷⁶.

En España el "sacamantecas" es corrector aliado de los padres, mientras que en los Andes del Sur, en los dominios rurales, es aliado del Estado, encarnando los valores más traumáticos que dificultan la supervivencia de las comunidades rurales; lo prohibido, fundamentalmente el crédito absoluto al individualismo y a la falta de reciprocidad para con su grupo de referencia¹⁷⁷.

El pavor que el "sacamantecas" provoca alude al compromiso de la descendencia, el valor del futuro de la familia y el linaje, así como a la forma del asesinato cruento fundamentado

en la violación del cuerpo y la exhibición pública de fluidos y órganos eviscerados. Por el contrario los *kharisiri* expresan el pánico que en las comunidades aymaras contemporáneas produce la pérdida de los referentes adultos, de los progenitores en los que redunda la memoria histórica y el pasado. El pavor que la figura del *kharisiri* canaliza se materializa en el miedo a la asimilación cultural, agresión sutil, taimada, pero continua por parte del Estado. Pero además, el *kharisiri* compromete al propio concepto de persona, al aparecer la grasa humana y la sangre entre sus objetivos de cuestación forzada que representan a las propias entidades anímicas aymaras, elementos de gran significación ritual en la tradición de las poblaciones andinas. El concepto de persona alude a la propia historia social y a la memoria colectiva que las poblaciones andinas reproducen en su entorno, tanto físico como comunitario. Las acechanzas del *kharisiri* no sólo ponen en peligro el cuerpo físico, sino la estabilidad colectiva, los valores fundamentales ligados a la reciprocidad en los dominios rurales y por tanto, la forma de "ser" y de "estar" en el mundo, clara referencia al impacto de la modernidad¹⁷⁸ y el efecto del cambio cultural que las poblaciones andinas continúan padeciendo de forma asimétrica e incontrolada.

Mientras los "sacamantecas" españoles hace tiempo que permanecen encorsetados en el dominio de la imaginación, los cuentos y las consejas de abuelos, como remedio extremo con el que atemorizar a los niños, sus "colegas" andinos caminan por el campo, portafolio en mano por los despachos de abogados, las oficinas dedicadas al desarrollo, las consultas de las postas sanitarias y hospitales o las escuelas, atendiendo como buenos funcionarios las necesidades estatales de sangre india y provocando el más pavoroso de los horrores en el corazón del mundo aymara.

Cierta "moraleja" parece desprenderse de este asunto de los *kharisiri*. La moraleja que emana de la amenaza del *kharisiri* en las sociedades aymaras del altiplano es que resulta contraproducente y peligroso alejarse de la "madre", (tal y como recomendaban en su tiempo los "sacamantecas" hispanos), de la tierra, de la memoria colectiva. La enfermedad del *kharisiri* se cura

en la discreción del hogar, practicando la máxima cerrazón del cuerpo familiar sobre la víctima, ocultándole incluso al propio enfermo la causa de su enfermedad¹⁷⁹; el mejor talismán para evitar los ataques constituye la carne de ombligo, vínculo entre el hijo y la madre, es decir entre el hijo y la memoria histórica del grupo con sus pautas y normas de comportamiento. La dolencia del *kharisiri* no se cura en el hospital, el médico nada sabe del *kharisiri* (al menos terapéuticamente) no otorgándole credibilidad alguna, el mal del *kharisiri* se cura en la intimidad de la casa, igual que los problemas comunitarios se resuelven, al margen de las directrices del Estado, en los cabildos y asambleas comunitarias donde cada comunero expone públicamente su parecer hasta alcanzar consenso; cuando las instituciones estatales y sus representantes pretenden entrar en el cuerpo social aymara, como el *kharisiri* penetra en la vena del comunero dormido, a traición, proponiendo innovaciones arriesgadas, la única forma de subsistir radica en vencer el ataque foráneo cerrando filas sobre la unidad física y social de la comunidad. Son los propios comuneros los que tienen el derecho de manejar y decidir sobre su propio futuro, son ellos los que deben decidir sobre su cuerpo físico y social y sobre su mañana en el tipo de relaciones que precisan establecer con el Estado boliviano. La amenaza de los *kharisiris* ejemplifica la dificultad existente hoy en el entramado correcto de dichas relaciones, dificultades inscritas en la propia biografía histórica del Estado boliviano; si los aymaras y otros grupos andinos no dudan en descalificar a los representantes institucionales del Estado como *kharisiris*, a su vez, los representantes del poder criollo señalan a los grupos originarios del altiplano como "bárbaros" y "salvajes", a sus especialistas rituales como "brujos" y a los representantes de las naciones originarias como "canibales"¹⁸⁰. En definitiva, unos y otros considerados respectivamente como depredadores y amenaza para una propuesta social de convivencia lejos todavía, a pesar de los esfuerzos realizados, de configurar el marco intercultural propicio que de cabida a los legítimos intereses de todos los bolivianos.

La candente cuestión del *kharisiri* no hace sino refor-

zar la consideración final de la variable étnica y las relaciones interculturales en Bolivia. Por fin, los grupos autóctonos encuentran mejores cauces para expresarse y representarse a sí mismos sin necesidad de intermediarios. La lucha de las poblaciones indígenas de Bolivia (y América Latina) incluye modelos de reproducción y construcción de sus respectivas identidades, donde el componente cultural, lingüístico, las peculiaridades productivas y sistemas de vida así como las denominaciones colectivas, han constituido aspectos importantes de las reivindicaciones indígenas. Siempre nombrados por los "otros", de forma despectiva como "indios" en tiempos de la Colonia y la República; "campesinos" tras la revolución de 1952 y finalmente, tras el reconocimiento político de la diversidad cultural boliviana, significados como aymaras, miembros de las naciones originarias de Bolivia en igualdad de derechos con el resto de poblaciones acogidas a la carta magna boliviana. Cabe esperar que una situación de mayor equilibrio en el reconocimiento de la pluralidad cultural de Bolivia bajo el amparo de la nueva Constitución Política del Estado, junto al impacto de las estrategias de desarrollo intercultural en esferas diversas de la vida social boliviana, ayuden a mejorar la convivencia y el sentido de solidaridad entre todos los bolivianos.

Notas:

- 1 Las informaciones que voy a ofrecer sobre el *kharisiri* proceden de mi propio trabajo de campo en comunidades aymaras del Cantón de Ajllata Grande (Provincia Omasuyo), cerca de la población de Achacachi, en las proximidades del Lago Titicaca, especialmente en la comunidad de Tuji Ajllata Alta, así como en el sector de Sotalaya, Cajlata y Morocollo, cerca de la localidad de Ancoraimes (Provincia Omasuyos). Otra fuente de información está constituida por referencias sobre el *kharisiri* recogidas en la comunidad de Qurpa (Provincia Ingavi), así como por parte de residentes aymaras en la ciudad de El Alto, sectores de Villa Dolores y Alto Lima especialmente. Otras aportaciones de referencia en este estudio proceden de la localidad kallawayá de Curva (Provincia Bautista Saavedra) y de los médicos y profesionales de salud de la Red de Salud de Apolobamba con sede en el municipio de Charazani. La documentación so-

bre los *kharisiris*, que voy a presentar procede en parte de versiones anteriores (Fernández Juárez 2000; 2006a); incorporo material etnográfico novedoso recogido en Bolivia en los años 2005 y 2006.

- 2 El propio escritor José María Arguedas relata un acontecimiento peculiar de su infancia en la localidad peruana de Puquio: "En cierta ocasión, un carnicero se había puesto a manera de máscara un cuero de cabeza de carnero recién degollado; cubierta la cabeza con esta máscara aún sangrante, nos persiguió a un grupo de niños. Estuve en cama enfermo de terror durante varios días. Tenía entonces 12 años. Corría por aquellos días (en la pequeña ciudad de Puquio) la noticia de que un *nakaq* rondaba al pueblo (Arguedas 1953:125).
- 3 La formulación verbal, explícita de la posible amenaza del *kharisiri* es una forma habitual de protección en el altiplano aymara paceño, que en este caso no resultó efectiva. La formulación de la duda, el hecho de apuntar a la posible identidad del sospechoso "¿No será *kharisiri*?" constituye amuleto profiláctico importante de la enfermedad. Pero al papá de Adolfo no le resultó suficiente.
- 4 La curación de los *kharisitas*, los que han sido atacados por el *kharisiri*, tiene que ser en silencio, con gran discreción, ocultándole al enfermo lo que tiene; se dice que el enfermo que es consciente de haber sido atacado por el *kharisiri*, fallece sin remedio. En la narración de Adolfo, la terapia al hacerse explícita pierde su eficacia.
- 5 A lo que se refiere Adolfo en este momento de su relato es al preparado ceremonial de las placentas, que depende del sexo del nacido. Estas placentas secas constituyen un ingrediente fundamental en la recuperación de la salud de los *kharisitas*, los enfermos de *kharisiri*. La placenta sirve, igualmente, de amuleto, "carne de ombligo" contra su ataque y está presente, según expresan los pobladores aymaras del altiplano lacustre paceño, tanto en los ingredientes que forman parte de los remedios incluidos en los preparados o "botellas" terapéuticas que se adquieren en numerosas ferias *jampy qhatas* de la zona, como de los componentes empleados por el *kharisiri* para hacer dormir a sus víctimas.
- 6 La enfermedad del *kharisiri* se caracteriza por su naturaleza cálida. Provoca temperatura y gran sudoración.
- 7 *Karinaña*, "Cortar carne, degollar" (Girault 1988: 98). *Kharisiri* significaría "el que corta o degolla en su provecho" (Rivière 1991: 26). Otra interpretación del significado del término es la que aporta Jimmy Zalles: "Les llamaron *kharisiri*, *kharikhari* o *lik'ichiri*. Esto quiere decir: el que te saca la grasa (la energía) desde lejos y sin dejar cicatriz. Un apelativo tan excluyente que es como una condenación a muerte" (Zalles 1999:232).
- 8 Una médico del Centro de Salud de Manquiri, Prov Gualberto Villarroel, Municipio de San Pedro de Curahuara del Dpto de La Paz, me hizo una indicación muy relevante al respecto estableciendo, según el criterio de

los pobladores aymaras de su sector, una diferenciación etnográfica importante; en la zona donde realiza su labor sanitaria, los lugareños distinguen entre *lik'ichiri* y *kharikhari*. La diferencia estriba en la predilección extractiva por uno u otro fluido humano. El *lik'ichiri* extrae la grasa de las víctimas, mientras que el *kharikhari* prefiere la sangre. Tal vez no estaría de más agudizar la referencia etnográfica exacta de cada personaje, lo mismo debemos considerar sobre las figuras quechuas del *ñak'aq* y del *pishtaku*, para ver si existe plena equivalencia entre ellos o no. El debate sobre la predilección por la sangre o la grasa humana como objeto de deseo del *kharisiri* no es un asunto menor, como veremos más adelante.

- 9 *Ñak'aq* se dice en los Andes peruanos del Sur y *pishtaku* en los Andes Centrales y Septentrionales del Perú (Rivera Andía 2007:181; Girault 1988[1972]:101). Existe una abundante bibliografía sobre estos personajes de tanta incidencia en la vida social de las comunidades quechuas y de las barriadas populares de las urbes peruanas. En relación con la figura del *ñak'aq* o *pishtaku* hay que recordar las referencias aportadas por Arguedas en el Valle del Mantaro (1953:218-228); Morote Best (1959) con informaciones de Ayacucho, Apurímac y Cuzco; Bourricaud (1967:197-201) en Puno; Many (1969); Szermínski y Ansión (1982:210-217); Ansión (1987) para Ayacucho y su importante compilación de estudios sobre *pishtacos* y "sacaosjos" (Ansión ed. (1989)); Kato (1990); el clásico volumen coordinado por Molinié en el Boletín del IFEA editado en 1991 (con las importantes aportaciones de Tylor, Bellier y Hocquengheim, Rivière, Salazar, Kapsoli y la propia Molinié). Más recientes son las investigaciones de Guarisco (1998); Hosoya (2002; 2003); Weismantel (2001; 2005:45-62); Herrera y Lane (2006). Esta presencia en el tiempo demuestra el interés que el *ñak'aq* y el *pishtaku* han despertado entre los científicos sociales y antropólogos que se han interesado por los Andes peruanos. Tampoco podemos desmerecer la presencia del personaje en la literatura como es el caso en las obras de Castro (1992), Sánchez Pérez (2005) o el propio Vargas Llosa (1993) en su célebre obra *Lituma en los Andes*. Así como el *pishtaku* y el *ñak'aq* del Perú han gozado de prioridad importante entre los antropólogos, también encontramos documentación abundante sobre su versión aymara boliviana, *kharisiri*, *lik'ichiri* o *kharikhari*, que es en la que nos vamos a detener especialmente en este libro. Sin ánimo de resultar exhaustivo merece la pena reconocer las contribuciones y referencias de Paredes (1975 [1920]: 22-26); La Barre (1948: 167); Oblitas (1978 [1963]:123); Tschopik (1968: 145); Buechler y Buechler (1971: 91); Monast (1972:244-245); Girault (1988[1972]:98-102); Aguiló (1980;1985:38-39); Paredes Cardia (1981:82-84); Carter y Mamani (1982: 293); Berg (1985:101-102); Bastien (1986:12); Portugal (1991:237-249); Rivière (1991:23-40); Wachtel (1997 [1992]:57-66;67-82); Castellón (1997); Abercrombie (1998:404-407); Charlier (1998:55-

- 70); Martínez (1998); Huanuco y Pauwells (1998:121-146); Albó (1999:17,18); Zalles (1999:230-232); Canessa (2000); López García (2001:104-105); Spedding (2005:26-64); Fernández Juárez (1995:71,172,173;1999; 2000:281-324; 2002a:179-184; 2006a:51-62). La significación contemporánea del personaje y su "tirón" popular queda reflejado en la reciente película "El misterio del kharisiri" del cineasta puneño Henry Vallejo y estrenada en Puno (Perú) hace un par de años.
- 10 Dolencia conocida como *cápac hucha* y que al parecer exigía el sacrificio de niños por parte de los caciques de los diferentes *ayllus* y provincias del *Tawantinsuyu* (Duviois 1976:11-57).
- 11 José de Acosta, Libro Quinto de la Historia Natural y Moral de las Indias Cap. XIX (1954: 161).
- 12 "Se trate de sangre humana o de sangre animal, los rituales amerindios han aparecido a nuestros ojos como actos provistos de una crueldad y barbarie para cuya aceptación no parecía, curiosamente, habernos preparado la contemplación diaria de Jesús crucificado. Aunque, bien es cierto, que algunos de los cristos americanos del barroco son capaces todavía de herir nuestra mirada; como si el "sacrificio" de Jesús solamente en manos indias pudiera recuperar su capacidad para expresar la violencia que contiene". (Gutiérrez Estévez 2004:282).
- 13 Esta denominación de "soldado" permanece en la acreditación de los jóvenes ayudantes de los maestros ceremoniales *aymaras*, *yatiris* y *ch'amanas* (Fernández Juárez 2004d).
- 14 Estas imágenes espectrales parecen sacadas del proceso de las brujas de Salem en Nueva Inglaterra en 1692 (Starkey 1961 [1950]).
- 15 *Nakag, Nak'ag*, degollador.
- 16 "Se puede admitir que el *lik'ichiri* es una creación posterior a la colonización española, pero es posible que esta creación haya hecho préstamos a categorías y lógicas de clasificación y de exclusión mucho más antiguas" (Rivière 1991:25). En este sentido, la ogresa *Dzimukwa* en los bosques de la Costa Noroeste del Canadá, entre los grupos *kwakwaka'wakw*, destaca como empecinada "asustachicos" en sus poblados y aldeas (Enma Sánchez Montañés, comunicación personal)
- 17 Ya hemos aludido a este hecho en la descripción de los sacramantecas ibéricos. Sabemos que la consideración de la grasa y la sangre humanas como remedios terapéuticos es algo muy antiguo, como hemos observado en los antecedentes clásicos sobre los sacramantecas ibéricos. La valoración de los fluidos y su utilidad para curar ciertas enfermedades excede en antigüedad a la popularidad de los sacramantecas. Igualmente hemos visto la disparidad de denominaciones que adquiere en las diferentes regiones de España; sólo tras el siglo XIX español parece popularizarse el término "sacramantecas".
- 18 "No me voy a meter en la cuestión de si o no el *kharisiri* es una figura de

origen puramente colonial. Me parece que tales indagaciones son inútiles, porque tratamos de una cultura sincrética, donde elementos nativos y europeos se han enredado hasta tal punto que no se los puede desatar" (Spedding 2005:35).

- 19 *"Hacen dormir rezando el Padre Nuestro al revés, sacándose un contrato con su propia sangre, con la pachamama"* (Adolfo Mamani, Qalata San Martín). Esta idea del contrato o "pacto" semeja el concepto de pacto diabólico efectuado con la propia sangre del interesado, habitual en los procesos inquisitoriales por brujería, y que forma parte de lo que Levack (1995) define como concepto acumulativo de brujería. Las oraciones católicas invertidas eran empleadas por brujos y hechiceros y aparecen en las acusaciones de los procesos inquisitoriales en Europa. Una de las pruebas de la titularidad de la bruja era precisamente su imposibilidad para poder rezar convenientemente las oraciones católicas. El sueño parece coaligarse con los intereses de los *kharisiris*. El celo madrugador de algunos párrocos y el propio personal de salud que tiene que recorrer largas distancias, no pocas veces a pie, muy temprano, produce recelos y sospechas entre los comuneros aymaras que creen verse sorprendidos en el sueño. Adolfo Mamani me comenta el caso de unos jóvenes por Tiquani. Estaban los jóvenes somnolientos sobre los bancos de la plaza. Un señor se acerca a uno de ellos, le descubre el costado, el joven se despierta "¿Qué cosa carajo?" y el otro dice "¡calmate, calmate!... te voy a pagar... no digas nada".
- 20 Un lugar particularmente peligroso donde la amenaza y presencia de los *kharisiris* resultan muy significativas es en los minibuses y colectivos de El Alto y La Paz y en los medios de transporte que viajan a las comunidades del Lago Titicaca. Comunidades del altiplano lacustre que se caracterizan por el tránsito de vehículos como Tiquina, Warina, o Achacachi, se dice que son feudos importantes de los *kharisiris*. Marta Warachi confirma este parecer *"Ahora van con terno y corbata en los minibuses (los kharisiris)"*. Me parece muy significativo este apunte de Marta que parece aludir a la "crisis de las corbatas" en Mayo – Junio de 2005.
- 21 *"Saca grasa con su jeringa; deja cicatriz; el paciente se muere si no cura antes"* (Dominga Quispe, Escoma). Los *kharisiris* sacan grasa del costado derecho, me explica Adolfo, la parte muscular que denomina *chillka* ("bilis" según De Lucca, 1987: 37); sacan con una jeringa y se ve claro, según Adolfo, el moratón que produce en la espalda en la zona afectada de la víctima.
- 22 Parece existir cierto acuerdo en la consideración del interés de la grasa humana como algo antiguo para los *kharisiris* quienes detentan en la actualidad un mayor interés por la sangre de los pobladores aymaras, al menos en las comunidades ribereñas del Lago Titicaca, de todas formas es una cuestión todavía poco clara sometida a debate incluso en los propios

matrimonios, tal y como recogí en una visita a la casa de Severino, kalla-wayá originario de Chajaya: "El *kharisiri* saca grasa", afirma Severino, pero su mujer, Sofía originaria de Caranavi le responde "Más antes sacaba grasa, ahora dicen que sangre". El cambio de preferencia de la grasa a la sangre por parte del *kharisiri*, parece estar presente en las barriadas populares de El Alto, La Paz y en las comunidades ribereñas del Lago Titicaca, más proclives aparentemente a los procesos de cambio cultural, por su proximidad a las principales vías de comunicación, que las comunidades rurales distantes y aisladas.

- 23 Rigoberto Paredes relaciona a los *kharisiris* con el impacto que debió producir entre los indígenas el ajusticiamiento por degüello y descuartizamiento de las víctimas: "Poco a poco y a medida que las ejecuciones en esa forma disminuyeron, la imaginación de los indios fue confundiendo al verdugo con el fraile que acompañaba al condenado a la pena de muerte, hasta que el primero se borró de su memoria y sólo el último quedó con el mote de *kharisiri*, terminando por tenerle miedo a causa de considerarlo ladrón de grasa humana" (Paredes 1978 [1920]: 24).
- 24 Son numerosos los testimonios recogidos sobre curas y sacerdotes supuestamente *kharisiris* relacionándolo con los tiempos de los "abuelos". Recuerdo las narraciones que implicaban a los sacerdotes y párrocos de Achacachi, Caranavi y Nasaqara, por ejemplo. Escuché semejantes rumores en Sucre. La gente insiste en que son versiones antiguas, es decir parece acreditar la figura más "tradicional" de la imagen del *kharisiri*. La estampa es muy semejante en los diferentes testimonios que aluden a la figura del sacerdote, recorriendo los caminos solitarios a horas inapropiadas, de noche, muy tarde, o en la mañana muy temprano, montando a caballo, enfundado en ropa y sombrero negro y haciendo sonar una campana o cascabel del propio caballo. El sacerdote es descubierto por la comunidad al producirse un número relevante de fallecimientos sin causa aparente, siendo sorprendido el padre en uno de sus paseos nocturnos. El relato sobre el párroco de Nasaqara es todavía más truculento, ya que los pobladores, según el relato de Adolfo Avendaño, cuartean al "sacerdote-*kharisiri*", lo queman y se lo comen. Desde entonces a los pobladores de Nasaqara se les dice "come hombres". Más allá de los detalles anecdóticos del relato y los añadidos de la tradición oral sobre el caso, me parece relevante el "estilo" de la actuación del "sacerdote-*kharisiri*" y su imagen, coincidente en la mayoría de los casos. Lo cierto es que la forma de ajusticiamiento por parte de la comunidad del sospechoso de ser *kharisiri* coincide en parte con el relato de Nasaqara; al *kharisiri* se le quema y sus cenizas son aventadas en las cuatro esquinas o límites de la comunidad (Watchel, 1997; Rivière 1991).
- 25 Una característica peculiar de la apariencia de los *kharisiris*, según las descripciones etnográficas, es que aparecen con frecuencia con la cabeza y el rostro tapados, ¿reminiscencia de la capucha de los monjes?

- 26 No son habituales las personas obesas en el altiplano aymara (Loza-Balsa 1989:32).
- 27 Severino Vila, es mucho más concreto en esta apreciación: "La gente que come coca tiene esa grasa que el *kharisiri* busca". Otras versiones aluden a la gente "comedora de ch'ño", (Salazar, 1991:10) en cualquier caso a los campesinos de las comunidades andinas o aymaras.
- 28 Q'ara: Mondo, limpio de cosas inútiles.// Pelado que no tiene piel.// Desnudo pelón.// Yermo, desierto.// Dícese de las personas de raza blanca, (De Luca, 1987:142). El término se emplea en referencia a la gente de la ciudad, los blancos de los que se considera no tienen nada que hayan ganado con justicia, por eso se les dice *q'aras*, pelados, sin cultura.
- 29 Recordemos que la consunción es un síntoma manifiesto de la tuberculosis.
- 30 Esta apreciación sobre el cuerpo del enfermo que se vuelve enjuto y seco lo aproxima a las tesis del *sojamiento* en los procesos de brujería en España (Tausiet 2004); tanto el cuerpo del *sojado* como del que ha perdido su *ajayu* o del *kharisuta* se secan (Fernández Juárez 2004c). El hecho de que no mire de frente, de que no mire a los ojos es síntoma inequívoco de que el enfermo de *kharisiri* "se ha asustado" igualmente. La vinculación entre el mal del *kharisiri* y la enfermedad del "susto" es un asunto que trataré en un epígrafe posterior.
- 31 Según Carmelo Condori de la comunidad de Tuqi Ajllata, el *kharisiri* se viste con cueros de animales, especialmente con cuero de perro. Se cuentan casos de personas que han lanzado piedras a los perros y estos han salido gritando "como gente" y dejando allá los cueros. Carmelo afirma haber visto ya en varias ocasiones a los *kharisiris* quienes se ocultan su rostro con un mantel, sentados al lado del camino. Castellón (1997:10) recoge una información sobre *kharisiris* aparecidos acechando el ganado bajo la forma de mula. Las mujeres *kharisiris* se dice que visten polleras verdes y pueden también transformarse en serpientes (Magaly Terrazas, información personal procedente de la localidad orureña de Santiago de Llalagua).
- 32 Se sospecha que la grasa empleada para hacer remedios y medicinas o la sangre "*para colocar a otros en el hospital*", son fluidos que testimonian la colaboración entre las unidades hospitalarias y los *kharisiris* en el altiplano.
- 33 Interesante apreciación por lo que hace referencia a los procesos de aculturación y cambio cultural canalizados desde la escuela formal, frente a los valores de corte más tradicional sobre los que fundamentan su existencia las comunidades aymaras del altiplano.
- 34 La sospecha y el rumor actúan en la definición comunitaria del *kharisiri* reafirmando la naturaleza del personaje y resaltando sus rasgos más sobresalientes (Guarisco 1998).
- 35 Recuerdo en la comunidad de Tuqi Ajllata Alta, cerca de Achacachi, la insistencia en aplicar a una de las familias de la comunidad la sospecha de

ser *kharisiris* simplemente por el servicio de contratista de mano de obra que uno de los comuneros cumplía respecto a una hidroeléctrica que se estaba construyendo en los Yungas. La capacidad autoritaria y la decisión de definir quien se iba a beneficiar de ese dinero adicional y quien no, resultó suficiente para levantar el bulo de su connivencia con los ingenieros de la hidroeléctrica y su talante como *kharisiri*.

- 36 Asistí asombrado, durante mi primera temporada de campo, en el año 1988 en el Alto de La Paz, en el sector de Faro Murillo a una situación verdaderamente sorprendente, desde la perspectiva de un recién llegado a La Paz. En una borrachera, unos vecinos de la comunidad lacustre de Cajaita, cerca de Ancoraimas, en el Lago Titicaca, habían acusado a uno de los miembros de la familia con la que yo vivía en su casa de Faro Murillo de ser *Kharisiri*. De inmediato el padre del acusado se acercó a un abogado de La Paz para sacar un requerimiento notarial en contra de dicha acusación que los afectados llevaron a la propia comunidad en el Lago para que no quedara el más mínimo atisbo de sospecha, ante sus vecinos comuneros, sobre la inocencia del encausado. Al poco rato los que habían difamado el honor de la familia se presentaron en su casa para disculparse y "abuenarse", achacando al alcohol y sus excesos la ofensa realizada. Es costumbre la sentencia que en el campo aymara se practica de que "de borracho" no hay que ofenderse, pero en esta ocasión me sorprendió la contundencia del cabeza de familia en no reparar en gastos para conseguir un "papel", que con los sellos oficiales correspondientes, sirvieran para exonerar de toda culpa, a su hijo y a toda la familia, ante la comunidad. Entonces me pareció un abuso inconcebible la actuación del abogado, sacando "plata" por un asunto imposible de probar ante el carácter mítico y no real de la afrenta objeto de la denuncia. Durante algún tiempo conservé una copia de aquella resolución judicial que hoy debe yacer en alguno de los cajones de mi biblioteca. Mejor así. En cualquier caso, según supe luego, el motivo de la injuria fue el que Germán, que así se llamaba la persona afectada, estuviera bebiendo y gastando dinero abundantemente en la feria de Villa Dolores, en El Alto de La Paz, cuando, por aquel entonces, era un joven sin oficio ninguno. La ostentación de riqueza que Germán mostraba en la fiesta levantó las sospechas de sus vecinos y paisanos de la comunidad.

- 37 "Ya todo el año es tiempo de *kharisiris*" (Carmelo Condori, Tuqi Ajllata)

- 38 El la localidad kallawayá de Curva, me comentaron que los *kharisiris* aparecen tanto en agosto como durante la época de la cosecha, lo que parece concordar con los datos de Ayopaya en Cochabamba, recogidos por Iván Castellón (1997) que hace de abril, época de *kharisiris* en los valles, a pesar de que la institución del *kharisiris* parece acreditar una especial significación altiplánica (Spedding 2005:34). Pedro Chura de la comunidad de Tuki Ajllata Alta era de la opinión de la presencia masiva de *kha-*

risiris en agosto por la calidad de la sangre de los comunarios, al haber más variedad y cantidad de comidas, una vez terminada la cosecha y elaborado el *ch'uña*. Adolfo Mamani considera que agosto, *lakani phaxi* (el mes que tiene boca) aparecen más, los *kharisiris* "es su temporada; agosto loco". En agosto, dice Adolfo, aparecen los *kharisiris* y menudean los casos de locura en relación con los maléficos *anchanchos*. Por su parte Paredes Candia (1981:83) nos dice: "Este personaje sólo camina los meses de agosto a diciembre".

- 39 *Waxt'as*. Mesas, ofrendas rituales, elaboradas con diversidad de ingredientes, que se queman en los cerros durante el mes de agosto (Girault 1988[1972]; Fernández Juárez 1995; 1997; 2004d).
- 40 Así lo refleja Julián López (2001:114); extenderse el propio sudor y consumir "ajo de castilla", afecta a la propia calidad de la grasa india, licuándola y haciéndola inservible a los fines que pretende el *kharisiri*.
- 41 Es una creencia común en los Andes el hecho de que las campanas fundidas con grasa humana, suenan mejor. Este tipo de consideraciones antiguas aparecen reflejadas en la reordenada configuración de leyendas urbanas relacionadas con el hombre del saco y toda una pléyade de personajes que buscan la grasa y la sangre de los infantes para lubricar ingenios mecánicos e industriales (Ortí y Sampere 2002; Urbano 1988).
- 42 El sistema cálido-fresco presente en las concepciones andinas y aymaras de la enfermedad, no obedecen tan sólo a criterios térmicos sino fundamentalmente simbólicos (Gutiérrez Estévez 2000).
- 43 El interés de la grasa de los riñones como fluido vital y su vinculación con la representación individualidad y el alma de los seres humanos no resulta exclusiva de las poblaciones andinas; Lévi Bruhl (1985[1927]:107) documenta su presencia entre grupos australianos. En una de las cartas de los pioneros de Victoria indica: "La más terrible de sus supersticiones es que creen que el hombre sólo muere cuando es matado, que cuando está enfermo su cuerpo está abierto y se ha atacado sus riñones y su grasa lo que le causa la muerte; y que sólo la grasa o los riñones de otro pueden curar la enfermedad. Creen también que puesto que los riñones y su grasa constituyen la vida del hombre, el hecho de comerlos dobla la fuerza y el vigor del que los come. Por esto nunca matan un "negro salvaje" - pues así los llaman- sin recoger esta parte de su cuerpo".
- 44 *Yatiri*, "sabio". Especialista ritual aymara diestro en la consulta de hojas de coca y en la elaboración de ofrendas rituales (Fernández Juárez 2004d).
- 45 *Kallawaya*: Especialista médico, naturista y ceremonial oriundo de los valles de Charazani y Chajaya, entre otras poblaciones características de la provincia Bautista Saavedra, al Norte del Departamento de la Paz (Bastien 1996; Fernández 1998d; Rösing 1995; Ranaboldo 1989; Vulpiani 1993; Girault 1987). En el año 2003 la UNESCO concedió a la cultura y

- medicina kallawayas el reconocimiento como Patrimonio Inmaterial e Intangible de la Humanidad.
- 46 Incluso en el interior del Paróptico de San Pedro en La Paz encontramos relatos que relacionan la placenta, especialmente proveniente de un parto de varón, con las prácticas terapéuticas aymaras sobre la enfermedad del *kharisiri*: "El marido ayudó a la señora a parir. Dice que es el segundo hijo que hace nacer, Lavó la placenta y la puso a secar porque tiene propiedades curativas. Sobre todo si el hijo que ha nacido es varón sirve para curar la enfermedad del *Kharikhari*" (Francesca Cerbini, comunicación personal)
- 47 Adolfo Mamani comenta que el sabor del contenido de la botella es agrio y que está elaborado con grasa de difunto.
- 48 *Wayruru*. *Abrus presicatorius* (Girault 1987:236-237).
- 49 *Aitamisa*. *Ambrosia peruviana* (Girault 1987:444).
- 50 *Andres waylla*. *Cestrum hediondium* (Girault 1987:388).
- 51 *Qutu-qutu*. Existen dos opciones recogidas por Girault. *Baccharis* sp. (Girault 1987:433); *Notholaena surra* (Girault 1987:107).
- 52 "Sueda que suelda". *Dendrophthora ramosa* (Girault 1987:163).
- 53 Elementos que el *yatiri* Macario Vargas emplea igualmente en la llamada del *ajayu*
- 54 A Jhonny Alfaro, natural de Caquiaviri, su hermana le recomendaba no quedarse nunca a dormir en Tiquina por la abundancia de *kharisiris*.
- 55 Esto explica el miedo latente al *kharisiri* en las grandes ciudades, en los núcleos urbanos donde la foraneidad y el anonimato resultan máximos (colectivos, minibuses, pensiones, parques, terminales de transporte, etc).
- 56 Este tipo de comportamiento en que el cuerpo de la víctima semeja el de una res colgada del gancho carnicero para su despojo, coincide con diversas informaciones sobre las actuaciones de los sacramantecas ibéricos. Quiero mencionar en este aspecto la información que el profesor José Manuel Pedrosa recogió sobre el "Niño Ricardito" en una población del Norte de España en la que se insistía en la abundancia de sacramantecas en Madrid y en concreto en el hospital que se encontraba en las inmediaciones de la Estación de Atocha, donde se decía que los niños pequeños eran secuestrados y colgados de ganchos carniceros boca abajo para que los médicos pudieran extraerles la sangre con la que curaban la tuberculosis de los enfermos, de alta alcurnia, que tenía el hospital (José Manuel Pedrosa, comunicación personal).
- 57 En la bibliografía boliviana aparece una referencia de Costa Arguedas (1967) que cita Paredes Candia (1981:83) para el *lik'ichiri*, de vinculación en este caso quechua en la que dice: "Para el quichua, según referencias de Costa Arguedas, recibe el nombre de *lik'ichiris* y "salen en número de cinco o diez de cada capital, "ordenados" en los conventos, vistiendo hábitos blancos de frailes con los rostros enmascarados, provistos de una

campanilla y para no pasar desapercibidos, abúscen de víveres para muchos años. Acampan en lugares solitarios donde clavan gruesas alcayatas para engarfiar cadáveres descuartizados por ellos, y recibir en grandes tarros la grasa humana, valiosa para sanar la sífilis"⁶⁰. (Paredes Candia 1981: 82). Nótese que Costa Arguedas vincula de forma implícita este procedimiento de actuación del *lik'ichiri* con las categorías expresadas por los sacamantecas peninsulares al hacer alusión a la grasa humana como remedio de la sífilis; por otro lado este procedimiento violento del *lik'ichiri* se expresa en ámbito quechua, según el autor, y no aymara.

- 58 Merece la pena considerar estos dos procedimientos o actuaciones como lugares de expresión de violencia diferenciados bajo la faz de dos personajes que muestran recorridos etnográficos aparentemente similares, pero que difieren sustancialmente en este rasgo determinante de su actuación. La versión "eviscerada" y la "taimada" ejemplifican y caracterizan de forma significativamente distinta a *pishtakus* y *kharisiris*. Sobre las expresiones de la violencia en contextos amerindios ver el reciente trabajo de Julián López y Pedro Pitarch (2006).

- 59 El principio y el final de la vida unidos en el producto que el *kharisiri* emplea para que su víctima pierda la consciencia.

- 60 También aparecen referencias al corte del ombligo para extraer la grasa, como indica Oblitas: "El *khariciri* es un ente fabuloso que tiene la figura de un Cura. Se halla muido de un cuchillo afilado que le sirve para cortar el ombligo de su víctima de donde le extrae la grasa que es su alimento" (Oblitas 1978 [1963]:123).

- 61 Resulta tentador buscar un paralelismo con determinadas fiestas no exentas de sacrificio ritual tal y como resultan las fiestas de toros. Pedro Romero de Solís, estudioso y experto de la tauromaquia, me comentó esa relación existente entre regiones habituadas en la América Prehispánica al sacrificio sangriento, también humano, que aceptaron con mayor facilidad las corridas de toros o el propio sacrificio de la misa católica, complemento habitual de las fiestas del Corpus Christi (Romero de Solís 2002: 253-261).

- 62 Podíamos incluso valorar la presencia de un proceso continuo que va desde las formas más radicales y obsesivas por las aperturas corporales de las víctimas (mayor parte de las informaciones etnográficas sobre *nak'aq* y *pishtakus*), pasando por un modelo de transición, como el que muestra Girault 1988 [1972:98] en el que el *kharisiri* cose la herida provocada en la víctima antes de que despierte: "... entonces, hacen con un cuchillo una incisión sobre el lado derecho del abdomen y extraen toda la grasa de su cuerpo; luego cierran la herida de modo invisible..."; para concluir en la forma taimada y silenciosa, sin apenas apertura corporal de la víctima ajena a lo que le ha sucedido, que es la forma más extendida entre los aymaras lacustres y citadinos paceños y añaños en la actualidad.

- 63 Solitario quiere decir lejos de la protección comunitaria, lejos de las relaciones humanas que parecen incompatibles con los deseos del *kharisiri*. Basta con caminar acompañado de alguien para evitar el ataque del *kharisiri*. Promover las relaciones sociales constituye un antídoto eficaz contra el *kharisiri* y sus asechanzas. Es por eso que los lugares apartados, las *apachitas*, son lugares tradicionalmente peligrosos para los viajeros y caminantes solitarios. Pero igual de peligroso es el cuartel, las terminales de buses o los propios minibuses, expresiones urbanas postmodernas de la soledad por antonomasia; lugares donde es más fácil sentirse extraño, sólo y rodeado de foráneos, circunstancia que conocen bien los comuneros y residentes aymaras al llegar a la ciudad.
- 64 Existen otras versiones que advierten que el *kharisiri* actúa ya todo el año, "Ahora todo el año es tiempo de *kharisiri*" (Carmelo Condori) y que no hace sino reflejar los cambios asociados a esta institución cultural de tanta vitalidad en el altiplano aymara; cambian las sociedades aymaras y sus *kharisiris* parecen adecuarse a los nuevos tiempos y sus necesidades de expresión social y simbólica.
- 65 Así como resulta imposible extraer información etnográfica directa sobre algún *kharisiri* "real" y confeso, (otra cosa son las opiniones que dentro de la comunidad se tienen sobre determinada familia o persona de la que se asegura que es *kharisiri*) sin embargo resultan abundantes las referencias sobre las víctimas del *kharisiri*, los hombres y mujeres *kharisitas* o *lich* 'ichados (Spedding 2005:43-46).
- 66 Personaje maléfico polimorfo (enano barrigón, insecto, chola adinerada, gringa desnuda), de gran poder sexual, dueño del "oro vivo" que hace enloquecer a sus víctimas en las quebradas solitarias del altiplano (Fernández Juárez 1998a; Spedding 1992).
- 67 Recordemos la importancia ceremonial de los estados alterados de consciencia en las poblaciones amerindias (Gutiérrez Estévez, entrevista en AIBR, Abril 2003)
- 68 Una de las formas habituales de iniciación de los *yatiris* consiste en ser golpeados por el rayo, también es común que su aprendizaje se realice a través de sueños (Fernández Juárez 2004d). Sobre el valor ceremonial de los sueños en diferentes grupos amerindios ver (Perrin 1990) y (Tedlock 1995).
- 69 Bourricaud (1987:199) contempla una importante percepción sobre la imagen del otro y los degolladores en Puno: "Para la gente de Ichu, el *ñakak* era un padre salesiano. Para ciertos *misti* no sería sorprendente que fuera un indio". Esta "clarividencia" etnográfica sobre el "otro" étnicamente diferenciado, como *kharisiri*, ya no parece tan sólida ni concluyente, ya que en muchas ocasiones ni siquiera se tiene una idea concreta de quien puede ser el responsable del ataque (Spedding 2005:50).
- 70 Cuando muere una parturienta es preciso extraerle la *wawa* del interior,

- la persona encargada de hacerlo recibe la denominación de *khariri*, "cordador" (término que en las pampas de Machaqa se emplea de forma sinónima a *kharisiri*) que realiza una especie de "cesárea", a través del costado materno. Al parecer las jóvenes generaciones desconocen esta técnica, la gente mayor sabía por su experiencia en degollar de esta forma a los animales (Arnold, Yapita y Tito 1999:130).
- 71 Ofrendas complejas constituidas por ingredientes de diferente naturaleza (vegetales, animales, dulces, hojas de coca, sebos) con su correspondiente expresiones sensibles y diferenciadas, que constituyen dones alimenticios de los seres tutelares del altiplano (Girault, 1988; Fernández Juárez 1995; 1997).
 - 72 En la ciudad de La Paz sucede algo semejante, si bien los residentes aymara de El Alto y de las barriadas populares de la hoyada adaptan el contexto ceremonial de agosto a las específicas características de la vida ciudadana; el mes de agosto supone un hervidero de propuestas ceremoniales que tanto *yutiris* como *kallawtyas* complimentan con eficacia a los diferentes grupos sociales y culturales de la ciudad. El dominio mestizo y latino comparte lógicas semejantes a las de los residentes aymaras o quechuas en agosto, de tal forma que profesionales liberales, farmacéuticos, militares, arquitectos y abogados, no dudan en *ch'allar* sus negocios y hacer sus correspondientes mesas con la intención de que los negocios fructifiquen y cristalicen en solventes carteras de clientes. Indudablemente la "pega", el trabajo, es una de las prioridades en las solicitudes rituales de los residentes aymaras urbanos (Albó *et al*, 1983).
 - 73 Los encantos asociados a la aparición de tesorillos mágicos son frecuentes en la etnografía peninsular ibérica, así lo muestra para el caso de Galicia, César Antonio Molina en su presentación de la obra de Alvaro Cunqueiro, *Tesoros y otras magias*, 1984: "Galicia es un país de tesoros, ocultos en los castros, sumergidos en las lagunas, enterrados aquí o allá y casi siempre bien guardados por moros, enanos, gigantes, hadas, culebras...son los llamados encantos" (Cunqueiro 1996[1984]).
 - 74 Animales y seres humanos presentan categorías y expresiones ceremonialmente intercambiables en algunas tradiciones culturales (Abercrombie 1986; Christian 2004).
 - 75 Joven casadera en aymara.
 - 76 Para un estudio comparativo de categorías de expresión cognitivas sobre la grasa desde una perspectiva transcultural, ver la reciente publicación de Kulick y Meneley (2005).
 - 77 Para una tipología sobre las diferentes categorías de sangre en términos de los mayas-ch'ortis de Guatemala, ver el trabajo de Julián López García (2006:387)
 - 78 Volveré a tratar este hecho en el último capítulo del libro en el que se aborda la relación estrecha existente entre los profesionales de la salud y los

- kharisiris*, según los pobladores aymaras. Esta categorización del médico como *kharisirí* limita de forma sustancial las posibilidades de actuación de los profesionales de la salud en el altiplano (Fernández Juárez 1999).
- 79 La decoración de los fetos de llama y su ubicación en la ofrenda ceremonial semejan su vitalidad adquirida; reciben un tratamiento adecuado a su consideración como seres vivos que han sido dotados de los fluidos pertinentes (Fernández Juárez 1997). Quizá merece la pena recordar las quejas de las huacas andinas en pleno proceso del movimiento nativista del Taki Onqoy en el siglo XVI, el testimonio lo ofrece Cristóbal de Molina: "... que ya las huacas andavan por el ayre secas y muertas de hambre porque los yndios no les sacrificavan ya, ni derramaban chicha..." (Molina, 1989[1571]:130).
- 80 Recordemos que los sacramantecas ibéricos, a pesar de su denominación, priorizan la colecta de sangre entre sus víctimas, si bien interesan de forma simultánea ambos fluidos, sangre y mantecas, generalmente infantiles. En el caso de los *kharisiris* las informaciones revelan una decisión excluyente: o grasa o sangre, pero no las dos a la vez.
- 81 Si bien la imagen del *kharisirí* como representación del "otro" ha sido una de las formas usuales de análisis de su figura, su complejidad e inferencia en la vida de las comunidades aymaras necesita de otras búsquedas diferentes. Como indica Spedding (2005:50), con relativa frecuencia, las referencias sobre las personas *kharisiris* suelen resultar tan vagas e imprecisas que no podemos contentarnos con la simple representación del "otro" étnica y culturalmente distante.
- 82 Este rasgo de configuración étnica asociada al tipo de grasa y alimentación aparece también en textos coloniales bien conocidos, como la crónica de Arriaga (1621): "...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 estotro sebo Bira, sebo de los carneros, y mezclan también harina de maíz y cuando la del español, harina de trigo" (Arriaga 1621/ 1968: 210-211). Tampoco olvidemos las reivindicaciones sobre comida, vestuario y prácticas rituales que se establecen como referencias reivindicativas fundamentales de las huacas durante la revuelta del Taki Onqoy (Millones 1973:83-103; Millones (comp.) 1990; Fernández Juárez 1998b)
- 83 Ver también el texto de Vokral (1991) y Fernández Juárez (2002b).
- 84 El hecho de comer productos secos y resistentes se me argumentó en una reunión comunitaria en la comunidad de Tuqi Ajllata Alta (Provincia Omasuyo) como principal criterio para que la comunidad estuviera tranquila frente a la previsible entrada del cólera en el país, en el año 1991. Los comuneros de Ajllata aseguraban que la gente de la ciudad "por lo

- que comen, alimentos ricos (dulces) y grasos" iban a ser muy vulnerables a la enfermedad. La homología era contundente, los campesinos aymaras de cuerpos fibrosos, secos y resistentes, "fabricados" por los productos deshidratados del altiplano, nada tenían que temer de esa enfermedad, mientras que la gente de la ciudad de cuerpos gordos, pero endeble por razones de su dieta (y de su sebo podríamos añadir), eran concebidos como extraordinariamente vulnerables. Sobre la infrautilización de la posta sanitaria de Ajllata Grande siempre recibía la misma respuesta: "No sabemos enfermar".
- 85 Por otro lado, la referencia sobre la idea del cuerpo que se estima más oportuna en la zona lacustre de Bolivia, entre las comunidades del Lago Titicaca, es la imagen de la piedra; el cuerpo debe ser ante la amenaza de la enfermedad como una piedra, dura, hermética y resistente, resultado de los alimentos secos que constituyen la dieta habitual de los pobladores aymaras (Fernández Juárez 1998b: 270).
- 86 No es sencillo establecer una relación terminológica unívoca ni en quechua ni en aymara, entre términos y visceras, se utilizan referentes muy genéricos para destacar el carácter "interno" de los órganos, pero poco más. Las traducciones literales de *chuyma* y *sonqo*, por ejemplo, para "corazón" parece que no resulta del todo exacta permitiendo una mayor riqueza semántica que su aparente traducción castellana, posibilitando una categorización más amplia y por tanto más ambigua como "tripas". Este aspecto resulta de la mayor importancia en el dominio de la salud, ya que *sonqo* se puede emplear, en el ámbito quechua, tanto para "corazón" como para "pulmones", por ejemplo. (Platt, comentario personal y profesionales de la salud de los cursos en salud intercultural del SEDES-La Paz (2005-2006) y de Potosí, proyecto Willaqkuna, 2006).
- 87 Gilles Rivière (1991:26) comenta: "Lik'ichiri se pronuncia a veces likichiri, término que no nos aleja de la definición anterior; la *lika* (término que también significa "tela" o "red") o *llamp'u* ("suave", "tierno") es la fina membrana blanca y grasosa ("redaña") que recubre la panza del animal".
- 88 Información que debo al profesor Manuel Gutiérrez Estévez. Las interioridades del cuerpo son conceptualizadas como valiosas y relacionadas con el pasado en diferentes poblaciones amerindias (Gutiérrez Estévez 2002).
- 89 Tres son las entidades anímicas de los *jaqi* aymaras: de adentro hacia fuera y de mayor a menor importancia: *ajayu*, *animu* y *kuraji*. Son denominadas *kimsa ch'iwiri*, las tres "sombras" gemelas que de hecho se ven afectadas con su pérdida provocando aflicciones y enfermedades a la persona tras el ataque del *khavisiri*. La solución terapéutica del mal del *khavisiri*, suele acompañarse por la intervención del *yutiri* en la recuperación de estas "sombras" que se extravían como veremos luego (Fernández Juárez 2000, 2004b).

- 90 "...el lik'ichiri extrae la grasa-rara vez la sangre- del cuerpo de sus víctimas. En los Andes este producto, como la sangre (wila, en aymara) es asimilado con la fuerza de la persona y más particularmente con su "alma" (ajayu), se dice que "el lik'ichiri roba el corazón o el alma de su víctima" (Rivière 1991:27).
- 91 "La grasa, tan codiciada, es sólo una de las cosas valiosas que se guardan en el interior del cuerpo, y como otras de ese mismo espacio, es tanto más valiosa cuanto más escondida esté en las más profundas interioridades ("el sebo que está sobre las entrañas", dice Yahvé). Pero, ¿está escondida por ser algo tan apreciado? O más bien, ¿es tan apreciada por ser algo que está escondido? Nuestra percepción de lo interior, de lo no visible, de aquello que no forma parte de la apariencia sino que es su fondo, nos conduce a atribuirle, siempre el máximo valor[...] Cómo en el interior del cuerpo, dentro de la tierra están escondidos los tesoros, los secretos y el pasado; allí se sitúan también los mayores peligros, incluidos los ardores inextinguibles del infierno" (Gutiérrez Estévez 2002:92,93).
- 92 "La "sombra", entonces, goza de una estrecha relación con la energía vital y con el vehículo material de esta: la sangre. De una persona psíquicamente débil, o temerosa, o tímida, o muy fácil al miedo y, por consiguiente a la pérdida de la "sombra", se dice que tiene la "sangre débil", o la "sombra baja". Una persona de "sangre fuerte" puede "aojar"/ "ojar" a una de "sangre débil" o de "sombra débil" o "baja". En caso de espanto, la palidez que resulta por la experiencia traumática viene interpretada como una "huida de la sangre" y las expresiones usadas aclaran el concepto: "se le escapa la sangre"; "La tierra se chupa la sangre". Ambas expresiones se refieren a la consecuencia de la "pérdida" o "raptó de la sombra" y manifiestan sin dudas la relación sustancial entre "sombra" y sangre" (Polia 1996: 156-157).
- 93 "El hombre a quien el ñakaq quita la grasa se debilita y esta languidez es uno de los síntomas del susto. En lo que concierne a la etiología, en los dos casos se trata de una captura o de una amputación. El alma nos es robada por el susto. El ñakaq se apodera de algunos principios vitales esenciales y, al privarnos de ellos, nos conduce a la muerte" (Bourricaud 1967:200).
- 94 Tomado de Fernández Juárez (1999:153-156).
- 95 Nombre ficticio.
- 96 Nombre ficticio.
- 97 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.
- 98 "El nombre guarda estrecha relación con la sombra" (Polia 1989:218). "La "sombra" tiene una relación muy estrecha con el nombre de la persona, por esto en las fórmulas (positivas o negativas) es necesario conocer y pronun-

- ciar los nombres exactos de la persona" (Polia 1996: 159). En las mesas rituales aymaras, el nombre del enfermo o de los oferentes, se completa con la referencia explícita a sus *ch'iwis*: "ajayuparu, animuparu, kurajiparu" (su ajayu, su anima, su coraje); ritualmente no está debidamente satisfecha la plena identidad de la persona, sólo con su nombre, si no es a través de la pluralidad de sus entidades anímicas o *ch'iwis* con los que se identifica.
- 99 La llamada del *ajayu* o del *anima* es un recurso terapéutico que suele realizarse de forma complementaria en el tratamiento de ciertas dolencias y patologías aymaras. La relación entre las entidades anímicas extraviadas, la grasa o la sangre colectada y el personaje del *kharisiri*, aparece documentada por Oblitas Poblete (1978[1963]:123), entre los *kallawayas*: "Cuando el *kallawayas* siente el olor a sangre de moribundo exclama: "sangre de algún *ajayu* en pena, pasa tu camino, yo te perdono de los males que me has hecho"; luego asegura la puerta de la habitación porque cree que detrás del olor de la sangre humana va el *kharisiri* en busca de alguna víctima". En cualquier caso hay que resaltar el hecho de que las patologías aymaras más graves y temidas incorporan con frecuencia la pérdida o extravío del *ajayu* (Velasco 2006).
- 100 Por lo que respecta al propio concepto "alma", Bertonio emplea el término castellano "alma", apostillando, "...porque ya saben y usan de este vocablo" (1612/1984:39). La crónica del cura Bartolomé Álvarez ([1588] 1998:145), publicada recientemente, aporta una interesante referencia etnográfica con respecto al concepto de "alma" entre los aymaras del S. XVI y las repercusiones médicas de lo que parece ajustarse a la dolencia contemporánea del "susto": "De espíritu no tenían conciencia ni vocablo con que significar lo que a nosotros nos significa "ánima"; de donde vino que algunos, o los más, tenían que el hombre se acababa todo cuando moría; y otros dicen que lo que llaman *mullo* en lengua aimará —que es una cosa que en el hombre vive y se les pierde, no del todo sino cuando más espavorido [=despavorido] de un temor se queda casi sin sentido, como muerto o atónito— dicen que aquello les falta, o se les muere, de aquel temor. Y así dicen "mullo apa", que quiere decir "el *mullo* me falta". De este *mullo* no tienen cierta ciencia, ni saben en qué parte está ni qué parte del hombre es. Oyendo predicar del alma, han considerado que lo que ellos llaman *mullo* es el alma, por razón [de] que les decimos que cuando el alma sale del cuerpo, entonces muere el hombre. Como con aquel pavor o temor que conciben de alguna cosa súpita [=súbita] les faltan o se les amortiguan los espíritus vitales, imaginan ser el alma lo que llaman *mullo*". Ver el comentario en nota correspondiente a la voz "mullo" de Albó y el análisis del propio Albó (2003). Agradezco a Xavier Albó la identificación de esta fuente.
- 101 Así la define Berg, en su *Diccionario Religioso Aymara*: "Ch'iwí: "sombra". La sombra es considerada como una especie de alma que le sigue al hom-

- bre" (Berg 1985: 55). Por su parte Bertonio dice: "Cchiuu: Sombra de la cosas" (Bertonio 1984 [1612] II: 88).
- 102 Los niños recién nacidos en el altiplano reciben sus correspondientes *ch'iwis* ejemplificados en la placenta, denominada *ch'iwacha*, "sombra", al ser expulsada (Arnold, Yapita y Tito 1999: 47). En las alturas de Huancabamba en el Norte de Perú nos dice Polia (1989:201): "En la persona, la "sombra" es un principio inmaterial netamente distinto del cuerpo físico: puede alejarse del cuerpo manteniendo conciencia e identidad autónoma y conservando los rasgos característicos de la persona hasta el punto que al detectar la "sombra" se puede identificar la persona a la que pertenece".
- 103 Aristóteles fue recuperado para Occidente a través de las traducciones y comentarios de sus obras por parte de autores islámicos entre los que se nota su influencia como en el filósofo de origen zaragozano Avempace y su célebre comentario del *Libro sobre el alma* (Siglo XI), reeditado por la editorial Trotta (Avempace 2007).
- 104 Caso del propio Oscar Wilde en su relato, "El marinero y su sombra".
- 105 En relación con "La maravillosa historia de Peter Schlemihl" que vende su sombra al hombre de gris, nos dice Stoichita: "...tanto para el hombre de gris como para el fisiognomista, la sombra tiene el inestimable valor de ser un sustituto del alma. Tanto para el uno como para el otro la sombra es el lugar donde se visualizan las determinaciones del ser, su identidad. Vender su sombra equivale a la pérdida de identidad, a pasar de ser "alguien" a ser "nadie"" (Stoichita 2006:177).
- 106 Recordemos la aseveación, "no fiarse ni de la propia sombra".
- 107 Lo mismo podríamos decir en otros contextos amerindios tal y como sabemos en el caso Tzeltal gracias a la detallada etnografía de los trabajos de Pitarch (1996; 2001) o en los Andes del Norte de Perú, por las contribuciones de Polia Meconi (1989; 1996). El mismo Polia indica lo siguiente: "Resulta más correcto (y fácil) comparar el concepto andino de "sombra" con el concepto de "doble", común a varias culturas de interés etnológico, que con el concepto de "alma" que históricamente ha venido asumiendo connotaciones filosóficas y religiosas propias al cristianismo europeo" (Polia 1989: 202).
- 108 "Parece razonable, por lo tanto, concluir estas notas afirmando que el concepto de "sombra", en la teoría médica andina, a pesar de la desculturación, ha conservado no sólo la evidencia de rasgos de la estructura cultural originaria del concepto Kamaq-sonqo sino también las funciones que caracterizaban aquel originario doble espiritual que es distinto, por naturaleza y funciones, del concepto cristiano-aristotélico de "alma". Aun cuando a las expresiones originarias desaparecidas se hayan sustituido vocablos tomados del castellano como son *animu* y "alma", trátase de toda manera de reinterpretaciones de vocablos originarios que conservan

la estructura cultural andina, la misma que determina la visión del hombre y del mundo" (Polia 1996: 172). Xavier Albó inquiriere igualmente sobre las razones de términos castellanos en el código lingüístico ritual aymara y andino en general (Albó 2003).

- 109 En la zona de Piura, al Norte del Perú y en el sector de Huancabamba, son célebres los maestros ceremoniales que actúan con sus "mesadas" de poder. La etnografía aportada por Polia Meconi (1989;1996) presenta muchos datos sobre la relevancia de las "sombras" y las enfermedades en esos sectores de los Andes Septentrionales. Sus informantes insisten igualmente en la relevancia de una pluralidad de "sombras" en los seres humanos: "Algunos maestros creen en una contemporánea presencia en el cuerpo de una pluralidad de "sombras"; como afirma el maestro Concepción Guerrero, de Pajo Blanco, hijo de don Florencio, un viejo y estimado maestro: "La persona tiene siete sombras. El curandero también siete sombras, para qué va a tener más, el curandero tiene tres sombras buenas y cuatro malas: cuatro para dañar y tres para hacer bien" (Polia 1989: 204).
- 110 El análisis sobre las entidades animicas aymaras, *ch'iwis* o "sombras" es un asunto que, al enfrentarme con las enfermedades aymaras, me ha ocupado en repetidas ocasiones. Ofrezco ahora un análisis novedoso sobre esta problemática aunque la reflexión muestre y se base en algunos aspectos ya conocidos de trabajos de investigación precedentes (Fernández Juárez 1999; 2004c)
- 111 A pesar de que podamos documentar etnográficamente por separado cada una de ellas, parecieran constituir una triada férreamente consolidada en las rogativas aymaras; ceremonialmente no es posible referirse al *ajayu* de una persona sin hacerlo igualmente a su *animo* y *kuraji* (Fernández Juárez 2004a;2004b).
- 112 La relación existente entre los conceptos de alma y "sombra", en diferentes etnografías, aparece recogida en el clásico libro de Lévy-Bruhl [1927] (1985: 107-128) sobre el alma primitiva.
- 113 "En los Andes también, la separación de la "sombra" del cuerpo es considerada un evento potencialmente peligroso porque "fuera" del cuerpo, es decir fuera del campo de acción y de control de la razón y de la consciencia sensorial se extiende el "otro mundo": el mundo de los "encantos". Y el contacto con el otro mundo- el mundo mítico- para no resultar destructivo, requiere la capacidad de un control ritual de las entidades que lo componen y requiere la asistencia de válidos espíritus auxiliares ("compactados")" (Polia 1996: 166).
- 114 La pérdida del *ajayu*, el "animo" o el "coraje", constituyen variantes específicas en los Andes con respecto a la dolencia del "susto", bien documentada en diferentes sectores de América Latina (Rubel 1986).
- 115 Aparece con menor frecuencia la referencia "Ánima" que define Berg (1985:25): "Ánima.El ánimo es un alma humana de menor importan-

cia que el ajayu y da el impulso de vida al hombre. También el ánima puede perderse y salir del cuerpo, pero su pérdida no puede causar la muerte".

- 116 Así como en los Andes del Sur son los seres tutelares del altiplano y los valles aymaras y quechuas los que agarran a las entidades animicas de los humanos para devorarlas, en el Norte del Perú, la lógica del procedimiento es similar si bien la naturaleza de la agresión es bien diferente por cuanto las "sombras" "tapiadas" son heridas y agredidas por los seres que las capturan, pero no parece que pretendan devorarlas: "Cuando la "sombra" se aleja del cuerpo queda expuesta a los peligros del "otro mundo"; entonces puede ser raptada por los "encantos"; atacada y raptada por la sombra de los *maleros* o por los espíritus auxiliares (*compactos*) de él; "herida" con varas de madera como la chonta o el huallaco, o con espadas de acero (Polia 1988c: 30, 37-43). La herida que se infiere a la "sombra" se transmite a la parte correspondiente del cuerpo manifestándose visiblemente. Hiriendo mortalmente su sombra puede matarse a la persona". (Polia 1989:203). Los *maleros* y *curanderos* del Norte del Perú utilizan las mesadas de poder que constituyen verdaderas herramientas de combate simbólico y ceremonial (Joralemon 1985; Camino 1992; Sharon 1980; Polia 1996). Es decir, es la violencia de la agresión la que temen y consolida la causa de la enfermedad producida por la pérdida de la "sombra"; es decir, agredidos enferman y "agrediendo" ceremonialmente, luchando con las varas y el apoyo de las visiones del peyote es como consiguen liberar a las "sombras" retenidas; bien diferente a los Andes del Sur donde la violencia viene dada por la ingestión, es decir el temor a que las *ch'ivi* retenidas sean devoradas; comiendo nos hacen enfermar y cocinando, ceremonialmente, recuperamos las *ch'ivi* retenidas en el altiplano. Dos modelos morales de actuación ritual muy diferentes en pleno corazón de los Andes.
- 117 Merece la pena destacar esta vinculación digestiva al proceso de consunción de las *ch'ivi* aymaras una vez que son capturadas y retenidas por los seres tutelares ceremoniales del altiplano. Estos seres tutelares comen y excretan como lo hacen los humanos, en este caso las *ch'ivi* aymaras, provocando la pérdida irreparable de la *ch'ivi* capturada, comida y digerida hasta su excreción y, con ella, la vida de la persona afectada por su captura.
- 118 Hay que tener en cuenta la importancia de las seriaciones de luz en relación con las *k'isar* 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 chipayas (Bouysse 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 di-

- ferentes elementos que integran un conjunto como sucede en el tejido, en las mesas rituales o en las "sombras" humanas.
- 119 En las sesiones rituales efectuadas por el *ch'amakani*, éste puede llamar el "ánimo" de las personas ausentes a través de su ropa, como si fueran sus "pelos", es decir algo orgánico que en razón del contacto establecido con el paciente ausente, sirve para convocar a su sombra. El pan de San Nicolás presenta habitualmente unos pequeños dibujos en bajo relieve; pueden ser la silueta de una virgen o figuras de estrellas; es el pan que contiene la imagen de la estrella la que resulta seleccionada. Macario relaciona a las "sombras" humanas con las estrellas del firmamento insistiendo en que cada persona posee tres. "En el léxico curanderil, los objetos que en las ceremonias sustituyen la persona son llamados "sombras" por su relación con la "sombra" y de la "sombra" con la persona" (Polia 1996:158).
- 120 Los *yatiris* y *ch'amakanis* aymaras acostumbra colocar las mesas ceremoniales, junto al corazón del enfermo, una vez elaboradas y antes de quemarlas hacia sus destinatarios sagrados en su intento de recuperar las "sombra" extraviada; es decir en el lugar del cuerpo humano en el que se concentran las sombras. Igualmente el paciente debe exhalar tres veces su aliento sobre el preparado ceremonial que el maestro ritual recogerá luego para quemar finalmente el conjunto. De esta forma el hábito del paciente, su cuerpo y sus "sombras" están representados en la propia ofrenda ritual. "El aliento y la saliva transmiten la influencia de la persona, son vehículos o "contienen" su "sombra"; por eso antes de consultar las cartas el curandero pide a su cliente que ponga en ellas su resuello por tres veces en cruz y por el mismo motivo probablemente las ofrendas líquidas de perfumes, polvos, alcohol, son escupidas con la boca en vez de ser rociadas o esparcidas directamente" (Polia 1989: 204). En Ayacucho, la forma habitual de curación del susto entre los más pequeños es el *qayapu* por el cual el curandero sopla sobre la coronilla del niño afectado tres veces (Neils (2006).
- 121 El capítulo del "susto" entre los aymaras ya me ha ocupado en anteriores ocasiones (Fernández Juárez 2004). Presento aquí una versión con nuevos contenidos y reflexiones relacionadas entre la dolencia del "susto" y la aflicción provocada por el *kharisiri*.
- 122 *Katxyata*, "agarrado", en alusión a la entidad anímica extraviada y retenida (agarrada) por una entidad dañina que es quien provoca la dolencia con su actitud. La consecuencia final de esta acción si el *yatiri* no interviene rápido es la depredación de la "sombra" capturada por las entidades tutelares andinas. "Hay piedras en las huacas que cogen la sombra de uno. A uno le da ataques, otros resultan tullidos en las piernas, brazos, a otros les pega hemorragia... (Santos Calle, Hualcuy, Ayabaca)" (Polia 1989: 214).

- 123 Recordemos que es uno de los síntomas que reconocíamos en la tisis, la consunción del enfermo, al hablar de los sacramantecas ibéricos. Mario Polia recoge en el Norte del Perú varios ejemplos en los que la dolencia de la pérdida de la "sombra" y el "susto" se caracterizan por la pérdida de sangre: "Salí espantado de la cueva. Contó lo ocurrido al hijo, quien lo contó a nosotros, y al cabo de pocos días arrojó sangre y murió" (Polia 1989:211). Este hecho de "arrojar sangre" consume el tremendo impacto emocional que supone la dolencia del "susto" y la consumación de la pérdida de la "sombra": La sangre resbala del cuerpo de la persona cuya "sombra" ha sido extraviada en ese vínculo establecido entre "sombra" y sangre en los Andes del Norte del Perú. En los Andes del Sur como vemos a efectos de la tradición del *kharisiri* es la grasa la que se pierde produciendo la apariencia enjuta y seca del enfermo asustado por el mal del *kharisiri*.
- 124 Polia Meconi (1996:155) recoge otra fuente colonial que acredita la presencia antigua de este tipo de prácticas basadas en la relación existente entre la persona y su "doble anímico" en los Andes: "Una fuente de 1612, la "Misión a Chachapoyas", brinda el testimonio inédito de la interpretación hispánica del concepto andino de doble anímico identificado con la "sombra". En esta Carta Annuæ enviada al P. General de la Compañía de Jesús se menciona una hechicera que "mataba con sus hechizos, matando primero la sombra" (ARSI, Peruana Litterae Annuae, Vol. 13; T.II-fol 2v., p. 125v.). (Polia 1996: 155).
- 125 "Las huacas raramente "cogen la sombra" de personas de "sangre fuerte". A menudo el hecho que la sangre "huye", como consecuencia de un espanto, y la persona empalidece revela la simultánea huida de la sombra. Las personas de "sangre débil o "floja" arriesgan a menudo de perder su sombra" (Polia 1989:204)
- 126 Es el mismo procedimiento que vimos en el caso de Jacinto. Las *ch'iwí* de los seres humanos quedan apegadas a los enseres personales. Así lo recoge Polia para el Norte peruano: "Algo de la sombra de la persona queda pegada a sus indumentos, objetos personales, retratos, así como a sus uñas y cabellos, a la sangre. Actuando sobre éstos puede producirse una reacción paralela en el cuerpo de la persona que puede ser benéfica o dañina, de acuerdo a las "intenciones buenas o malas" de quien actúa y al tipo de acción ritual ejecutada. Cuando una persona no puede presenciar una ceremonia terapéutica se pone sobre el "altar" (mesa) del curandero un indumento o retrato del ausente, que toman el nombre de "sombras" (Polia 1989: 204).
- 127 En el Norte de Potosí el *ajayu* es recriminado con toques de campana invocando el nombre del paciente, pero también con chicote para que no se vuelva a escapar; el *ajayu* extraviado parece encontrarse a gusto fuera del ámbito de equilibrio que las tres "sombras" propician en la persona y

por esa razón se fuerza al *ajayu* a regresar. Este retorno coercitivo contrasta con el uso cálido y gustoso del azúcar y otros alimentos dulces empleado con la intención de agasajar a la "sombra" y convencerla para que retorne complacida.

- 128 La versión literal de las *ch'iwí* atrapadas por los cerros y los seres tuelares andinos aparecen de forma literal en los gráficos que realizan los propios informantes (Isbell 1976:44).
- 129 El *ajayu* de un moribundo parece transformado en "alma", es decir "difunto", con los rasgos cenicientos, blanquecinos, diminutos y de indiferenciación individual, característicos de los muertos en el dominio aymara (Fernández Juárez 1998a).
- 130 "La "sombra" y el espíritu son la misma cosa. Cuando uno tiene susto la sombra se queda trabada por cerros, quebradas, ríos, lagunas, tumbas de los gentiles" (Adriano Melendres, S. Juan de Tótora, 1985)" (Polia 1989: 205).
- 131 Gorro andino con orejeras. Pieza práctica de la ropa del enfermo con la que llamar su ánimo.
- 132 *Pijchar*: masticar hojas de coca. Práctica social y ceremonial corriente en las sociedades andinas. En las ofrendas rituales la acción de masticar hojas de coca establece las primeras conversaciones entre el especialista ritual y el enfermo o cliente, así como entre el oferente y los destinatarios ceremoniales de la ofrenda.
- 133 *Sebario* (*síwayru*): Se trata de mineral en polvo (hematita, oligisto micáceo) de diferentes colores.
- 134 Para Severino la enfermedad del "susto" provoca la muerte si no se actúa con celeridad y decisión en su tratamiento.
- 135 Tras la defunción de la víctima aparecen marcas y magulladuras sobre su cuerpo, testimonio de la agresión de que ha sido objeto a consecuencia del "susto". Al igual que las víctimas del *kharisiri*, de quienes se dice que una vez muertos se reconoce la cicatriz por la cual se les arrebató la grasa, los "asustados" que han perdido su *ajayu* revelan la causa de su muerte, una vez producida, en su propio cuerpo.
- 136 El "susto" afecta tanto a los pequeños (*wawas*), como a los adultos.
- 137 Se sacrifica el animal y se espolvorea incienso y copal sobre la herida sangrante del animal sacrificado, sobre sus entrañas cálidas y palpitantes.
- 138 Merece la pena considerar la importancia que Severino otorga a los lugares relacionados con el agua como especialmente propensos a la producción del "susto", a la pérdida del "ánimo" entre las personas que se acercan a sus riberas y vertientes.
- 139 Los maestros rituales del altiplano emplean pequeñas tijeras o cuchillitos, con los que disuadir a los seres que frecuentan la noche coincidiendo con sus trabajos ceremoniales.
- 140 Para Severino el mal de los "locos" responde a casos extremos de "susto" ocasionados por el demonio y los malignos *saxras*.

- 141 *Saxze*: Maligno.
- 142 *Anchancha*. Personaje maligno que habita en las cárcavas, cavernas y torrenteras del altiplano. Engaña a los seres humanos cambiando de aspecto con extrema facilidad (Fernández Juárez 1998a)
- 143 Se dice que la gente tímida y temerosa es muy proclive a las enfermedades en general y particularmente al "susto". La gente con coraje y valor no acostumbra enfermarse, no ceden fácilmente sus *ch'wis*. Lo mismo sucede en los Andes del Norte peruano: "A uno que tiene miedo se le dice que tiene la sangre débil como que uno se resbala y allí le huye la sangre" (Tomás Amarengo, Anchalay)" (Polia 1989: 223)
- 144 Para el sector de Huancabamba en el Norte del Perú, Polia (1989: 222) recoge los siguientes síntomas en relación con la pérdida de la "sombra" que resultan en cierta medida parejos a los formulados por Severino: "Los desórdenes físicos y de comportamiento más evidentes producidos por la "pérdida de la sombra" son: abulia, agorafobia; depresiones persistentes y desmotivación; pérdida temporánea o momentánea de identidad; amnesia; tendencias a aislarse del consorcio humano; accesos rápidos improvisos y sin motivación. Entre los desórdenes físicos se distinguen: insomnio o sueños breves, agitados, turbados por ensueños terroríficos... desórdenes gástricos; vómito; diarrea; fiebre; afasia, parestia parcial o total. Los desórdenes psíquicos pueden culminar en la "locura" que normalmente precede a la muerte".
- 145 "Tu cuerpo estaba deshecho, hoy está reconstruido" (Polia 1989:228).
- 146 Sobre los ingredientes y características de las "mesas de maldición" o "mesas negras", Fernández Juárez (1995; 1997; 2004d); Girault (1988).
- 147 Visión del mundo tradicional en las sociedades andinas contemporáneas, tanto aymaras como quechuas, de probable inspiración colonial. Las delimitaciones de los tres horizontes con respecto a las entidades que los ocupan no constituyen compartimentos estancos; los de la "gloria" y los de "abajo y adentro" se dan cita en "este mundo" (*akha pacha*) interactuando en los conflictos, parabienes y aflicciones de los pobladores andinos (Albó 2003).
- 148 "... cuando una persona que levanta primera vez, se ha hecho casa, un terreno quiere; a ver, no conocemos el terreno ¿no? Muchas veces el terreno puede ser del lado del rayo, puede ser también un lugar pantanoso o pedregoso, o río, o cementerio, en fin qué lugares, malos lugares existen o también, endemoniado, esos lugares, malos lugares, entonces, siempre malos lugares, también muchos lugares se filtra el agua; cuando filtra el agua ese lugar... ¡mal lugar! No es bien lugar; entonces siempre, especialmente hay que pasarle una mesita".
- 149 *Kunturmamant*, (lit. cóndor halcón). Denominación ritual del hogar.
- 150 Así es la creencia tradicional. Los niños que mueren bautizados se ocupan de limpiar el jardín de Cristo; por eso en sus pequeños ataúdes se in-

- cluyen escobas y otros utensilios. En el caso de que la wawa muera sin bautizar el *yatiri* de la comunidad acostumbra signarle con un poco de sal sobre la frente con la señal de la cruz para cristianizarle. Los padrinos de *rutucha* [primer corte de cabello] suelen encargarse de adecentarlo para que se presente bien aseado ante Cristo en su jardín. En caso de estar bautizado, son los padrinos de bautismo quienes deben asear el cadáver, en lo posible, aunque no resulta extraño que los padrinos de *rutucha* y bautismo coincidan.
- 151 En el Norte del Perú la "sombra" atesora una serie de características: "La sombra preside a la identidad psíquica de la persona, sobre todo al carácter y a la personalidad, coordinando o determinando las facultades intelectivas. De la "sombra" depende la volición, es decir la capacidad para enfrentarse con la existencia biológica y la convivencia social, permaneciendo conscientes y responsables de sus propias acciones y decisiones. Si la ausencia de la "sombra" se prolonga por mucho tiempo, las principales funciones psico-físicas quedan alteradas o impedidas hasta que, como consecuencia última, sobreviene la muerte" (Polia 1996:156).
- 152 Los campesinos aymaras e igualmente los *kallawayas*, utilizan la sal en el "bautizo" de los cimientos de una nueva casa, para dar nombre al *kunturmanani* (espíritu protector de la casa) y sacar a los *saxras* de aquel terruño no habitado con anterioridad. Las similitudes en el tratamiento ritual del cuerpo humano y la casa son frecuentes en el altiplano.
- 153 La sal constituye en el dominio culinario el principal ingrediente responsable de la articulación de las viandas y de su adecuación cultural al gusto (Gutiérrez Estévez 1988).
- 154 Para el remedio del susto Polia recoge igualmente en el Norte del Perú la inclusión de "...los orines del enfermo y las heces" (Polia 1989:226).
- 155 La comida ceremonial de los *saxras* adquiere la apariencia de basura (Fernández Juárez 1995)
- 156 Rubel (1986:39; Rubel et al, 1995) insiste especialmente en las dificultades de socialización, es decir, de cumplir con las expectativas establecidas por el grupo, según las diferencias estipladas en el género, como una de las causas de producción de "susto".
- 157 El *chamakani* o *ch'iwini*, apaga todas las luces del recinto en que se encuentra cuando es inminente la llegada de los seres tutelares altiplánicos que lo apoyan y secundan en las consultas que le formulan sus clientes. Los *achachilas* y los "rayos", bajo la advocación de San Jerónimo, San Felipe y San España, acostumbran a ser los principales valedores ceremoniales de los *ch'amakanis*, siempre cubiertos por la oscuridad en que se desarrolla la práctica ritual de la *ch'amaka* (Fernández Juárez 2004d).
- 158 Respeto la grafía del propio Hugo Ticona.
- 159 Son múltiples las afirmaciones que pueden recogerse en las comunidades ribereñas del lago sobre los cambios en la vida comunitaria, las dificulta-

- des de incorporación de las jóvenes generaciones en los sistemas de cargo tradicionales, el sostén de las prácticas ceremoniales y festivas. No faltan críticas incluso sobre la alimentación, el uso generalizado de la plata, y el desmedro de la salud de los propios campesinos de los que se dice que en tiempo de los abuelos acostumbraban a ser centenarios y sanos. En este sentido la acusación de *kharisiri* al propio Estado boliviano, a través de sus instituciones, como veremos luego, adquiere máxima relevancia.
- 160 En ningún caso puede generalizarse las observaciones etnográficas efectuadas a todo el dominio aymara. La especialización sobre la tendencia del *kharisiri* a la extracción de grasa o sangre en sus víctimas continúa en la actualidad dividiendo a los propios interesados (Albó 1999).
- 161 La denominación actual de las entidades anímicas aymaras deja entrever un interés exacerbado por lo ajeno (Pitarch 2003), por incorporar lo ajeno en lo propio en el mismo diseño de los seres humanos, tal y como refleja Pitarch en las entidades anímicas de los mayas tzeltales (Pitarch 2001). En el caso de los tzeltales, las representaciones de las entidades anímicas incorporan, en las denominadas *lab*, toda una seriación de figuras ajenas a la tradición indígena tzeltal (curas, escribanos, profesores...) que además son los que provocan enfermedades; en el altiplano aymara, sin embargo, no es la apariencia (doble de la persona) que adquieren las *ch'i-wi* sino su denominación (en el caso del "ánimo", el "coraje" e incluso el "Ángel de la Guarda", tal y como aparece en ciertos contextos urbanos de El Alto) lo que sugiere esa atracción por lo "ajeno" que Xavier Albó (2003) analiza en relación con la presencia abundante de términos castellanos en los rituales y en el lenguaje ceremonial aymara contemporáneo.
- 162 "Hay una relación profunda entre "sombra" y sangre: las personas "de sangre fuerte" son menos expuestas al "susto" y a perder la sombra. Asimismo, con sólo mirar pueden producir el "daño": "Personas que son fuertes, indios, negros, malogran a una persona o a un animal y malogran personas de sangre floja. Los malogran nada más que en mirarlos" (Concepción Guerrero, 1985)" (Polja 1989: 204).
- 163 No hay que olvidar que tanto el *kharisiri* como los *fiak'aq* y *pishtakus* acostumbran sentir su reales en cuevas y otras interioridades específicas de las montañas donde se dan procesos de encantamiento y surgen las ciudades ocultas del pasado. "Las cavernas[...] como las montañas ocultan misterio y peligro, en ellas viven, descansan (*tiyvy*) los "tiempos viejakuna" (antiguos), esperan el tiempo de su retorno al presente (Torre Araujo 1986:62)." [Citado en Rivera Andía 2006:157].
- 164 Tomado, en parte, de Fernández Juárez (2006a)
- 165 De nuevo los *pishtakus*, que no los *kharisiris*, hacen un guiño de complicidad con los sacamantecas peninsulares. Garayo, el sacamantecas vitoriano de finales del siglo XIX era representado, según las crónicas periodísticas francesas con larga melena, al estilo que usaban las mujeres.

- 166 No en vano se le conoce en algunos sectores del altiplano con el término castellano "operador".
- 167 Así lo recoge Albó (1999:18)
- 168 Las muertes repentinas, sin causa aparente, se achacan mayoritariamente al quehacer del *kharisiri*. La presencia latente y la amenaza que dicho personaje ocasiona, canaliza las explicaciones más convincentes en los decesos inesperados.
- 169 La vinculación y presencia de los *kharisiris* con situaciones de crisis vividas por las comunidades andinas y aymaras en particular es un hecho bien documentado (Anson 1989 (ed.); Rivière 1991; Portugal (1993); Martínez (1998).
- 170 Nathan Wachtel (1997: 82).
- 171 En el asunto de la identidad colectiva aymara y su defensa, recordemos que el talismán más eficaz contra los desmanes del *kharisiri* es la "carne de ombligo", es decir, el conector orgánico con la madre y la memoria histórica del grupo, el vínculo primario con la identidad social y las pautas sociales, sus usos y normativas, frente a los abusos y los cambios promovidos por el *kharisiri*. Por otro lado, los restos de la bolsa amniótica forman parte de los ingredientes empleados por el *kharisiri* para hacer dormir a sus víctimas; es decir, la capa orgánica grasa que cubre al feto y que es rota en el alumbramiento deja al recién nacido a merced del ambiente externo; así como el cordón umbilical, une al nacido con la madre y su componente social, la bolsa amniótica, una vez "rotas las aguas", cesa de cumplir su misión protectora para dejar al nacido vulnerable frente al medio, lo de afuera, el ámbito donde se mueve a sus anchas el *kharisiri*; por otro lado el niño ha permanecido en posición fetal, recostado en el interior de la madre en el seno del saco, como si estuviera dormido, aplicación directa del efecto que el *kharisiri* pretende producir en sus víctimas.
- 172 En alusión a la presencia notable de médicos cubanos en diferentes sectores de Bolivia, de una contrastada formación científica, pero con escasa adecuación cultural al contexto boliviano.
- 173 Recordemos la importancia de los expedientes de limpieza de sangre en plena eclosión de la inquisición española, en relación especial con los "cristianos nuevos", judaizantes y moriscos. La sangre es contemplada igualmente como rasgo de diferenciación social, recordemos la atribución de "sangre azul" para las clases nobles.
- 174 Así lo recoge Alison Spedding (1996b:273) para los Yungas de La Paz. Henrique Urbano (1988: XX) presenta en nota, la existencia del Niño-Naqaq en la iglesia del Arco de Ayacucho en Perú. Imagen de un niño Jesús con un cuchillo en la mano y cuya fiesta se celebra el día de Todos los Santos. Por su parte la profesora Luisa Abad que ha realizado un profundo y detallado trabajo de campo entre los Aguaruna de la selva peruana, me confirma que los *pishtakus* de la zona sí se emplean como amenaza a

los niños pequeños de las comunidades, un indicio más de la afinidad existente entre *pishtakis* y *sacamantecas*, a la vez que marcan distancia con respecto a los *kharisiris aymaras*.

- 175 En este sentido, el *kharisiri* no está muy lejos de otra figura característica de la ciudad de La Paz y de algunos núcleos urbanos aymaras, muy identificado con el "cholo" de cultura mestiza; me refiero a la tradición del mencionado *Iqiqu*, celebrado en la fiesta de las *alasitas* de La Paz, el 24 de Enero. Ya sabemos que se trata de un enano gordo que representando a un mestizo, porta toda una serie de objetos sobre su espalda, unos resultan marcadamente indígenas, otros característicos de las sociedades urbanas criollas y de la modernidad (televisores, autos, ordenadores...etc). En el caso del *Iqiqu* se trata de objetos deseados por sus devotos que pretenden prosperar en sus negocios con la intermediación del giboso enano; el *kharisiri*, sin embargo no ofrece productos deseados, sino que los impone a costa de la propia vida de la gente del altiplano. Sobre *Iqiqu*, ver Carlos Ponce (1969); Fernández Juárez (1998a:147-166).
- 176 Se achaca a los jóvenes la pérdida de pautas tradicionales y la dificultad de mantener obligaciones como los cargos ceremoniales, por su escasa implicación y responsabilidad. Los jóvenes aymaras de los sectores próximos a La Paz acuden a la ciudad, después de realizado el servicio militar, con la intención de encontrar un futuro alternativo a lo que saben les espera, junto a su familia, en el dominio rural.
- 177 Este dato relativo a la falta de reciprocidad en que incursiona el *kharisiri* que toma del cuerpo de sus víctimas y de las comunidades aymaras pero no da nada a cambio de un valor semejante, ha sido valorado como ejemplo de abuso en las relaciones económicas y simil de la explotación de la fuerza de trabajo de la clase campesina en los Andes (Szeminski y Anslon 1982:211-212).
- 178 Respecto a la modernidad como fenómeno que procede del espíritu ilustrado y su efecto de reinención de la tradición andina ver los respectivos trabajos introductorios de Urbano (1997: VII-L; 1991: X-XXXVII).
- 179 Las antiguas casas aymaras carecían de vanos y ventanas; tan sólo una puerta y la salida de humos de la cocina reflejaban la máxima cerrazón de la unidad familiar, rodeada en no pocas ocasiones de un muro de tapial. Hace unas décadas se han introducido cambios orientados a modificar este tipo de conducta residencial en favor de la ventilación y la luminosidad de los hogares. Las diferentes unidades familiares procuran guardar la máxima discreción respecto a sus familiares y vecinos. Los niños y niñas que regresan por la tarde de la escuela comen los restos fríos de la comida, imposible encender el fuego del hogar para entibiar un tanto la comida; el uso a deshora de la cocina queda plasmado en el humo que emana de la cocina, circunstancia que deja en evidencia pública a la familia frente al resto de la comunidad. Este contexto de privacidad y discreción

contrasta con el uso público de la palabra en los cabildos y asambleas comunitarias.

- 180 Así me lo hizo saber una mujer de la élite boliviana al conocer mi intención de desplazarme a la localidad de Achacachi, advirtiéndome del peligro que suponía convivir entre esas hordas de canibales. La historia del sector constituye un vivo ejemplo de lucha y resistencia comunitaria, lo que les ha valido una propaganda nefasta entre las clases pudientes paceñas. Ver, Albó (1979). Otro análisis sobre la mutua desconsideración entre médicos y *yaitiris* respectivamente considerados como *kharisiris* y "brujos" en el dominio de la salud, es el realizado por Jaime Zalles (1999:229-241).

III

Médicos y kharisiris

*Dos sistemas médicos
que se dan la espalda*

Pocas profesiones se han asimilado tanto al perfil de los *kharisiris* del altiplano como los médicos y profesionales de la salud. De hecho una de las traducciones habituales al castellano del término *kharisiri* en la zona lacustre del Titicaca es precisamente “operador” en velada alusión a la cirugía hospitalaria. La presencia de equipos sanitarios en el altiplano foráneos a las comunidades y extraños a las mismas, que no hablan la lengua originaria, cuyos procedimientos terapéuticos resultan inadecuados e incluso hostiles, desde la óptica de las poblaciones aymaras, puede dar lugar a la identificación del equipo con el terrible personaje lo que dificulta en extremo las posibilidades de desempeño de sus funciones sanitarias así como su integración social en la zona¹ (Fernández Juárez 1999; 2006a). Por ello no podemos quedarnos sólo en las versiones más o menos “exóticas” del personaje, por la incidencia que tiene en las crisis políticas y sociales de Bolivia, al menos en el dominio altiplánico, y así mismo en un ámbito estratégico para la calidad de vida de los ciudadanos bolivianos, como es el de la salud. No podemos olvidar que la actuación del *kharisiri* es concebida, desde la perspectiva aymara como un pro-

blema de salud, entre otras vertientes, puesto que el ataque del *kharisiri* provoca una penosa aflicción en la víctima, una enfermedad con su sintomatología correspondiente y que es concebida como mortal si no se ponen en marcha los recursos terapéuticos necesarios.

¿Por qué razones se identifica a los profesionales médicos, en algunas ocasiones, con los propios *kharisiri*? ¿Cuáles son las formas habituales de proceder por parte de los equipos de salud en el altiplano, que genera tanta incompreensión, desconfianza y miedo en las poblaciones que supuestamente deben ser sus beneficiarias? Veamos algunos ejemplos².

"La gente desconfía, tiene miedo, por la lengua... como no entienden... más que todo las mujeres..." (Daniel Quispe)

Uno de los factores determinantes que pueden facilitar la paulatina integración de los equipos de salud en las comunidades del altiplano es la correcta, permanente y diáfana comunicación y respectivo entendimiento entre todos los actores afectados por el proceso salud-enfermedad-atención. En este sentido, nunca se reconocerá la suficiente importancia al hecho de que los equipos sanitarios convencionales conozcan de forma adecuada la lengua originaria de la zona en la que estén realizando su labor. Ya sabemos que uno de los rasgos fundamentales de socialización y de reconocimiento mutuo entre los seres humanos, especialmente en situación de forañidad, es la posibilidad de comunicarse en la lengua originaria del lugar. Es decir, así como la comida y sus usos constituyen un baluarte fundamental de socialización y de reconocimiento mutuo³, lo mismo sucede con la lengua⁴.

Esta circunstancia facilita de manera exponencial no sólo el desempeño de cualquier tipo de campaña de atención sanitaria en la zona, intervención, programación preventiva, atención materno infantil...etc, sino, muy especialmente la paulatina integración del equipo médico en la vida cotidiana de la zona. Este aspecto resulta muy importante, hay que tener en cuenta que los médicos originarios forman parte del escenario cultural de los "usuarios" de sus servicios, circunstancia que no ocurre con

los equipos médicos convencionales cuya presencia en ciertos sectores es considerado como algo de uso "excepcional" no incorporado a la realidad cotidiana de los pobladores. Indudablemente el hecho de que alguien del equipo médico conozca la lengua originaria facilitará de una manera clara todo el proceso de consulta, sea ambulatoria o en la propia posta sanitaria, así como las intervenciones que resulten pertinentes. Cuando los miembros del equipo médico convencional desconocen la lengua local, las complicaciones se intensifican en las formas de relación entre los miembros del equipo de salud y sus potenciales usuarios, dificultando de una forma clara la relación entre ambos y construyendo un proceso de aislamiento tremendamente nocivo para la propia estabilidad afectiva del equipo médico generalmente destinado lejos de sus redes afectivas, familiares y profesionales, en ocasiones bajo la obligación casi penitenciaria de un "Año de Provincias"⁵, resuelto en condiciones precarias.

En este sentido una sugerencia a tener en cuenta sería la presencia en los equipos médicos desplazados en los ámbitos rurales así como en las unidades hospitalarias urbanas, de personas especializadas en la lengua local que pueda facilitar la adecuada relación médico-paciente, difícil de por sí, en las situaciones de crisis que supone la presencia de cualquier enfermedad o aflicción. Se dirá que en los hospitales bolivianos o en los servicios de atención rurales, siempre hay alguien que conoce la lengua para echar una mano, en concreto la mayor parte del personal subalterno, auxiliares sanitarios y enfermeras, lo que quiero decir es que este rasgo habría que valorarlo y reconocerlo con gratificaciones especiales, como parte del servicio inexcusable de calidad que el Estado debe ofrecer a sus ciudadanos para una mejor relación con los servicios de salud de las postas médicas y unidades hospitalarias.

Indudablemente este aspecto exige la necesaria valentía y coraje por parte de las autoridades estatales en salud; el cuerpo médico convencional se "defenderá" indicando que se trata de un agravio comparativo para los buenos médicos no hablantes de lenguas originarias y que lo que debe hacerse es premiar a los me-

jores médicos, hablen o no aymara o lenguas originarias; sin embargo es preciso introducir nuevos factores como el lingüístico reconocido pública y políticamente para cambiar y corregir la escenografía tradicional de salud en Bolivia. La dificultad inherente con respecto a este rasgo es que el Estado y la sociedad hegemónica no indígena de Bolivia establezcan la diatriba errónea entre médico hablante y mala calidad, como sucede en el ámbito educativo aplicado en los dominios rurales frente a los urbanos especialmente. Este rasgo relativo a la presencia y obligatoriedad del conocimiento de la lengua indígena mayoritaria en la zona donde se forma el médico, sería importante acondicionarlo igualmente en el currícula universitario de todas aquellas especialidades relacionadas con las ciencias de la salud, junto con otras materias como Antropología Social y Antropología de la Salud y de la Enfermedad; en este sentido habría que afinar mejor en la definición de las prácticas del "año de provincias" para que los médicos egresados pudieran realizar su labor en el área lingüística y cultural en que han sido formados y no enviarlos a remotos lugares cuya lengua desconocen; demasiada vocación hay que tener para aprender aymara, quechua, y tupí guaraní, además de ser buen profesional de la medicina, evidentemente.

Probablemente otro rasgo importante a tener en cuenta, es que de cara a la eficaz y paulatina aceptación del enfoque intercultural aplicado a la salud sería conveniente, como recoge Xavier Albó (2004), incorporar al sistema médico convencional a los que ya saben la lengua, potenciando la presencia de estudiantes de las diferentes naciones originarias de Bolivia en las distintas carreras universitarias relacionadas con las ciencias de la salud; indudablemente este sería un recurso a todas luces muy eficaz para un proceso activo de reconocimiento intercultural aplicado a la salud en todo el Estado. Si bien el conocimiento de la lengua originaria resulta importante no es el único factor a tener en cuenta. De hecho, en algunos casos, médicos rurales de indudable adscripción indígena con un conocimiento claro de la lengua originaria, la emplean siguiendo criterios exclusivamente biomédicos, sin atenerse a las peculiaridades culturales de su

paciente y desconociendo o no queriendo incidir, por los prejuicios de la clase médica occidental, en los posible síndromes de raigambre cultural que afectan a su paciente o le provocan miedos y desconfianzas con respecto a la actuación del médico convencional.

Cuando nadie del equipo médico conoce la lengua hay que acudir necesariamente a intérpretes, como he dicho antes generalmente subalternos sanitarios de adscripción indígena de los equipos de salud a los que no se premia ni se reconoce en prestigio y méritos por este hecho, como tampoco se hace con los escasos médicos que gozan de esta facultad; el conocimiento de la lengua originaria se supone "emana" naturalmente de su condición indígena y que es su "obligación" secundar al médico sin más. Vuelvo a repetir que esta cualidad, recomendable en las relaciones médico-paciente en un país como Bolivia, debe ser reconocida y premiada con el puntaje pertinente a pesar de las presumibles "presiones políticas" de los colegios médicos.

El talante intercultural no depende exclusivamente del buen o mal manejo de las lenguas originarias como factor de comunicación; el grado de empatía que los miembros de los equipos médicos puedan impulsar resulta igualmente importante, casi trascendental, para la incorporación y reconocimiento del equipo médico en el entorno comunitario (Dibbits y De Boer, 2002). El deseo y la profesionalidad de un buen médico que se apoya en un intérprete para tranquilizar a su paciente, recabar la información pertinente para un diagnóstico sistemático y formular las pautas para un tratamiento subsecuente, resulta fundamental. En estas circunstancias hay que cerciorarse de que el enfermo ha comprendido perfectamente el proceso de su dolencia y el tratamiento a seguir. A veces el trauma de la consulta médica y el deseo de agradar al médico o la propia culpabilización que en no pocos casos se hace al propio enfermo por su situación, puede agobiar en tal medida a los usuarios indígenas que estén resueltos a escaparse a la mayor rapidez de la consulta (Rance, 1999; Dibbits, 1994). Los miembros del equipo de salud, bien por su conocimiento de la lengua o con intérpretes deben asegurarse

de que el enfermo ha comprendido a la perfección la prescripción médica de que ha sido objeto. Es preciso evitar las confusiones y perifrasis de la jerga médica que redundan en la confusión más absoluta (Fernández Juárez, 1999). El estilo verbal ha de ser lo más coloquial posible incluyendo frases sencillas y cortas.

La adecuada comunicación entre médico y enfermo precisa además de un conjunto sutil de formas de comunicación no verbales que hay que tener muy en cuenta en contextos indígenas. Si comparamos el proceder del equipo biomédico en la consulta de la posta con la del médico originario en la casa del enfermo apreciamos de inmediato claras diferencias en relación con los escenarios de atención terapéutica y las maneras de proceder de ambos. Los sistemas de diagnóstico de la enfermedad y de los cuidados preceptivos son realizados en la casa del enfermo a donde el médico originario se desplaza para realizar la atención, lo que facilita la comodidad del enfermo y su completa confianza dado el refuerzo emotivo y simbólico que supone contar en todo momento con la compañía de sus familiares. El médico originario está perfectamente imbuido de los caracteres socio-culturales que su presencia en casa del enfermo acredita cumpliendo de manera exquisita los reglamentos establecidos por la cortesía del grupo étnico de que se trate. En el caso aymara, no se puede entrar en una casa ajena sin advertir de lejos su presencia; una vez concedido el permiso por parte de los titulares de la casa y tras los consabidos abrazos de rigor como saludo, el *yatiri* aymara se ajusta a la perfección a la normativa social establecida, realizando su servicio, habitualmente de noche y sabiendo que en un principio han de ser los familiares del doliente los que marquen la pauta de actuación que comenzará con el *pijchu* acostumbrado de coca que propiciará una primera aproximación hacia el problema del enfermo y luego, tras una probable cena, comenzará una actuación terapéutica que le llevará fácilmente toda la noche o varios días con sus noches. Lo que quiero decir es que desde la perspectiva aymara el uso del tiempo presenta connotaciones propias muy útiles en la comunicación verbal y no verbal entre los médicos originarios y sus pacientes. En realidad es con-

siderado de "mala educación" y una descortesía el "ir al grano" en la atención. Todo tiene su adecuado acomodo en el marco de una conversación prolongada que facilita de modo extremo la confianza entre el *yatiri* o médico originario, que no tiene por qué ser de la propia comunidad, con respecto al enfermo y su entorno familiar. Si comparamos el proceder de los equipos biomédicos en la consulta de la posta, apurados por la prisa, sin los preámbulos pertinentes en la adecuada formulación de la cortesía aymara podemos reconocer una cierta carencia logística importante en la necesaria comunicación médico-enfermo. Las características y conceptualizaciones simbólicas sobre eficacia y eficiencia, aplicadas a la salud, son diferentes en ambos modelos. En este sentido la comunicación entre el médico y el contexto familiar del enfermo, de cuyo perfecto acomodo cabe pensar en la mejor calidad y reconocimiento de la asistencia prestada por los servicios de salud convencionales, depende no sólo del buen conocimiento de las lenguas originarias y de la disposición hacia la empatía y servicio profesional en el grupo étnico donde el equipo realiza su labor, sino en la adecuación al código no verbal que el enfermo formula habitualmente en situación de salud.

La comunicación de los pacientes indígenas con respecto a sus médicos originarios, constituye el inicio de la fase terapéutica. De hecho algunas personas se acercan a la posta fundamentalmente para hablar con los médicos o con el personal de salud, los auxiliares aymaras, que mejor se adecuan a sus características culturales. Hablar, conversar es "hacer medicina" desde la perspectiva aymara, cosa que desespera a los equipos convencionales según nuestros criterios de eficiencia médica en que este aspecto se considera, habitualmente, una pérdida de tiempo. Localizar la causa de la enfermedad, saber lo que a uno le pasa, superar la angustia e incertidumbre contiene en sí mismo un principio terapéutico importante que hace que en ocasiones, una vez que el enfermo y su familia conocen el origen de la enfermedad, suspenden el tratamiento biomédico, puesto que el conocer la causa de la aflicción o patología, constituye, en sí mismo, un referente terapéutico primordial⁶. En este caso, el equipo biomédi-

co debería conocer la importancia de la comunicación verbal y no verbal en el trato con sus enfermos originarios y hacer gala de la misma, en la medida de sus posibilidades reales, toda vez, repito que la "charla" facilita la relación y confianza con el enfermo y forma parte, a su vez, de su propio proceso terapéutico.

Los procedimientos médicos sanitarios incorporan una serie de actuaciones que pueden generar una importante angustia y recelo entre los enfermos aymaras. El examen médico convencional, en ocasiones, prescribe análisis de sangre. La concepción aymara sobre la sangre y el resto de fluidos orgánicos resulta particularmente importante, al igual que sucede en otros grupos amerindios. La sangre es un bien limitado, no se reproduce fácilmente; es como si naciéramos con la cantidad de sangre que debemos emplear toda la vida, salvo en el caso de la sangre menstrual que se entiende como un exceso que debe fluir libremente; por otro lado, los aymaras insisten en que su sangre cuesta caro y no puede derramarse ni extraerse de forma arbitraria. Los derramamientos de sangre deben ser indemnizados por la pérdida ocasionada que es concebida como irreparable⁷. Es necesario explicar de forma sencilla las razones y uso del análisis sanguíneo, a la manera de las hojas de coca, "para ver la enfermedad"⁸, a la vez que aliviarnos las desconfianzas sobre el uso que el médico otorga a la sangre extraída⁹. Es muy frecuente en el altiplano, al menos, el abuso latente que se supone a la tendencia a la extracción sanguínea por parte del médico¹⁰, así como a la asimilación del médico con el terrible "operador", el temible *kharisiri* (Castellón 1997:9). La sospecha de ser *kharisiri*, antaño relacionado con la iglesia colonial, salpica en la actualidad a diferentes colectivos y profesiones entre ellas a las del dominio sanitario. No en vano se dice que el *kharisiri* recorre las comunidades aymaras, especialmente en el mes de agosto, recolectando grasa y sangre con su "jeringa" para, entre otras cosas, se dice "pagar la deuda externa boliviana". Recordemos la práctica habitual de la itinerancia de los equipos médicos en aras a cubrir la asistencia sanitaria de las comunidades y la ejecución, por ejemplo, de sus campañas periódicas de vacuna-

ción. Un equipo médico asociado simbólicamente en sus actuaciones al perfil del *kharisiri* está materialmente condenado al más atroz de los aislamientos.

Si los análisis sanguíneos y las vacunaciones representan un problema con mayor razón las operaciones quirúrgicas. La operación quirúrgica supone un trauma cultural, económico y social para los afectados indígenas. Cultural por las connotaciones negativas que implica la manipulación interna del cuerpo, donde nadie tiene que "mirar"; económico por el costo inalcanzable para la gente del campo de las cifras que habitualmente se manejan en cualquier operación quirúrgica con el añadido del desplazamiento al hospital donde vaya a realizarse la intervención; social por la toma de decisiones familiares, domésticas e incluso comunitarias que implica el traslado hospitalario y el temor que produce enfrentarse a un espacio frío deshumanizado sin previsión espacial para acoger a los familiares que acompañarán, con seguridad, al enfermo¹¹. Lo ideal sería dotar a las postas sanitarias con personal perfectamente capacitado en formación específica y medios técnicos para poder realizar "in situ" es decir, en el campo, las intervenciones quirúrgicas de corte sencillo para evitar en lo posible el traumático traslado de los pacientes al hospital; circunstancia que en ocasiones supone la negación absoluta no sólo de la familia del afectado sino de la propia comunidad, con sus autoridades al frente, a las recomendaciones del equipo de salud.

Por otra parte, los grupos originarios del altiplano recelan de las prácticas quirúrgicas debido al reconocimiento ético y moral que posee el cuerpo humano completo. Los difuntos deben enterrarse con todos sus restos orgánicos y corporales¹². El costo de las intervenciones quirúrgicas y el maltrato que se espera en las unidades hospitalarias, constituyen serios rechazos para las intervenciones quirúrgicas. Los comunarios recelan del médico proclive a la intervención quirúrgica por su avidez para curiosear las interioridades humanas y por su deseo de riquezas. Se sospecha que la cirugía responde a los intereses profesionales y económicos del médico y no tanto a las necesidades terapéuticas del paciente.

El parto incorpora otra serie de características culturales peculiares de las poblaciones indígenas que chocan con la pragmática valoración y medicalización del parto desde la perspectiva biomédica¹³. La posición del parto, para buena parte de los grupos amerindios, establece disposiciones muy diferentes a las del modelo biomédico. La posición más adecuada es en cuclillas con la atención, en ocasiones, del marido por detrás masajeando el abdomen de la parturienta bajo la atenta mirada de la partera en contacto con la tierra, con la enorme carga simbólica que este contacto tiene, particularmente en los Andes. En las comunidades aymaras es preciso entregar la placenta a la madre ya que desde su perspectiva es el "hermano" del neonato, cuya vida no va a prosperar. La madre da a luz al niño y a su placenta, algo así como el "hermano monstruoso"; en el altiplano aymara hay que compensar al menos afortunado, en este caso a la placenta que no va a prosperar vitalmente, frente a la criatura recién nacida¹⁴. Por ello, las familias adornan la placenta con los rasgos característicos del nacido; si es niña, se adorna su placenta con mixtura y con elementos en miniatura que reflejan la variable de género del nacido, en caso de niña, se enterrará acompañada de sus polleritas, su pequeña cocinita (*qhiri awichu*)...etc, en caso de niño, con una yunta en miniatura...etc. Recordemos de nuevo el valor terapéutico otorgado a las placentas en la recuperación de la enfermedad provocada por el *kharisiri* e igualmente cómo se afirma que resulta ingrediente primordial de la "botella" o remedio que se encuentra en las ferias campesinas del altiplano. Cualquier actuación prepotente o arrogante sobre la "ignorancia" de las poblaciones aymaras por este rasgo cultural, o manifestaciones prepotentes del equipo médico sobre la inoportunidad e inconveniencia de esta manifestación cultural redundará con certeza en el fracaso, primero con respecto al deseo de que las parturientas acudan a la posta médica, y luego en la conveniente articulación del equipo médico en el seno de la comunidad¹⁵. Un rechazo importante de las parturientas a acudir a las postas médicas para dar a luz se debe a la importancia simbólica de hacerlo en casa y en contacto con la tierra; dar a luz fuera de casa, del ca-

lor del hogar, según las prescripciones del binomio "cálido-fresco" con que algunos procesos orgánicos, como el parto, se ven afectados supone "parir extraños", es decir, fuera del linaje doméstico.

La medicina preventiva, en lo que respecta a las campañas de vacunación¹⁶, debe partir de una información previa, concisa y clara sobre lo que se pretende y los beneficios que el proceso de vacunación va a suponer para la población local. Es preciso proyectar unos días o semanas antes del ejercicio de la campaña, una exhaustiva campaña de información previa "in situ" con las autoridades comunitarias y el resto de los pobladores interesados en la información. No podemos esperar que en el crítico momento la gente de la comunidad, sin previo aviso de lo que se pretende, acepten complacidos la llegada del equipo de salud y mucho menos que se presten a donar a sus hijos para que les claven agujas. Existen categorías y conceptos de enfermedad, en diferentes poblaciones amerindias, particularmente en las tierras bajas del bosque amazónico, según la cuales la enfermedad se debe a algo que se nos introduce en el cuerpo¹⁷. Igualmente hay recelo sobre el objetivo "real" de las vacunas, dada la desconfianza que las poblaciones indígenas tienen sobre cualquier propuesta o iniciativa externa que escape de sus parámetros de control; así se dice que las vacunas pretenden esterilizar a las mujeres indígenas o hacerlos sumisos y sin voluntad contestataria frente a los intereses del Estado¹⁸. Por otro lado, el rechazo a las campañas de vacunación presenta otras consideraciones de características simbólicas; recordemos el complejo ceremonial del *kharisiri* con su "jeringa" recolectora de grasa y sangre, así como la certeza de que el uso de los medicamentos acomodan el cuerpo de los originarios, haciéndolos más vulnerables y dependientes de la biomedicina, a la vez que los aleja de los remedios tradicionales.

Con respecto al uso de los medicamentos occidentales hay que insistir en que igualmente tienen su sentido y valor desde la perspectiva indígena. Los sabios aymaras (*yatiris*) por ejemplo, diferencian entre las "enfermedades de la gente" y las "enfermedades del doctor", delegando en uno u otro según su saber ha-

cer (Fernández Juárez 2007). Las enfermedades del doctor aparecen reconocidas bajo los términos castellanos "inyección", "operación", "transfusión" que muestran, desde la perspectiva indígena, lo más violento de una biomedicina centrada fundamentalmente en el cuerpo orgánico, mientras que la medicina aymara, como otros grupos amerindios, centra sus necesidades terapéuticas en el ser humano, utilizando todos los recursos que incorpora, en cada caso, el concepto de persona. En este sentido, no resulta infrecuente que en ciertas ocasiones los originarios busquen al médico "de mandil blanco" para utilizar sus herramientas terapéuticas, una vez identificado que el caso "es para el doctor".

Los medicamentos empleados en la posta médica no deben ser regalados o gratuitos, ya que se considera que lo que se da gratis no es eficaz o está caducado o bien, pretende otros fines encubiertos dañinos para la población. Los medicamentos y "tratamientos" que cuestan plata, son considerados "poderosos" y eficaces por los usuarios indígenas de los servicios de salud. De igual manera, entre los aymaras, las atenciones curativas rituales y las ofrendas ceremoniales costosas se consideran más eficaces, con la capacidad de incidir de forma proyectiva sobre el cuerpo del doliente sin necesidad de abrirlo, como hace el cirujano. Obviamente esta cualidad relativa al costo de los medicamentos debe ser empleada con flexibilidad por parte del equipo de salud según las posibilidades económicas de los pacientes que acuden a la posta, de tal forma que nadie se quede sin su tratamiento completo por razones económicas. En este sentido hay que resaltar los problemas que está provocando en las postas rurales la aplicación protocolaria e inflexible del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil), quejándose los médicos rurales que no pueden recetar fármacos, fuera de las ocasiones y tipos reflejados en los protocolos del SUMI mermando considerablemente su capacidad de decisión y criterio.

En algunos casos hay reticencia al empleo de fármacos porque se asegura que acostumbran el cuerpo y no resultan adecuados para todas las personas, "...para algunos los fármacos son dañinos...para mi la botica resulta bien". (Joaquín Casillana).

Los fármacos de la biomedicina acostumbran los cuerpos indígenas, y les hacen inhábiles para los tratamientos medicinales autóctonos; no siempre es posible, ni recomendable, desde la perspectiva indígena, emplear los remedios combinados de ambas tradiciones médicas¹⁹. Dicen los kallawayas que atienden en el dispensario del hospital kallawayas-español en la localidad de San Pedro de Curva, que no siempre se puede combinar la inyección con la herbolaria. Según los kallawayas, la inyección líquida penetra rápidamente en el cuerpo y actúa de inmediato. Para poder combinar con los tratamientos tradicionales, con la herbolaria, es necesario esperar veinticuatro horas. Según los kallawayas del dispensario del Centro de Salud de Curva, no se puede alternar de forma contigua la inyección con la herbolaria. Sí puede hacerse cuando se trata de tableta o de fármacos. En este caso podemos observar una importante valoración del potencial de la inyección como remedio poderoso de la biomedicina. Se considera que la inyección actúa de forma rápida y contundente sobre el cuerpo y que resulta contraproducente su empleo al pretender complementario con los recursos de la medicina natural. Los fármacos cambian el cuerpo, lo acomodan a unos remedios u otros. En este sentido recordemos cómo una de las finalidades que se otorga a la grasa extraída por el *kharisirir* es la de elaborar los fármacos que se emplean en las unidades hospitalarias y que responden a esta lógica de control de los cuerpos indígenas. En este sentido, la institución de los *kharisirir* contriubuyen al rechazo y rechazo de los tratamientos farmacológicos por la supuesta composición de los fármacos:

"Pero sí. Esa grasa la convierten en polvo, luego en pastillas, en remedios. Así se curan ellos.

-¿Y los remedios de nuestras farmacias?

-También los hacen de la grasa. La traen de Alemania, de los Estados Unidos.

-¿Y tú tomas remedios?

-Yo nunca sólo Mejoral. Eso es pura química, no es de grasa"²⁰
(Gutiérrez Estévez 2002:90,91)

Estar sano o enfermo en las sociedades humanas, no depende sólo de la estructura celular y de los componentes orgánicos del cuerpo sino que cada cultura decide dar sentido a lo que entiende por salud y enfermedad. En poblaciones amerindias de Bolivia existe un complejo conjunto de formulaciones culturales sobre enfermedades, los llamados "síndromes culturales", que recogen aspectos diferenciados de su realidad cultural. Así las cosas, determinadas patologías o aflicciones son resueltas mediante la consideración que se hace al ser humano y sus expectativas funcionales. No tiene sentido la parcelación orgánica, mirar "adentro" del cuerpo o preocuparse por un órgano específico. Los rituales terapéuticos empleados por diferentes grupos étnicos de Bolivia hacen alusión a modelos simbólicos de percepción y concepción del cuerpo y del ser humano en situación de eficacia social, junto con su estructura social y de parentesco, así como las diferentes cosmovisiones que, según cada caso, se ven afectadas. Es por eso que buena parte de los procedimientos terapéuticos son de carácter ritual y simbólico de forma paralela al conocimiento prolijo de especies naturales que emplean en su abundante farmacopea tradicional.

Estas soluciones rituales que emplean las poblaciones amerindias en tratar sus problemas de salud chocan con la mentalidad cartesiana y racionalista de los equipos médicos de la posta médica o institución hospitalaria al uso. Hacer alusiones a las prácticas terapéuticas del médico originario con respeto y aprecio, recomendando la consulta característica al médico originario y su parecer, cuando la ocasión lo precise, facilitaría en gran medida la comunicación e integración del equipo médico en el área, además de redundar en el propio prestigio y apego de los usuarios indígenas de los servicios de salud. En numerosas ocasiones asistimos a la presencia casi clandestina de los *yatiris* y médicos indígenas originarios en las unidades hospitalarias, a solicitud de los propios enfermos, aprovechando la ausencia momentánea de los equipos médicos, el relevo en las guardias o el turno de noche, lo cual no hace sino incidir de una forma manifiesta en la diferenciación de sentido que con respecto a la propia enfermedad

poseen los agentes de salud convencionales y los usuarios indígenas de dichos servicios²¹.

El hecho de que los centros de salud convencionales, instituciones hospitalarias y postas médicas rurales no sean aceptadas y reconocidas por los posibles usuarios indígenas de dichos servicios como competentes en el tratamiento de la enfermedad (según las concepciones locales) hace que estas instituciones aparezcan mermadas en sus capacidades e infrautilizadas así como dotadas de un poderoso estigma como lugar "tabú", prohibido. Así lo refleja el convencimiento de la afirmación que con tanta frecuencia encontramos en diferentes contextos originarios de Bolivia: "El hospital es el lugar donde la gente va a morir"; frase lapidaria, pero recurrente en el dominio rural de Bolivia que desacredita las posibilidades en atención médica de las unidades hospitalarias²². Sería preciso averiguar cuáles son las razones de este rechazo; cual es el tipo de relación existente entre el personal médico y sanitario del hospital o de la posta y los respectivos usuarios indígenas de la zona; acreditar el nivel de comunicación habitual entre los agentes de salud del hospital y los usuarios de los servicios; comprobar el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a la posta o a la unidad hospitalaria y conocer el fundamento de su rechazo. Son otras las valoraciones que realizan las comunidades indígenas, habitualmente, a la hora de decidir la presencia de una institución hospitalaria en su comunidad, como me decían los profesionales de salud, médicos y enfermeras de la especialidad en Salud Intercultural del SEDES – La Paz, (Febrero 2006) las comunidades suelen otorgar las peores tierras para la construcción de los recintos hospitalarios; las más inaccesibles y lejanas o aquellas próximas a los lugares de enterramiento, lógica decisión si tenemos en cuenta la escasa o nula repercusión en la vida comunitaria de la institución hospitalaria escasamente integrada en su realidad cotidiana; este tipo de decisiones no hacen sino remarcar la aparente falta de valor que las comunidades indígenas otorgan al servicio hospitalario edificado en su territorio. Recuerdo la actitud de los comuneros aymaras del Cantón Ajllata Grande (Prov. Omasuyo del Depto. de La Paz) ilusionados en

la construcción de su posta sanitaria en 1991, patrocinada por una ONG de prestigio internacional en aplicaciones médicas. Después de la gozosa inauguración, la posta continuaba prácticamente sin estreno porque la gente no acudía para tratarse sus problemas de salud, "no sabemos enfermar" decían los comunarios; es decir no se enfermaban según los patrones del modelo biomédico, pero sí en función de las categorías aymaras. Aquella pequeña edificación hospitalaria repercutía en cierto prestigio para la central del Cantón, frente a las comunidades vecinas carentes de posta médica, pero no intervenía en ningún caso en solucionar las necesidades de salud de la zona.

El perfil del hospital y su aspecto como lugar aséptico²³, juega en contra de su aceptación, el orden, los materiales empleados en su construcción, las salas amplias, luminosas y ventiladas, provocan sensaciones de frío, causa de enfermedades, e incomodidad, aspectos claves en el tratamiento terapéutico de los enfermos, partidarios como sabemos, de la asistencia domiciliaria. El cambio brusco, el choque producido entre los espacios domiciliarios de las familias originarias y los espacios hospitalarios genera temor, incomodidad y angustia entre los pacientes. ¿Es posible una mejor adecuación espacial de la institución hospitalaria más próxima y cercana al dominio doméstico de las familias?. Hay que tener en cuenta lo importante que resulta el confort y la confianza para el desarrollo de la "consulta médica". Los médicos originarios que acuden a la casa del enfermo conocen este principio; la sesión se realiza en casa del enfermo, es el médico originario quien se traslada a la casa del enfermo, valorando la seguridad y comodidad del mismo.

Otro de los rasgos que debe imperar en la consulta ambulatoria o en la atención hospitalaria es el "secreto"; es decir, parte de los temores y recelos de los indígenas con respecto al hospital y las actuaciones médicas radican en su carácter público. La situación médica de cada enfermo en la relación que establece con el médico indígena sólo le interesa al propio afectado y su familia; todo debe quedar en este entorno privado, intimista y particular, por el contrario el hospital con su masificación asis-

tencial y sus colas de enfermos y familiares va en contra del valor que el dominio indígena otorga a la privacidad de la situación médica de sus enfermos. De hecho, en el altiplano aymara, los *yatiris*, al acudir a la casa del enfermo lo hacen de noche y con la máxima discreción, para que nadie del entorno, ajeno a la familia, pueda notar su presencia en la casa. Recordemos cómo los *kharisiris* exponen para el uso público (campanas, grupos sanguíneos, elaboración de fármacos), los fluidos más específicos e individualizados del interior discreto e íntimo del cuerpo de los pobladores aymaras; es decir expone al ámbito público lo que debe permanecer en el estricto dominio privado; por el contrario la curación de la enfermedad que el *kharisiri* provoca se realiza en el dominio familiar, en total discreción, de tal forma que ni siquiera el enfermo debe saber con exactitud lo que le sucede.

Una unidad sanitaria u hospital, conceptualizado como "extraño" u "hostil" por su falta de integración en la vida comunitaria resultará, a buen seguro, caldo de cultivo de problemas de índole singular, entre los que puede cobrar sentido su significación real de "sede de *kharisiris*"²⁴.

Probablemente el esfuerzo tiene que ir en la dirección de integrar el hospital en el seno de la vida comunitaria aymara y así evitar el estigma del foráneo y su extrañamiento que puede provocar la identificación de los médicos y sanitarios como *kharisiris*. La institución hospitalaria no puede ser un elemento extraño e "inútil", de espaldas a sus necesidades cotidianas de la comunidad. Un centro hospitalario que no forme parte de la vida comunitaria será valorado de forma despectiva y será foco de múltiples desconfianzas, estigmatizado como lugar de "muerte". La "socialización" del hospital precisa hacer periódicamente "jornadas de puertas abiertas" propiciando talleres conjuntos en el hospital entre los equipos médicos, las autoridades comunitarias, padres de familia, maestros seccionales y médicos originarios; talleres aplicados de atención materno infantil, todo aquello que facilite e intensifique las relaciones del equipo médico con las autoridades comunitarias y los posibles usuarios del centro de salud o unidad hospitalaria. Es indispensable generar un clima de mu-

tua comprensión, reconocimiento y mutuo enriquecimiento entre los equipos médicos convencionales y los médicos originarios locales que elimine cualquier atisbo de desconfianza o competencia entre ambos modelos. La consolidación de los equipos sanitarios en el dominio rural, resulta muy importante así como su reconocimiento económico y social. Todo esto genera un contexto político, económico y cultural difícilmente compatible con el reconocimiento exitoso de las unidades hospitalarias por parte de las poblaciones originarias de Bolivia.

Los propios médicos y profesionales de la salud reconocen las dificultades de realización de su labor sanitaria en las comunidades originarias, pero igualmente en las ciudades. Sus reflexiones y valoraciones críticas resultan fundamentales para esclarecer este complejo marco de relaciones donde las actuaciones biomédicas cobran un talante tabú al ser tachados por los comunarios aymaras como propias de *kharisiris* y los hospitales sedes naturales, como antaño las parroquias rurales, donde el monstruo se nutre de los fluidos vitales aymaras. Veamos algunas reflexiones procedentes de los propios profesionales de la salud que desempeñan su cometido en diferentes sectores del altiplano.

III.1 ¿Kharisiris de "mandil blanco"?²⁵

Los equipos sanitarios que desempeñan sus funciones de servicio en las áreas indígenas y suburbanas de Bolivia se quejan del recelo y la desconfianza que sus actuaciones generan en las poblaciones que constituyen su objeto de atención y cuidado. Hay razones de índole política, económica y cultural que justifican, en parte, estos celos así como su descalificación social al hacerse acreedores al calificativo de *kharisiris*. Las investigaciones etnográficas realizadas en "salud intercultural", inciden generalmente en la deficiente adecuación cultural de los equipos de salud que trabajan en contextos indígenas, sus dificultades de comprensión idiomática, su escasa o nula integración en la vida comunitaria donde realizan su labor, pero ¿qué opinan los propios profesionales de la salud de todo esto? ¿Có-

mo expresan las contradicciones y conflictos que deben solventar sobre el terreno²⁶?

En Septiembre–Octubre de 2005 y Febrero de 2006 recogí varias entrevistas y conversaciones con profesionales de la salud bolivianos que trabajan en áreas indígenas o en zonas marginales urbanas de los departamentos de La Paz y Potosí. Muestro aquí el testimonio de varios de ellos, médicos y enfermeras. Sus apreciaciones nos servirán para analizar parte de las dificultades y peculiaridades de la actuación de los médicos y equipos sanitarios que desempeñan su labor en ámbitos culturales ajenos a su propia tradición personal y académica en el departamento boliviano de La Paz.

Los diferentes testimonios de los médicos y las enfermeras que participaron en el encuentro convergen en aspectos concretos sumamente prácticos que nos acercan a una realidad conflictiva que es preciso abordar en cualquier perspectiva de salud intercultural que quiera aplicarse. Los equipos médicos que desempeñan su labor en áreas rurales indígenas o en zonas periurbanas de las grandes ciudades atesoran un gran patrimonio experimental en la vivencia diaria de situaciones y conflictos de índole intercultural que debemos conocer y valorar.

En las conversaciones que se desempeñaron a lo largo del módulo, los intereses y experiencias de unos y otros convergieron en una serie de aspectos como es la presencia predominante de la medicina popular e indígena en Bolivia; la predilección por la medicina tradicional frente a la académica en las comunidades del altiplano; el prestigio otorgado a los médicos originarios y el descrédito creciente de los médicos y equipos de salud; las dificultades de llevar a cabo los programas de vacunaciones y su seguimiento; la barrera cultural del hospital al que se niegan a asistir los comunarios, especialmente en el caso de los partos; la escasa o nula preparación académica en las facultades de medicina y carreras universitarias de ciencias de la salud para hacer frente a estas situaciones....etc. Escuchemos la voz y el énfasis que los propios interesados ofrecen en sus testimonios y argumentos²⁷.

III.1.1 Medicina tradicional versus medicina académica

La percepción habitual de algunos equipos de salud que desempeñan su labor en contextos indígenas es que actúan en inferioridad de condiciones frente a las propias medicinas indígenas que, en la mayoría de los casos, son preferentes y "hegemónicas"²⁸ en sus demarcaciones. Los equipos de salud se encuentran en una posición incómoda por su escasa adecuación cultural al entorno en el que deben realizar su misión, así como por el hecho del aparente escaso reconocimiento social que, en las comunidades aymaras del altiplano, despiertan sus actuaciones.

"Para quienes trabajamos en el área rural, en El Alto con población migrante y en las zonas urbano marginales, el "drama" de ser el último eslabón en la gran cadena de alternativas de sanación que buscan los comunarios. Se vuelve drama porque después de consultar a todas las especialidades de la medicina tradicional o del saber popular, el enfermo llega a veces en muy malas condiciones, y a veces muere. A veces nos cuesta mucho recuperarlo no sólo con nuestros conocimientos sino económicamente porque alguna vez el personal de salud debe aportar económicamente para que el paciente no muera y no tener problemas con los mismos comunarios y parientes del paciente. También cuando estamos haciendo tratamiento alternativo, ya que el paciente está siendo tratado por la medicina tradicional, la sanación es atribuida al médico tradicional, pese a los méritos que hayamos hecho nosotros con nuestro conocimiento científico y eso para el médico novel, sin mucha experiencia, es una decepción y como no conoce la cultura del lugar, no puede entender". (El Alto de La Paz).

La curación eficaz parece ser asunto del médico indígena originario y no tanto del médico académico lo que redundaría en el escaso valor que se otorga a sus procedimientos terapéuticos. En el itinerario terapéutico, una vez desencadenada la enfermedad, el médico de la posta o del centro de salud, ocupan habitualmente el último lugar del proceso. Parte del problema radica en la diferente concepción que sobre la salud y la enfermedad pre-

sentan tanto los profesionales de la salud como los enfermos indígenas; sus modelos explicativos responden a lógicas diferentes. Conocemos el valor que la biomedicina ofrece a la especialización técnica, la deshumanización del enfermo, su encriptación en los pesados protocolos y el proceso de "desmembración" orgánica que potencian sus diferentes especialidades. Las medicinas indígenas, por el contrario, procuran una visión integral del individuo en relación directa con su entorno familiar y natural; las lenguas originarias les permiten una forma de reproducción y creación del cuerpo y de las enfermedades con sus diferentes agentes causantes que los médicos son incapaces de plasmar, aunque realicen el esfuerzo, en gran parte inútil²⁰, de traducción literal del castellano a sus lenguas originarias, en el mejor de los casos. Los *yatiris* aymaras, especialistas rituales y médicos originarios que tratan las enfermedades en el altiplano diferencian al comenzar la revisión del enfermo entre tipos de dolencias y de competencias terapéuticas. Acostumbran a asegurarse si la enfermedad es "de la gente" o "del doctor". Ellos curan las enfermedades "de la gente" mientras que no pueden hacer nada si la enfermedad es "del doctor" (Fernández Juárez 2007). Es curioso que las enfermedades "del doctor" son denominadas de forma sinónima, en algunas comunidades aymaras de la cuenca del Lago Titicaca, bajo los términos "operación", "transfusión", "inyección" es decir, alusiones directas a un tipo de medicina (la occidental y científica) que centra sus competencias en el cuerpo del enfermo y en manifestaciones terapéuticas caracterizadas por su violencia corporal. Ya sabemos que las enfermedades consideradas más graves, desde la perspectiva aymara, no son tanto las que afectan al cuerpo del enfermo como a sus entidades animicas, (*ajayu*, animu y coraje), conocidas como *kimsa ch'iwis*, las tres "sombras" gemelas, que pueden extraviarse provocando peligrosas aflicciones y enfermedades. La salud depende del adecuado equilibrio entre el cuerpo y la trilogía de las entidades animicas que los seres humanos poseen, según la forma aymara de entender y construir el concepto de persona o "ser humano", *jaqi*. Las lógicas terapéuticas se arman en uno u otro caso de forma diferen-

ciada con diferentes grados de complementación o exclusión por ambas partes. Tratándose de la enfermedad, la vivencia de una crisis de salud no es el contexto más apropiado para "experimentar" fuera del modelo que la sociedad considera más razonable, eficaz y seguro, por mucha incredulidad que nos provoque.

Indudablemente, podemos entender el desánimo y la decepción que impregna el quehacer de los profesionales de la salud de los equipos sanitarios bolivianos que desplazados por remotas comunidades, alejados de sus afectos y estímulos intelectuales, no ven reconocidos sus esfuerzos y su valía como personal de salud, por aquellos a los que dedican sus atenciones. El hecho de estar supeditados al quehacer prioritario de los médicos indígenas originarios y que los enfermos acudan a la posta o servicio hospitalario en último lugar supone un trauma epistemológico en los referentes académicos en que fueron formados³⁰ lejos de cualquier conexión con la realidad pluricultural del Estado boliviano.

"En su mayoría la población acude a la medicina tradicional para resolver sus problemas, pero también debo hacer notar que la confianza es plena con don Fermín que es el auxiliar de enfermería con el que trabajo e indica la misma gente que es el único que "aguanta" estar por allá tantos años (6 años) y que los médicos no duran ni un año, los factores entiendo que son múltiples pero no los voy a tratar porque son de tipo interno". (Santiago de Huata).

"Hace 5 años atrás la demanda a los servicios de salud era menor a la de ahora debido a que el personal de salud sólo trabajaba 1 año pero en la actualidad trabajan por más años esto crea más confianza en la población". (Corocoro)

La situación política, cultural y económica del país ha propiciado, y propicia, una situación laboral precaria entre los profesionales de salud y una importante movilidad en los diferentes destinos de los puestos sanitarios. Hace poco el llamado "Año de Provincias" que los estudiantes de medicina debían realizar para poder luego dedicarse como profesionales del sector, obligaba al cambio de los componentes de los equipos de salud dispersos por remotos lugares de Bolivia³¹. Cada año, la aplica-

ción del modelo, obligaba al cambio del personal con el lógico impacto por la discontinuidad de actividades e iniciativas, tanto en los interesados, como entre sus pacientes, sobre todo en los casos en los que se hubiese conseguido cierta empatía. La impresión era de "volver a empezar" de continuo, con cada equipo de "año de provincias" que se incorporara. Si resulta difícil adecuarse a un entorno desconocido e inusual para la mayoría de los médicos de provincias y ejercer la medicina, con plena responsabilidad en la toma de decisiones durante un año, las nuevas disposiciones ministeriales han acortado el periodo de un año a tres meses con el llamado Servicio Social de Salud Rural Obligatorio que ha permitido la consolidación de las plazas de los médicos en el ámbito rural, pero que dificulta en grado extremo la simple integración de los recién llegados a los equipos de salud, al recortar de forma substancial el periodo de permanencia de los recién egresados en las comunidades rurales³².

"Es cierto que la población primero recibe su tratamiento médico en el hogar como por ejemplo, la madres lavan con orín la cabeza del niño cuando este se encuentra con fiebre o colocan cataplasmas con huevo, clara batida empapada en papel, generalmente periódico o adquieren medicamentos por recomendaciones de terceros o experiencias anteriores³³. En caso de no mejorar con medicinas caseras u automedicación se dirigen a los yatiris y finalmente si estos no les curan o sanan acuden a los servicios de salud como última alternativa ya que muchas veces nos tocó revisar a pacientes que se encontraban con masillas en base a yerbas y sangre de perro negro³⁴, de acuerdo a referencias en una posible fractura en cuyo caso nos absteníamos de tocar la zona problema y recomendábamos no asentar el pie si es que afectaba a extremidades inferiores y que simplemente prescribíamos analgésicos por el dolor que presentaba y anti inflamatorios si es que estaba edematizado e indicábamos en caso de que se aflojara o quedara suelta la masilla, pedir al médico tradicional que nuevamente les coloque la masilla" (Colquencha)

El itinerario terapéutico en las comunidades aymaras comienza habitualmente, en el seno del hogar. La familia aymara es el núcleo de aprendizaje terapéutico en el que se aplican los co-

nocimientos tradicionales. Los propios médicos y profesionales de la salud destacados a áreas rurales y periurbanas, reconocen la importancia preferencial que se otorga a las prácticas médicas indígenas que son las que acreditan la confianza masiva de la población. Por otra parte los propios equipos médicos terminan familiarizándose con una serie de técnicas terapéuticas tradicionales, reconocidas por ellos en unos casos al formar parte de su propio sistema de referencia terapéutica familiar, y en otros por la sistemática presencia en sus controles de atención sanitaria en área rural.

"El impacto de la medicina tradicional en nuestro ámbito de trabajo es negativo debido a que nos formaron en una medicina científica occidental olvidando nuestras raíces ancestrales al punto de ver a nuestros usuarios de los servicios como objetos, al decir, por ejemplo: "El paciente de la cama tres".

No tenemos la capacidad de explicar a los usuarios de los servicios lo que tienen, su diagnóstico, porque creemos que no nos va a entender³⁵ y con esta actitud demostramos la falta de respeto a su cultura" (Colquencha).

Indudablemente el desconocimiento, en algunos casos, de los sistemas médicos indígenas, su lógica y efectividad, por parte de los equipos médicos que realizan su labor en el altiplano provoca desasosiego, incredulidad y respuestas fundamentalistas ajenas a cualquier tipo de criterio intercultural. Lo cierto es que el sistema de formación académico, especialmente en las facultades de medicina, genera un distanciamiento a veces irresoluble entre el médico y su paciente indígena. El problema radica en que se crea la convicción de que la comunicación y el mutuo entendimiento entre los equipos de salud y sus enfermos indígenas es imposible. Aquí influyen cuestiones que exceden el problema lingüístico y afectan al ámbito político.

"Los comunarios de cultura aymara de Pacajes, la primera opción a la que acuden en caso de enfermedad sea física o espiritual es a los abuelos, por ser considerados sabios, tíos mayores, vecinos, en el caso de no sanar (por aplicación de mates, emplastes, baños, ceremonias) recién acuden al yatiri o curandero el

cual también le da todos sus conocimientos (mates, infusiones, ceremonias, rituales, parches, etc). En el caso de no sanar el yatiri le indica a los familiares que los lleven al Centro de Salud para que lo de el tratamiento, porque el reconoce que no puede sanarlo. Es por esta causa que el paciente llega muy mal al servicio (porque transcurrieron varios días del inicio de la enfermedad) y el personal de salud lo regaña y cuestiona, pero termina curado el niño." (Corocoro)

Los equipos de salud que operan en áreas del altiplano, acusan a sus enfermos aymaras de acudir al hospital o al centro de salud cuando ya es tarde³⁶. Como hemos visto en diferentes oportunidades, la opción del hospital o el centro de salud suele ser la última del itinerario terapéutico que realizan los enfermos aymaras. Lo curioso es que los equipos médicos acostumbran a emplear esta circunstancia como arma arrojadiza con la que regañar a enfermos y familiares cuando acuden a la posta médica y sirve como proclama que excusa las posibilidades de curación del enfermo. Tal vez mereciera la pena, más que abroncar al que finalmente se acerca a la posta, sea cual sea su situación médica, el preguntarse por qué se produce esta situación y seguir investigando las razones que hacen del centro de salud o del hospital un espacio poco deseable y apenas reconocido como lugar de cura (Fernández Juárez 1999;2006b).

"Otras causas son las distancias de su domicilio al centro de salud, no existen medios de transporte.

El mal trato del personal de salud y rechazo a sus tradiciones, costumbres. Poca importancia de la población a la salud, en términos biomédicos. Falta de conocimiento de la población a los seguros gratuitos" (Corocoro).

Las prioridades de la medicina tradicional frente a las atenciones de la biomedicina responden igualmente a otras razones esgrimidas por los propios profesionales. Indudablemente las largas distancias y las escasas infraestructuras de transporte y alojamiento hospitalario, suponen una importante barrera a la hora de afrontar la atención hospitalaria. No deja de ser excesivamente optimista el pensar que el problema radica, como expresa el

texto precedente, en el desconocimiento de los seguros médicos gratuitos, por parte de los usuarios indígenas. Se refiere en este caso a la cuestión del SUMI, Seguro Universal Materno Infantil para la mamá embarazada y el niño entre el primer y el quinto año de edad, que se encuentra en proceso de reevaluación y de mejor adecuación a la realidad boliviana³⁷.

"El comunario puede pagar en dinero, especies o de otra forma el servicio médico tradicional, pero se resiste a pagar al médico académico porque nunca tiene plata y todo tiene que ser gratis. En una comunidad de la provincia Ingavi, cerca a Viacha había una epidemia de fasciolosis y para que la gente supiera que la salud no es gratis y la valore, decidimos cobrar un boliviano, por enfermo, el tratamiento que costaba casi 30 \$ y no quieren porque "era muy caro" y no tenían plata. Se decidió cobrar "nada" y tampoco aceptaron porque si los medicamentos eran "gratis" es que estaban "pasados".

Tanto el cobro por los fármacos como, paradójicamente, su gratuidad son empleados como justificante del rechazo a las atenciones médicas. Este hecho redunda en la escasa valoración y el poco prestigio de la medicina académica en el dominio altiplánico, lo cual no significa, como en ocasiones expresan los equipos sanitarios, que los campesinos aymaras no se preocupen ni valoren su salud. Es frecuente escuchar entre los equipos sanitarios que trabajan en el altiplano esta sentencia: "Tal vez parezca anecdótico, pero algunos pobladores se ocupan más del bienestar de sus animales que de ellos mismos o de sus hijos³⁸". Esta dura afirmación de un médico que trabaja en el sector altiplánico de Bolivia, no hace sino reflejar el desconocimiento del contexto cultural que los médicos bolivianos formados en la Universidad tienen de la realidad sociocanitaria y sociocultural en que van a realizar su labor. Así como es habitual quejarse de la poca higiene con que los lugareños del altiplano se presentan en la posta o en los servicios de salud³⁹, los equipos de salud siempre se quejan de que hay dinero para fiestas y para los animales, pero no hay ni un sólo dólar para la propia salud. Hay que tener en cuenta varios aspectos. El escaso reconocimiento de la biomedicina

hace que cualquier esfuerzo económico en la compra de sus fármacos, por modesto que les parezca al equipo de salud, ya es de por sí oneroso. La percepción por parte de los usuarios indígenas de que los fármacos son lentos y que se tienen que ajustar a protocolos largos de consumo, caso de los antibióticos o en el tratamiento de enfermedades como la tuberculosis, choca con las expectativas de eficacia directa de las medicinas indígenas, muy especialmente en el capítulo de los tratamientos rituales. Otro problema a la hora de aceptar el consumo de los fármacos radica en que el enfermo no ve la causa de la enfermedad. El médico le explica el problema según sus parámetros científicos que los usuarios del centro hospitalario o de la posta no siempre comprenden⁴⁰; es decir que de alguna forma, el enfermo debe hacer una especie de "auto de fe" en lo que el médico le informa o explica⁴¹, mientras que el médico originario, el *yafiri*, utiliza sus métodos de diagnóstico en los cuales el enfermo ve de forma literal la naturaleza del mal que le aqueja o en cualquier caso, la explicación que recibe se ajusta a sus propias expectativas culturales sobre salud y enfermedad.

Los enfermos aymaras, cuando acuden a la consulta y atención de sus médicos originarios suelen pagar tanto en especie como en efectivo por el tratamiento, pero igualmente invierten una cantidad de dinero relevante en sentido proporcional a las posibilidades económicas del enfermo, en la compra de los remedios caseros y ceremoniales que su caso precise. Esta circunstancia nos revela la confianza y el prestigio de las medicinas aymaras frente a los fármacos y procedimientos de la medicina; no es que a los aymaras no les preocupe su salud, sino que precisamente porque les preocupa, realizan el gasto que pueden en aquello que se ajusta a sus criterios de máxima eficacia.

La valoración que los enfermos indígenas hacen sobre los fármacos de la biomedicina depende de las circunstancias. La inyección es un tipo de remedio que se solicita en ocasiones por el prestigio que se asocia al fármaco. La inyección al ser líquida se dice que actúa rápido sobre el cuerpo; su uso limita la posibilidad de complementar el tratamiento con la medicina natural indíge-

na; no siempre es recomendable el empleo de las "dos medicinas" sobre todo cuando se aplican inyecciones. En diferentes regiones de los Andes y del altiplano boliviano, como vimos, se dice que los fármacos de la medicina científica "acostumbran" al cuerpo humano y lo hacen inservible a los remedios de la etnomedicina⁴².

"En la comunidad de Laripata, municipio Sorata, fui informada por el auxiliar que visitó un paciente que tosía un mes aproximadamente que se encontraba muy mal con toda la sintomatología de la tuberculosis y que se encontraba en tratamiento con el curandero del lugar; él tomó la muestra para el análisis, vino al hospital y salió positivo efectivamente era tuberculosis, me comentó que ya había comentado sobre la enfermedad al paciente y su familia, ellos rehusaban esta patología. Yo afanosamente preparé los medicamentos y lo mandé con el auxiliar. Nuevamente viene el auxiliar y me dice que el paciente rechaza tomar y que el médico tradicional lo va a curar. Después de cinco días aproximadamente viene el auxiliar y me trae los medicamentos y dice "el paciente ya falleció". Una persona de 28 años con tres hijos pequeños y su esposa. Me sentí muy mal y dije... ¿por qué no pudimos trabajar juntos con el médico tradicional? Deberíamos capacitar a los médicos tradicionales, realizar encuentros y ver maneras en que ambos pudiéramos curar, esta persona se habría salvado. En principio sentí rabia por los médicos tradicionales porque tienen el poder de convencimiento y no reconocen sus limitaciones. Pero ahora pienso que deberíamos trabajar juntos. Nuestras comunidades están muy arraigadas en las costumbres y tradiciones y deberíamos tener tolerancia y respeto hacia estas costumbres". (Sorata)

"Existe conflicto cuando el paciente está muy grave y requiere de atención especializada en la ciudad de La Paz los familiares se rehúsan y prefieren abandonar el Centro de Salud⁴³. Cuando el paciente llega al servicio muy mal y muere ellos nos echan la culpa indicando que nuestras medicinas no sirven. Su reacción de los pobladores frente a los conflictos es no volver más a los centros de salud". (Corocoro)

Los equipos médicos se lamentan de que la aparente tozudez e intolerancia de los enfermos aymaras, sus parientes y, en ocasiones, las autoridades comunitarias, limitan sus competen-

cias de actuación, a veces con el resultado de muerte de algún enfermo. En este caso los equipos médicos justifican la necesidad de "capacitar" a los médicos indígenas para potencia vías de comunicación con los equipos médicos convencionales, no siempre se identifica la necesidad de los propios equipos biomédicos de "capacitarse" a sí mismos en salud intercultural, por ejemplo, para hacer esa comunicación con sus enfermos indígenas mucha más eficaz y efectiva. Los equipos de salud no pueden entrar en situación de competencia directa con los médicos originarios. La situación más razonable, aunque no fácil de conseguir, sería facilitar la mutua colaboración entre médicos y *yatiris* (y otros terapeutas indígenas), de tal forma que médicos y *yatiris* deleguen respectivamente a uno u otro especialista en razón de la naturaleza de la enfermedad de sus enfermos.

"Cuando llegué a trabajar a Sorata, Hospital Sorata, las mujeres y hombres mayores me pedían que les administre calcio; en mi conocimiento farmacológico y fisiológico sabía que no era necesario por lo que les rechazaba esta conducta y la gente se iba descontenta. Después empecé a pensar y revisar la bibliografía, los efectos colaterales y las acciones y descubrí que los pacientes querían sentir el calor que provoca en el momento de la administración a nivel de la extremidad y en su pensamiento ellos creían que ese calor les sanaba, generalmente venían por lumbalgias por el esfuerzo que hacían en su trabajo de siembra o cosecha. Entonces les inyectaba calcio y debe ser siempre intravenosa por personal capacitado y con mucho cuidado porque si se extravasa provocaría flebitis y quemaría tejidos. Era en poca cantidad, pero, al mismo tiempo les daba anti inflamatorios y así la gente se iba más contenta. Es importante percibir y escuchar las necesidades, los sentimientos de las personas, ser tolerantes y respetarlos" (Sorata).

Hay que destacar la sensibilidad e iniciativa de los profesionales de la salud que saben identificar los deseos y lógicas sobre salud y enfermedad de sus propios enfermos y adecuar a estas expectativas las posibles soluciones.

III.1.2 Partos, vacunas, institución hospitalaria, registros

El cuerpo biológico de los enfermos parece ser el "terreno de conquista" que busca la biomedicina, sin tener en cuenta los diferentes referentes culturales presentes sobre su propia construcción. Las relaciones de poder que entran en juego en la ejecución de los programas de profilaxis mediante vacuna, las desconfianzas que el propio sistema de vacunación genera sobre los usos y fines del procedimiento, ocasiona no sólo el rechazo de los comuneros aymaras, sino la confirmación de los peores augurios en esa relación asimétrica con el Estado, tal y como demuestra la sospecha de inoculación de enfermedades en los niños y niñas o consecuencias nefastas para la salud y fertilidad de las mujeres indígenas vacunadas. La denuncia de la extracción de grasa y sangre entronca directamente con el pavor que producen las manifestaciones más violentas que la biomedicina genera. En este caso, la sospecha de extracción sanguínea y de grasa se relaciona con el mítico personaje del *kharisiri*, cuyo rasgo violento es designado por el apelativo castellano que recibe en las comunidades aymaras del Lago Titicaca, "operador".

"También nos cuesta mucho realizar las vacunas, los partos, porque todo el programa de salud está diseñado por tecnócratas que nunca preguntaron a los actores, cómo son los comunarios originarios, que si querían ser vacunados o qué opinión tenían sobre las vacunas, si conocían sus beneficios o si los perjudicaba en algo; al igual en los partos, que la gente tiene la obligación de tener el parto en el hospital (parto hospitalario) y los médicos la obligación de hacer cumplir esta disposición, sin conocer el parecer o la opinión cultural sobre esta situación, de parte de los comunarios. Se rechaza la vacuna por la jeringa "¿Nos sacan sangre, nos sacan grasa?⁶⁴". También por la calentura que produce la vacuna y mata a muchas wawas". (El Alto)

"En los primeros años de trabajo en este centro de salud había rechazo de muchas familias a la biomedicina en especial a las vacunas. Ellos tenían la información de que las vacunas eran dañinas, que mataban a sus hijos por que eran enviadas de los

EEUU⁴⁵ para erradicar a todos los niños y que a las mujeres la vacuna TT, se las colocaba para no tener más hijos". (San Pedro de Curahuara)

La vacunación genera protestas en las comunidades aymaras por la convicción existente de que el motivo encubierto del programa de vacunación es otro, como provocar infertilidad en las mujeres o hacerlos humildes y serviles al Estado. La denostada tendencia hacia las aperturas corporales de los enfermos, los procedimientos quirúrgicos, el énfasis desmesurado que la biomedicina ejerce en su interés por el cuerpo físico del enfermo se refleja en las dificultades patentes en el altiplano aymara por los ingresos hospitalarios, las revisiones corporales, la extracción de fluidos y no digamos las intervenciones quirúrgicas (Fernández Juárez 1999; 2006b).

Las campañas de vacunación en las comunidades indígenas exige una labor previa de información pormenorizada sobre lo que se pretende hacer y el sentido de la protección inmunológica de que se trate. Es importante valorar la época del año en que se va a realizar la campaña, para no afectar las tareas agrícolas o ganaderas pertinentes, e informar de la manera adecuada sobre las dudas y recelos que el procedimiento de la vacuna provoca. Los acostumbrados informes que realizan los equipos médicos en sus seguimientos en las comunidades suelen incorporar un término expresivo "rastreo casa por casa" que resulta, a las claras expresivo igualmente del fracaso en los términos de relación, información previa y derecho al posible rechazo terapéutico por parte de los padres de los niños por vacunar. En este sentido merece la pena reflexionar sobre la presión que los equipos médicos rurales sienten por las cifras estadísticas como parámetro objetivo del éxito o fracaso de su desempeño ante el departamento ministerial correspondiente.

"En relación al parto casi nadie, o nadie, viene a tener su parto en el centro de salud o el hospital, ni siquiera cuando ocurre una gran complicación, como hemorragia, a lo mucho mandan llamar al médico al domicilio. El fundamentalismo de algunos médicos tradicionales nos perjudica⁴⁶ ya que convencen a la gente

de que los médicos académicos no sabemos nada y todavía por eso nos pagan y así desaniman al posible paciente que quiere acudir a nuestro servicio. Esto ocurre en mayor porcentaje en las parteras y curanderos que tal vez por que sienten que les estamos quitando su trabajo hacen una campaña de concientización a la gente de que nosotros no sabemos nada y sólo queremos operar, abrir la barriga, para recién saber qué pasa⁴⁷ y aprovechar de sacar órganos y venderlos⁴⁸.

El descrédito del papel del médico y de los equipos de salud puede tener su razón de ser en la competencia directa con los médicos originarios y con las parteras del lugar. Por eso es imprescindible potenciar las relaciones comunitarias y en especial con estos especialistas locales, con la intención de eliminar todo tipo de susceptibilidades y al tiempo reconocer los límites respectivos de los campos de actuación de unos y otros con la posibilidad de "derivarse" mutuamente los enfermos. Es necesario entender que los escenarios de actuación e intervención de la biomedicina y de las medicinas indígenas no son los mismos y que probablemente resulte inadecuado empeñarse en hacer que compartan actividades en un mismo espacio, salvo que así lo soliciten unos y otros⁴⁹. La posibilidad de una relación intercultural entre los especialistas académicos y locales, tiene que basarse en el mutuo respeto de sus conocimientos y competencias. Probablemente el reconocimiento de las respectivas capacidades y limitaciones a través de jornadas conjuntas y política de "puertas abiertas" en las instituciones hospitalarias y en las organizaciones de médicos originarios, permitiera un mayor ajuste no competitivo entre los diferentes actores de salud que beneficiara sin lugar a dudas a los propios enfermos. El absentismo y la precaria utilización y ocupación de los hospitales y centros de salud, tanto del altiplano como de las principales capitales bolivianas, presentan caracteres que pueden parecernos sorprendentes. El excesivo celo con la higiene procura olores⁵⁰ y visiones estéticas que intimida a los enfermos indígenas y los aleja de los servicios hospitalarios. Intimida porque la gente no quiere usar esos servicios tan limpios por no ensuciar "cómo vamos a ensuciar sus camitas" se quejan particularmente en relación con los partos.

La propia estructura hospitalaria, su diseño con grandes ventanales que facilitan la entrada de luz y la ventilación de las habitaciones choca de forma violenta con los espacios familiares indígenas, caracterizados por la escasez de ventanas que faciliten la pérdida de calor, y el uso del adobe revocado y techado con totora o calamina constituye un referente espacial muy diferente en todo el dominio sensible de las unidades hospitalarias. Sabemos lo importante que resulta en el proceso terapéutico la comodidad y confortabilidad del usuario, en el caso de las unidades hospitalarias del altiplano, estos espacios producen temores innumerables; de hecho los ventanales y la ventilación generan sensación de "frío" que es una de las causas habituales de enfermedad⁵¹.

En ocasiones se ha pretendido "indianizar" ciertas dependencias hospitalarias a base de introducir rótulos bilingües en castellano y quechua o aymara con información sobre las diferentes dependencias hospitalarias. Si tenemos en cuenta que las traducciones literales del castellano suelen resultar inadecuadas en el vocabulario indígenas sobre salud y enfermedad y muy especialmente que los usuarios indígenas de estas unidades hospitalarias no saben leer, no solo el castellano sino tampoco las adaptaciones hechas por los lingüistas de las lenguas nativas, vemos que más allá del "lavado de cara" en supuesta competencia cultural y el escaparate de lo políticamente correcto, poco se consigue, de hecho con estas medidas. El problema radica, como he dicho en otra parte (Fernández Juárez 2006b), no tanto en el edificio hospitalario como en el edificio "cognitivo" de lo que implica su presencia y lo que representa en las comunidades aymaras.

"En cuanto a las mujeres embarazadas pude ver que está el tema de género en un 50% aproximadamente ya que algunas mujeres quieren ser atendidas por un médico mujer y el otro 50% por un médico hombre". (Sorata)

Es importante el asunto que la médica de la localidad de Sorata nos comenta en el párrafo siguiente, en relación con la asistencia al parto y las preferencias de género que afecta igualmente a los médicos y enfermeras de los equipos sanitarios (Dib-

bits y Terrazas 2003; González y Caravantes 2006). Las mujeres suelen ser acompañadas por sus maridos o un varón en las consultas médicas constituyéndose en interlocutor habitual de la mujer "Las mujeres acuden al centro de salud acompañadas de sus esposos quien es el único que relata y señala la enfermedad de la mujer". (Colquencha). Las propias médicas y enfermeras se ven igualmente afectadas por esta circunstancia y en ocasiones les ha supuesto un rechazo visceral a su desempeño sanitario por parte de los enfermos varones⁵².

En el caso concreto de la atención del parto no debemos presuponer que la persona especializada en el trabajo de parto de la comunidad es exclusivamente la partera, puesto que en algunas comunidades es el propio marido el que ayuda en el parto en el hogar y esto puede ocasionar alguna negativa en las atenciones del parto hospitalario, si el marido no puede cumplir su misión de apoyo y ayuda en el trabajo de parto (Susana Ramírez Hita 2005:121; Dibbits y Terrazas 2003)⁵³.

"Con mucha tristeza recuerdo que las pacientes me pedían que deseaban tener su parto de cuclillas o sentadas, yo nunca había atendido en esa posición y las enfermeras del hospital y yo nos negábamos a aceptar esa decisión y el acompañamiento de su pareja⁵⁴. Cuando realizaba las prenatales preguntaba "¿dónde tendrá su parto?" y la gran mayoría decía "en su casa" o "con la partera", preguntaba "¿por qué?" y decían que le había dicho que en el hospital les tratan mal, les lavan con agua fría⁵⁵, las destapan, las tocan mucho y no les dan comida⁵⁶(Sorata).

"En cuanto a los partos, se ha visto que la mayoría de los partos son atendidos a domicilio por los esposos de la parturienta, la madre o se han autoatendido y otra cantidad mínima la atiende la partera tradicional o el médico académico. A veces se nos llama para la atención del parto y nos encontramos con un ambiente oscuro, calentísimo, en ocasiones, generalmente lleno de humo⁵⁷ y la partera sentada en la cama, proporcionándole mates calientes y la parturienta en complicaciones del parto". (Colquencha)

Las consideraciones indígenas sobre lo que implica el parto supone situaciones contradictorias en relación con la mo-

dalidad pretendida por parte de las autoridades sanitarias del país, como es el parto institucionalizado o parto hospitalario; de entrada la postura del parto en el dominio aymara no es la postura obstétrica que se practica en las unidades hospitalarias sino en cuclillas, permitiendo que la mujer sea protagonista activa en el parto, ayudada ya sea por la partera y habitualmente por el propio marido (Dibbits y Terrazas 2003).

El hecho de que el marido⁵⁸ o los familiares no puedan acompañar a la parturienta en el parto institucionalizado y administrar a la futura mamá las infusiones apropiadas para provocarle la sudoración propia de un acontecimiento "cálido" como debe ser el parto es otro argumento en contra de acudir a la unidad hospitalaria, pero hay más razones, por ejemplo la negativa habitual en los hospitales a la entrega de la placenta a la parturienta o a sus familiares, la decisión del corte del cordón umbilical antes de la expulsión placentaria⁵⁹ y su deshecho y la incomodidad de la atención hospitalaria en el parto por la excesiva manipulación de sus cuerpos; las mujeres aymaras se quejan de que en el parto hospitalario están desnudas, pasan frío y las tocan mucho⁶⁰.

Para un equipo médico que desempeña su labor en el altiplano es necesario familiarizarse con las pautas culturales que rodean el proceso del parto en su zona. Conocer el trabajo de parto, el consumo habitual de mates e infusiones, la postura predilecta de la parturienta, la necesidad de entregar la placenta a la familia tras su expulsión, la identificación del parto como proceso "caliente"⁶¹ que debe provocar sudoración abundante y que justifica el abrigo que recibe la parturienta. Por supuesto, hay que valorar igualmente la importancia que desempeñan los acompañantes durante el parto y en especial el esposo, así como evitar la exposición del cuerpo desnudo de la parturienta y minimizar los "tocamientos" sobre su cuerpo que deben realizarse con extrema delicadeza y discreción por debajo de la ropa. Estos aspectos no forman parte de la formación y el aprendizaje de los equipos médicos durante su etapa universitaria provocando importantes bloqueos culturales e intransigencias en los que prevalecen los

protocolos interiorizados en el ámbito biomédico acrecentando los conflictos y la escasa relevancia, en cifras, del parto hospitalario en el ámbito rural.

"Yo trabajo en Santiago de Huata, Municipio Achacachi. La Medicina Tradicional en el nuevo lugar de trabajo es muy importante, sin embargo, es posible que no me haya percatado de muchas situaciones por el poco tiempo de estadía en la zona. Es evidente por lo menos en el caso de atención de partos es mínimo. La población acude de preferencia, a las y a los parteros, lo mismo sucede con los controles prenatales; sin embargo, en situaciones en las que ellos, los parteros, se dan cuenta de que existe una posible complicación, nos llaman, pero difícilmente podemos acudir con prontitud sobre todo a comunidades muy alejadas por la falta de medios logísticos. En enero de este año lamentablemente, a causa de eso, tuvimos una mortalidad materna por eclampsia. Intentaron responsabilizarnos, pero, al final se dieron cuenta que fue por la irresponsabilidad de su esposo, pues no la dejó a la mujer, ni venir a realizar sus controles prenatales⁶². Es preocupante la situación allá, sobre todo porque existe mucha desinformación o mala información, tal vez sea debido a que el mallku Felipe Quispe es oriundo de Ajllata y la influencia de Radio San Gabriel es importante, por ejemplo indican que las vacunas a los niños es malo, en las mujeres porque las vuelven estériles y otras situaciones que son preocupantes. Llama la atención porque se supone que en esta zona en su mayoría los jefes de familia son profesores⁶³ y precisamente son ellos los que rechazan y obstaculizan nuestro trabajo". (Santiago de Huata).

Un aspecto que no había sido tratado en los anteriores testimonios es la variable política sobre el parto hospitalizado, política sanitaria, política estadística de control y política partidista a la vez. Ya sabemos que la propia historia de la medicina científica y su reciente implantación internacional no es ajena al ámbito político y al control social de los individuos. El recelo y las reivindicaciones políticas se reúnen en el testimonio de la enfermera de Santiago de Huata. Su relato hace alusión a los maestros aymaras cuyo recelo y desconfianza sempiternos sobre cualquier tipo de iniciativa externa a la comunidad, siempre a la van-

guardia de los movimientos sindicales de protesta, constituye un verdadero clásico en la vida política boliviana.

"La partera había intervenido en el parto y no la auxiliar del Centro de Salud, pero en cuanto entró en el Centro de Salud la auxiliar cortó el cordón umbilical de la fallecida. Inmediatamente la comunidad achacó la muerte de la parturienta al corte del cordón umbilical por parte de la auxiliar. La gente del campo es muy reacia a cortar el cordón umbilical hasta que no se produce la extracción de la placenta, ya que si se corta creen que el cordón y la placenta se vuelven al interior dificultando su extracción. Por eso no son partidarios de efectuar el corte del cordón hasta el final del proceso. ¿Por qué la comunidad protesta contra la auxiliar de la posta que no ha intervenido en nada y no lo hace contra la partera que ha sido quien ha intervenido en los hechos? Por la forma de proceder de la auxiliar al cortar el cordón sin pedir permiso, aunque la mujer y la wawa ya habían fallecido. El problema es que actuamos sin pedir permiso, sin informar al paciente y sus familiares de lo que ocurre. Los familiares no hicieron problema a la partera porque decían "nosotros la hemos buscado; ella no nos ha llamado. Hemos sido nosotros quienes la hemos molestado". El problema radica en que la gente no es consciente del trabajo y esfuerzo del médico por salvar al paciente. Como no dejamos pasar a los familiares de los pacientes mientras realizan la intervención y no les informamos piensan que "en secreto" estamos interviniendo y no saben qué le hacemos al familiar, frente al yatiri y ch'amakani que pasa horas laborando junto a los familiares del paciente, intercambiando información con ellos. Los biomédicos no hablamos con los pacientes indígenas y por eso recelan de nuestras prácticas y nos hacen responsables de los fallecimientos". (El Alto)

Las relaciones de poder en que han sido formados habitualmente los médicos, enfermeras y auxiliares clínicos en relación a sus "pacientes" aymaras [nunca mejor eso de pacientes, "pasivos"] incorpora inadecuados procedimientos a la hora de hacer las cosas. El hecho de no pedir permiso para actuar sobre el cuerpo de los enfermos y además evitar el acompañamiento del enfermo por parte de los familiares, puede resultar muy pernicioso para los intereses del equipo sanitario en trabajo de par-

to. Así nos lo explica un médico de El Alto al comentar la muerte de una parturienta:

Para finalizar este ámbito relativo a los partos y vacunas veamos una reflexión muy apropiada que profundiza en el extrañamiento entre las medicinas indígenas y la biomedicina en el altiplano y que engarza con los protocolos de control social y estadístico que los equipos sanitarios deben plasmar como argumento sustancial de sus actividades.

"A veces nos encontramos sobresaturados con la realización de informes mensuales o trimestrales y por el estrés en el que nos encontramos tendemos sin querer a dar mal trato a los usuarios de los servicios lo cual se vuelve en acto negativo para la institución porque esta actitud aleja a los usuarios de los servicios quien quizá esté viniendo por primera vez y con esta actitud ya no recurre más a nosotros o pasa la voz a otros y los aleja a todos; de ahí que en parte los servicios de salud se encuentren vacíos o sólo alcancen el 35% de atenciones médicas en consulta externa de mayores de 5 años; el desconocimiento de la cultura del lugar de trabajo, los horarios de atención⁶⁴ de los servicios que no son factibles a las necesidades de ellos. (Colquencha).

He tenido la oportunidad de acompañar a varios equipos médicos rurales y resulta agotador comprobar la cantidad de papeleo administrativo que deben realizar de carácter mensual y trimestral. Entre estos registros cabe destacar la propia programación de actividades a realizar en el seguimiento de las diferentes comunidades bajo su influencia, el control de vacunaciones, las atenciones en la posta o unidad hospitalaria que se trate, las atenciones materno infantiles, comprobaciones estadísticas de EDAs (Enfermedad Diarreica Aguda) e IRAs (Infección Respiratoria Aguda) y todo el trasunto del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil). Es necesario dotar a los equipos sanitarios del correspondiente administrativo o gestor que se haga cargo de esta ingente labor; algunos equipos poseen este administrativo, pero finalmente terminan los propios médicos y enfermeras enfrascados en cuadros estadísticos e informes de objetivos y resultados. Es demasiado pedir a los equipos sanitarios que cubran con su

tiempo esta pesada tarea que les aleja de su cometido principal como es el trato y dedicación a los enfermos. Curiosamente detrás de todos estos datos, que se exponen en las correspondientes reuniones periódicas con todos los equipos sanitarios de la red, se esconde la justificación del trabajo del propio equipo. Las estadísticas recogen el cumplimiento o no de objetivos y la necesidad de mejorar los datos del equipo en la siguiente reunión; en algunos casos este hecho genera un verdadero estrés en el equipo ya que la reuniones periódicas suscitan, en no pocas ocasiones, la comparación de resultados y, por tanto, la competitividad entre los diferentes equipos sanitarios de la red. La calidad en las atenciones a los enfermos queda mermada y reducida al ser consignados los enfermos como meras cifras estadísticas que hay que alcanzar a toda costa:

"Colquencha, pese a estar tan cerca de la ciudad de El Alto vive como si fuera un rinconcito al final del mundo por sus hábitos de vida y continúa pensando que las inmunizaciones no sirven para nada, por ello el rechazo a que se vacune a sus niños e indican que antiguamente sus abuelos, padres o ellos mismos, jamás se hicieron vacunar y nunca enfermaron de nada⁶⁵. Nosotros, por cumplimiento con nuestras normas, tenemos que elaborar una historia clínica y un registro de usuarios, pero a veces ellos se niegan a darnos su nombre y preguntan por qué si sólo quieren comprarse medicamento para calmar cierto dolor o problema de salud, rechazan el examen físico, pese a que trato de descubrirles lo mínimo posible y otras actitudes nuestras son consideradas invasoras o agresivas hacia su privacidad". (Colquencha)

Una norma importante en la manera indígena de entender la enfermedad es la privacidad. Los *yatiris* aymaras realizan sus atenciones en la casa del afectado, normalmente por la noche, de una forma discreta, sin que se enteren los vecinos más próximos. Los usuarios de los servicios hospitalarios del altiplano se quejan de que en el hospital todo el mundo les ve y pueden ser objeto de críticas y comentarios por parte de la gente. En este sentido resulta difícil explicar el interés de los centros hospitalarios por las historias clínicas donde queda reflejada la situación del enfermo en el correspondiente registro. Esa ficha del enfermo

donde consta su situación médica, produce recelo y desconfianza porque para el enfermo, da la sensación de que cualquiera puede consultarla y enterarse de su problema.

III.1.3 Síndromes de filiación cultural

Los servicios de salud terminan reconociendo y familiarizándose con las manifestaciones indígenas sobre salud y enfermedad y los llamados síndromes de filiación cultural⁶⁶. Los equipos de salud que trabajan en contextos indígenas se encuentran tarde o temprano con estas manifestaciones del dolor y de la enfermedad.

"El síndrome de filiación cultural que escuché es el del "amartelo"⁶⁷ para lo cual les amarran un hilo frotado en el cuerpo del que se va y le amarran en la muñeca. Actualmente estoy buscando la participación de los comunarios en los problema de salud para que indiquen cómo quieren ser atendidos o qué quieren o esperan de salud" (Colquencha).

"La relación de las enfermedades con el khari-khari es muy común y tuve dos casos en los que nos llamaron sólo para pedirnos pastillas para la fiebre⁶⁸; uno de ellos según nosotros era para transferencia inmediata, pero la rechazaron y extrañamente el joven estaba como nuevo a la semana". (Santiago de Huata).

"En estas comunidades tienen una gran creencia por la existencia de kharisiri o lik'ichiri donde no se permite ver al enfermo por un personal de salud. Ellos tienen la creencia si un médico o cualquier personal de salud lo ve este tiende a morir⁶⁹. Entonces necesariamente tiene que tratarlo una persona entendida en ese aspecto⁷⁰". (San Pedro de Curahuara)

"Los síndromes de filiación cultural más conocidos y expresadas por la población y acudidos a nuestro centro son: Khari-khari, Katxya, la tierra agarra el espíritu de la persona, mal de ojo, maldición, pérdida de ajayu, susto y Layka". (Corocoro)

"He tenido la oportunidad de atender en tres oportunidades en la consulta externa del hospital a pacientes que afirman con bastante firmeza de que están enfermos porque han sido atacados

por el kharisiri o lik'ichiri, han referido que les han sacado la grasa de la espalda y apenas tienen una pequeña cicatriz innotable. Presentaba malestar general, dolores, adinamia, anorexia, pérdida del apetito, nadie dio con su diagnóstico, visitó a varios médicos para su atención sin resultados favorables. Por último acudió a un curandero quien le practicó las costumbres de su comunidad por la noche en tres oportunidades y desde ese momento empezó a mejorar su salud considerablemente y acudió al hospital en esa oportunidad para una revisión médica -según él- y solicitó se le recete unos tónicos o vitaminas para su pronta recuperación. Me quedé algo pensativo y pensé si no era algo psicológico del paciente. Lo impresionante y admirable de uno de los pacientes atendidos fue que uno de los comunarios de la comunidad de Candelaria de Viluyo - comunidad que limita con la ciudad de Oruro- tiene acceso a Challapata⁷¹, llevan a vender su quinua y carne de llama, en ese recorrido enfermó de una colecistitis aguda, acudió al Hospital de Challapata, los galenos le indican su internación, pero le indican que no pueden acompañar en el hospital, entonces los familiares no pueden ir a dormir al alojamiento de la población porque están muy convencidos y reconvencidos que en los alojamientos del pueblo están los lik'ichiris, por el que prefirieron traerlo al enfermo al Hospital de Uyuni, para evitar riesgos y no ser atacados por el lik'ichiri". (Uyuni)

"En mi experiencia personal he conocido a algunas personas que tiene esta enfermedad que según comentan que todo empezó viajando a Challapata, sin embargo se observa en estos pacientes un adelgazamiento bastante marcado, falta de apetito y mucho desgano es decir la persona pierde peso debido a la falta de alimentación, y el paciente murió por hemorragia.⁷² En su tratamiento el yatiri, realizó una costumbre matando un cordero negro para luego hacerle beber su sangre caliente y realizar la limpia correspondiente. Sin embargo todo este esfuerzo por curar fue vano ya que el paciente falleció por hemorragia." (Tupiza)

"De acuerdo a la tradición y creencias en nuestra sociedad andina, el Khari khari, que es una enfermedad de la época colonial, todo comenzó cuando un cura religioso en el altiplano boliviano se dedicaba a extraer grasa humana para luego convertirlos en velas y después usarlos. Esta enfermedad tiene las siguientes

características: El cura extrae la grasa de noche con un instrumento llamado el "Saca grasa", lo extrae de la parte de los riñones dejando cicatrices en ambos lados. Las víctimas del khari khari posteriormente se enferman mortalmente adelgazando y posteriormente llegando a la muerte. La cura para esta enfermedad esta en beber sangre de cordero en ayunas y durante un mes aproximadamente. Actualmente esta enfermedad del khari khari, lik'ichiri... etc, se encuentra en el altiplano boliviano es por esa razón que las personas que viven en esta region se cuidan mucho de todos los khari kharis. Es mi opinion personal, ahora bien no podemos asegurar si esto es veridico o solamente una creencia." (Potosí).

"Y respecto a los kharisiris o lik'ichiris se dice que sí existen y que más son provenientes de la población de Challapata son personas que sacan la grasa humana de la parte de los riñones y posterior a eso la persona afectada presenta malestar general, anorexia, adelgazamiento, decaimiento físico inclusive llega a morir. En el lugar de mi trabajo vi a un paciente con estas características sus familiares decían que estaba lik'ichado descubrieron en la parte de los riñones como una huella de un pinchazo inmediatamente le dieron la sangre de un cordero negro recién carneado y su grasita de la parte que cubre su panza del cordero, también decían que era bueno la sangre de un gallo negro, pero tengo una duda de que una persona lik'ichada tenga las consecuencias tan graves y casi mortal en relación a una persona que se hace realizar la liposucción será por que lo realizan con todos los cuidados necesarios, en cambio la persona que esta lik'ichada lo realizan sin que la persona se de cuenta de lo que le esta pasando y sin ningún cuidado de asepsia⁷³." (Potosí).

El familiarizarse con estas enfermedades e incluso hablar de ellas con sus enfermos constituirá un factor de integración y de confianza importante para el equipo médico en relación con sus enfermos. Lógicamente si el equipo muestra actitudes despreciativas, incrédulas o críticas con respecto a estas enfermedades y además regaña a los enfermos por su creencia en ellas, la respuesta será el abandono de la posta sanitaria y su estigmatización. Los propios campesinos aymaras saben diferenciar con claridad meridiana qué enfermedades son para el doc-

tor y cuales para el *yatiri*. En los párrafos que siguen merece la pena observar el agudo conocimiento que los profesionales de la salud poseen de los síntomas que provoca la enfermedad del *kharisiri* describiendo la sintomatología externa más precisa de la enfermedad.

“En el centro de salud se atienden innumerables pacientes con diversas patologías, pero las más comunes son las infecciones respiratorias y las diarreas y lo que son atención a la mujer. Otras de las enfermedades son las diarreas. Nosotros, dentro de lo que está normado como programa, tenemos la atención integral a enfermedades prevalentes de la infancia dentro de la cuales están clasificadas las diarreas, pero a veces las mamás traen a sus niños y nos indican que tiene diarrea, pero esta es de color verde, le llaman “agua layca” ...y lastimosamente dentro de esta clasificación no existe este tipo de diarrea⁷⁴. (Puerto Acosta).

En la mayoría de las ocasiones las versiones indígenas sobre signos, síntomas, enfermedades y procesos terapéuticos no equivalen a los de la biomedicina y sus protocolos de actuación de ahí que pese a su aparente utilidad, los modelos comparativos o de “traducción” empleados entre las enfermedades indígenas y sus “supuestas” versiones académicas suelen ser de poca utilidad de cara a la identificación y comprensión de los modelos indígenas sobre salud y enfermedad.

III.1.4 Propuestas, y soluciones

Los diferentes profesionales de la salud presentes en el módulo expusieron sus reflexiones e iniciativas concretas en la solución de algunos casos que se les presentaron en el desempeño de su labor en el altiplano. Los equipos médicos son muy conscientes y realistas de la situación que tienen que afrontar en el campo en diferentes contextos culturales. Puesto que viven de forma continua el planteamiento de conflictos que su trabajo genera, deben ser parte fundamental en el planteamiento de soluciones.

"En relación a las iniciativas que tengo para realizar un trabajo en salud con enfoque intercultural son múltiples, pero esto depende de cómo pueda sobrellevar los problemas internos que existen y borrar la mala imagen que tiene el médico en esta región; sin embargo he podido notar que mi manera de pensar y mis actitudes con respecto a los hábitos y costumbres de la población han ido cambiando positivamente; por ejemplo, en casos de diarreas con niños las indico a las mamás que también llamen su *ajayu*⁷⁵, lo mismo hago en casos en los que hay llanto o irritabilidad nocturna inexplicable en los niños por la noche. Pude notar que la respuesta es positiva y acuden por segunda o tercera vez a su consulta en un ambiente de confianza". (Santiago de Huata).

"En algunos casos hay niñas que sus mamás las traen con deshidratación; se las interna y se las trata, pero llega un momento, generalmente al atardecer, que la mamá decide llevársela porque le tiene que llamar el *ánimo*⁷⁶ a su niño, a veces las llamadas de *ánimo* para las mamás es más importante que lo que se está hidratando el niño. Se les explica que pueden hacerlo, pero que si el niño tuviera algún problema vuelva inmediatamente"⁷⁷. (Puerto Acosta)

La literatura sobre salud intercultural al uso suele golpear con fuerza a los equipos de salud, insistiendo en sus limitaciones y faltas de adecuación cuando, por el contrario, deben ser reconocidos y valorados como piezas clave en cualquier tipo de planteamiento intercultural en salud que quiera aplicarse en Bolivia. Nunca se valorará lo suficiente, no sólo el patrimonio de experiencias que poseen los equipos de salud en cuanto a conflictos y a iniciativas planteadas, sino como profesionales de la salud lanzados a un entorno cultural conflictivo sin referentes ni medios adecuados a la realización de una labor ya de por sí dificultosa a la que se dedican, en la mayor parte de los casos, con una encomiable profesionalidad y sentido del deber.

"Lo que si más bien he podido percatarme de que existen parteras o en algunos casos, la mamá o vecina de la parturienta es la que atiende el parto. En una ocasión en una comunidad llamada San Jorge de Chacaqui atendí un parto con una partera. Ahí

observé que ella no separa el cordón umbilical, porque ella me decía que la placenta no iba a salir y a insistencia mía separamos el bebé de la madre; le dije que era para atender al recién nacido. Ella trajo un vidrio roto⁷⁸ para separar el cordón umbilical y yo insistí en que debíamos hacerlo con un objeto limpio, una tijera; posteriormente ella anudó el cordón umbilical al dedo gordo del pie de la señora⁷⁹. Para que salga la placenta ella le dio un mate de una planta, no recuerdo el nombre y pasó un buen tiempo y la placenta no salía por lo que yo sugerí colocarle una inyección, oxitocina, y así pasó, le colocamos oxitocina y posteriormente salió la placenta. Fue una buena experiencia en la cual la señora partera me daba alguna explicación del por qué ella hacía tales cosas⁸⁰. (Puerto Acosta).

En el testimonio precedente se concreta, en torno al parto, un diálogo intercultural adecuado en la defensa de los intereses de la parturienta. La médico percibe de inmediato la problemática del corte del cordón umbilical. Es cierto que en diferentes áreas del altiplano es costumbre esperar a la expulsión de la placenta antes de cortar el cordón umbilical, puesto que se considera que si se corta antes de expulsar la placenta puede provocar retención placentaria; el corte del cordón suele hacerse con algún objeto punzante inapropiado y muy peligroso tanto para la vida de la madre como del niño. La perspectiva biomédica aconseja separar de inmediato para mejor atender a la *wawa*; los propios médicos del módulo reconocieron con respecto a este problema que en ocasiones se plantea en términos de relaciones de poder, que los médicos suelen actuar sin pedir permiso y cortan el cordón. Esta actitud, en caso de que se produzca retención placentaria, puede suponer serios problemas para el equipo médico a cuya acción perniciosa se achacarán los problemas que puedan plantearse (Callaham 2006:295).

⁷⁸Contamos con RPS a los cuales las ONG⁸⁰, les capacitó en el manejo de paracetamol, cotrimoxazol y sales de rehidratación oral, pero lamentablemente inician o administran una sola tableta y piensan que ya están sanos al ver la mejoría y ya no administran más. No cumplen con el trabajo que se les asigna o cumplen parcialmente, acuden a la institución porque saben que

las ONGs por su participación en los CAI de sector dejan un dinero que sirve para la alimentación de ellos y como generalmente no dejan un recibo de cuanto nos entregan a veces juzgan que es mucho y que no lo estamos disponiendo todo en ellos, pese a que se les entrega a ellos mismos para que decidan su destino. Son considerados por los auxiliares de mi sector como un perjuicio porque indican que les quitan horas de trabajo al hacer las reuniones". (Colquencha)

"El problema que se tiene es que algunos RPS están tergiversando su comportamiento. Ellos quieren usurpar las actividades del de salud y pretenden tener una remuneración, caso contrario no trabajan. Pude observar también que son presionados por sus mismas comunidades para que desempeñen sus funciones como personal de salud. (San Pedro de Curahuara)

Una de las formas de acercar la labor de los equipos médicos a las comunidades aymaras y de implicar a estas en los cuidados de la salud es la creación de los Representantes Populares de Salud (RPS). Los RPS son miembros de las propias comunidades que han recibido una somera capacitación, por parte del equipo de salud responsable de la zona⁶¹, en el empleo de algunos fármacos básicos, la utilización de las sales de rehidratación oral o la colocación de sueros e inyecciones. Se trata de una forma eficaz, tal y como se pensaba, de que se puedan atajar ciertos problemas de salud sencillos, aparentemente, sin la presencia necesaria del equipo médico. Pero las cosas no son tan sencillas y la capacitación de RPS ha dado lugar a conflictos y una problemática peculiar. Los médicos se quejan de ciertas distorsiones en el quehacer de los RPS. Se quejan de la aplicación errónea de los tratamientos a base de fármacos⁶², de la predisposición de algunos RPS a la colocación de sueros e inyecciones y a la demanda, por parte de los propios RPS a ser considerados "personal de salud" y por tanto a la adquisición de un sueldo en nómina. Hay que tener cuidado en los términos de la formación y de las competencias exigibles a los RPS. Pueden ser factores muy importantes a tener en cuenta en las relaciones más favorables y constructivas de talante intercultural entre los equipos médicos, los especialistas locales y en términos generales, con las propias comuni-

dades aymaras. En cualquier caso es necesario reforzar el trabajo coordinado y conjunto del equipo sanitario con los propios RPS.

“Los cambios que estoy empezando a realizar son cambios de actitud en mi persona, más integración en la comunidad con mejor participación y viceversa. Complementación de sala de partos con en foque cultural del lugar. Administración de mates durante el trabajo de parto y el acompañamiento de la o las personas que quiera la parturienta. Se atiende el parto en cama y se las descubre lo mínimamente posible. En cuanto pueda demostrar el incremento de parto institucional podré gestionar con el municipio la alimentación que es muy importante para ellas” (Colquencha)

La identificación de los conflictos y problemas novedosos para los equipos de salud supone, para los miembros de los equipos sanitarios una nueva concienciación personal sobre la forma de abarcarlos. No sólo es importante la llamada competencia cultural, la interculturalidad aspira a un esfuerzo de cambio superior donde las relaciones de carácter horizontal priven sobre las relaciones de poder (Uriburu 2006). Este resulta el cambio más complejo y hacia el que apuntan especialmente los módulos de formación en salud intercultural que al efecto se están realizando, para profesionales de la salud, en diferentes países de América Latina.

“Sigue habiendo algunos rechazos, pero ya de pocas personas, por ejemplo la susceptibilidad que tienen acerca del kharisiri o lik'ichiri que los acusan a los curas y a los auxiliares de enfermería porque ellos siempre están de un lugar a otro visitando a diferentes comunidades y que siempre caminan muy temprano o muy tarde y que los aprovechan para sacarles cuando están dormidos⁸³.

(San Pedro de Curahuara)

Algunas formas de intervención sanitaria, pretendiendo adecuarse a las pautas indígenas más familiares sobre salud y enfermedad, pueden dar lugar a resultados inesperados. La práctica médica indígena basada en la atención médica domiciliaria e itinerante ha sido copiada, probablemente por necesidad ante los

bajos índices de atención hospitalaria, por los equipos de salud, al recorrer no pocas veces a pie los caminos carreteros del altiplano para realizar una campaña de vacunación o una revisión dental a los niños de la escuela seccional de una comunidad. Curiosamente este esfuerzo de adaptación itinerante de los equipos de salud¹⁴ no siempre es reconocido por los comuneros aymaras que recelan de las intenciones de los mismos y de sus visitas intenesivas, no siempre informadas ni advertidas a la comunidad con la antelación suficiente. El esfuerzo y la tenacidad de los equipos médicos por buscar madres embarazadas y *wawas* en período de vacunación no siempre es reconocido como cabría esperar. Al tratarse de gente desconocida, no socializada en la vida comunitaria son vinculados al quehacer del maligno *kharisiri*. Quizá merezca la pena reflexionar sobre los atributos específicos que las comunidades aymaras consideran y esperan en relación con la biomedicina y sus servidores y no mezclar categorías que puedan provocar confusiones en los pretendidos usuarios indígenas de los servicios de salud del altiplano.

"Existe relación con toda la población, coordinación de actividades educativas, rastrillajes casa por casa, ferias de salud, participación de las fiestas patronales, etc, pero continúa por parte de algunas personas el rechazo a la biomedicina. El problema de interculturalidad no adoptada por el personal de salud fue reconocido, pero no sabíamos cómo actuar, cómo adecuarlos. Pero hicimos cambios: Los rastrillajes casa por casa de vacunación, cambio de horario, empezábamos a las 5:00 am, ellos se despiertan muy temprano, no vacunábamos en tiempo de cosecha (no insistíamos) el niño vacunado está más molesto. Participar en sus reuniones mensuales y aprovechar la atención y hacer cronogramas de visitas, detectar personas enfermas y visitarlas. Fortalecimiento de los RPS, (trabajo coordinado en reconocimiento de enfermos y embarazadas y niñas menores de 21 año. (Corocoro).

Una de las maneras más eficaces para superar el recelo de las comunidades aymaras por los equipos de salud y sus servicios hospitalarios consiste en participar de manera cotidiana en las actividades de la comunidad. Presentarse ante las autoridades

comunitarias, conocer y conversar con los médicos originarios, evitando susceptibilidades por la competencia y aprovechar cualquier ocasión y circunstancia que se presente para socializar la unidad hospitalaria y el equipo de salud. La relación con las autoridades comunitarias y con los centros educativos del área debe ser lo más fluida y transparente posible.

III.1.5 “Debemos soportar nuestra ausencia aún estando allí...”

El último de los testimonios que he seleccionado entre los médicos, supone un paso de calidad para un profesional de la salud formado en la ortodoxia médica occidental. Reconoce el carácter impopular de la medicina científica en las comunidades del altiplano así como la presencia de diferentes especialistas que cuidan y atienden sus necesidades de salud en los términos elaborados por la propia cultura. La expresión “Debemos soportar nuestra ausencia aún estando allí” refleja la impopularidad y el temor que generan las unidades hospitalarias en el altiplano donde la gente apenas acude para tratar sus problemas de salud.

“La comunidad tiene suficientes prestadores de salud con las especialidades de sus médicos tradicionales... ¿qué hacemos nosotros allí? No sólo somos foráneos sino ignorantes que vamos a crear conflictos en salud en su dinámica de equilibrio y bienestar que ellos tienen y que cuando este equilibrio se rompe está el sabio u otro especialista del saber médico popular para curarle conjuntamente con su familia y su comunidad. Desde hace mucho tiempo nos lo han dicho, nos lo dicen indirectamente al no acudir a nuestro centro de salud o al llevarnos enfermos terminales que van a morir, diciéndonos que tal vez son los únicos que nos necesitan y nuestro saber no es lo suficiente para sanarles. Pero nosotros no entendemos o no queremos entender y como nos han puesto ahí las autoridades en salud que no saben nada de la cultura de los pueblos originarios y nunca consensuaron con ellos si estaban de acuerdo o no o en qué les podría servir la medicina académica; para cumplir “metas”⁸⁵, “coberturas” y “planes de salud”. ¿y qué de la persona? ¿y qué del ser humano?

¿y qué de sus costumbres? ¿y qué de su cultura? ¿y qué del respeto que nos merece? Debemos soportar nuestra ausencia aún estando allí...; soportar nuestras frustraciones como sanadores con siete años de estudio⁸⁶ viendo a un especialista del saber médico popular que tal vez no sabe leer, pero que tiene más capacidad, más conocimientos sobre enfermedades y sobre el ser humano que trata y cura que nosotros con toda la batería intelectual e instrumental. Conociendo la cultura originaria, tal vez sea la puerta de entrada al conocimiento y el comienzo del fin de nuestra propia ignorancia".

No existe nada parecido al hospital en la tradición aymara, al igual que en otras culturas amerindias, no existe nada similar a una "casa de curación". El médico indígena no pregunta al enfermo "lo que le pasa", como hace el médico occidental en sus consultas en señal, según los enfermos y familiares, de clara ignorancia, los médicos indígenas "saben", por eso se les dice *yatiris*, "los sabios". Los médicos indígenas, acuden a atender a los enfermos en su casa, gestionando de forma muy adecuada la "consulta domiciliaria", generalmente por la noche, compartiendo, obviamente, los mismos códigos lingüísticos y simbólicos que sus enfermos. Una muestra clara de la escasa integración y reconocimiento de los centros de salud y de las unidades hospitalarias en el altiplano es el lugar donde se erigen estos centros. Las comunidades deciden en qué lugares deben construirse y no es raro que sean los peores, pedregosos, de difícil acceso y en ocasiones cerca del cementerio⁸⁷.

El testimonio concluye con la recomendación que hace este médico experimentado en diferentes servicios de atención médica tanto en El Alto como en comunidades aymaras del altiplano, de conocer ciertos aspectos de la realidad cultural de los usuarios indígenas que constituyen la población de servicio de los equipos sanitarios en la zona para que puedan desarrollar su labor de forma más eficaz a la vez que evitar el estigma de ser identificados como foráneos *kharisirís*. Recomienda, en definitiva, la necesidad de una adecuación cultural del personal sanitario que facilite las relaciones interculturales con respecto a los usuarios indígenas que acuden a los centros de salud o que viven en las comunidades in-

dígenas de su jurisdicción, de espaldas a cualquier iniciativa hospitalaria⁸⁸. Parece, por tanto que es rentable para un médico que pretende ser un "buen médico" preocuparse, además de su formación científica biomédica, de los rasgos culturales que sus enfermos emplean para dar sentido al proceso salud-enfermedad-atención que configuran en cuanto aparecen las aflicciones y crisis de salud. Contemplar desde la perspectiva de los enfermos la imagen que proyectan los equipos de salud en el altiplano ayudará a entender mejor sus rechazos y desconfianzas⁸⁹. Por esta razón se han proyectado en diferentes países de América Latina propuestas de formación en salud intercultural⁹⁰ para médicos, enfermeras y trabajadores sociales, en México, Chile, Bolivia, Perú, Venezuela y recientemente Nicaragua⁹¹.

La preocupación académica por la interculturalidad aplicada a la salud, no es nueva, a pesar de haberse puesto "de moda" recientemente, de la mano de los procesos migratorios en Europa; recordemos el libro de Aguirre Beltrán (1955) en los años cincuenta del pasado siglo. Resulta paradójico que sea el fenómeno inmigratorio en Europa el dinamizador actual de la interculturalidad, aplicada a la salud, y que no lo haya sido de forma institucional y rotunda, salvo en casos y ejemplos concretos y recientes, la realidad multicultural y sus necesidades de diálogo intercultural en ámbitos dispares de la vida social, cultural y política de América Latina.

* * *

Ahora estamos en condiciones de entender el pánico, la enorme preocupación que la presencia y retorno periódico de los *kharisiris* en agosto, pero también en situaciones recurrentes de crisis social y política que afecta al Estado boliviano, provoca en el altiplano aymara. Pánico y preocupación que adquiere formato de enfermedad y violencia en los cuerpos y *ch'iwis* de los *jaqi* aymaras que ven comprometida a partir de la extracción de su grasa y su sangre a la tríada de "sombras" que integran el ser humano, imposibilitando de una forma completa el eficaz desa-

rollo de su vida social. Pánico a la exposición pública de los fluidos humanos; miedo al ejercicio de una violencia corporal que se produce de forma taimada, secreta, casi sin dejar huella, pero que tiene como consecuencia la enfermedad y muerte de los seres humanos y la propia destrucción del mundo aymara. Más allá del interés exótico y folklórico que el personaje pueda suscitar es preciso tener en cuenta los perfiles de interés político que presenta y asumir el impacto negativo que el Estado y las políticas que de él emanan pueden provocar en los ciudadanos, si no se articulan formas de consenso y debate.

Por lo que respecta al dominio de la salud es particularmente trágico el reconocer los perfiles que como supuestos *kharisiris* sufren, por debajo de sus mandiles de ilusión y profesionalidad médica, buena parte de los equipos de salud que desempeñan su labor en las pequeñas comunidades y aldeas del altiplano. El desconocimiento general de las lenguas originarias y de los determinantes culturales que sobre salud y enfermedad han configurado a lo largo de los siglos las comunidades aymaras supone una barrera, a veces infranqueable, en el desarrollo y aplicación concreta de los servicios sanitarios que pretenden realizar. Si tenemos en cuenta los riesgos y las amenazas que los "foráneos" suponen a las comunidades, el mejor antídoto para evitar esta caracterización lo constituye la integración paulatina del equipo sanitario en las actividades cotidianas de las propias comunidades. Al tratarse la salud de un ámbito estratégico para el desarrollo de los pueblos no podemos menospreciar el alcance que esta figura posee en el altiplano, sino tratar por todos los medios de hacer realidad la aspiración de una auxiliar aymara del Equipo de Salud Altiplano en el año 1996 al referirse a la relación deseable entre la medicina académica y las medicinas originarias, "*que vayan pues chachawarmi, juntos, como hombre y mujer*", porque juntas y en productivo diálogo intercultural resultarán muy beneficiosas para la salud de los pueblos originarios de Bolivia y América Latina.

Notas:

- 1 Jaime Zalles establece una relación añeja desde tiempos coloniales entre la identificación de los médicos originarios como "brujos" por parte de los conquistadores, y de los pobladores andinos como *kharisiris* a los médicos peninsulares (Zalles 1999:231-232).
- 2 Tomado, en parte, de Fernández Juárez (2006b).
- 3 Como le decía Rigoberta Menchú Tum a su cronista Helisabeth Burgos: "Los Mayas Quichés sólo nos llamamos de los que comen como nosotros".
- 4 Recordemos el mal trago del amigo que visitó a Gerardo Brenan en la Alpujarra granadina. Su mal dominio del castellano fue esgrimido por los gitanos como prueba irrefutable de su animalidad como "mantequero". „y casi le cuesta la vida.
- 5 El "Año de Provincias" constituye un requisito indispensable para los egresados de la carrera de Medicina y otras especialidades en ciencias de la salud en diferentes países de América Latina (con diferentes denominaciones) por el que se le exige al egresado la permanencia durante un año cumpliendo misiones de médico generalista en sectores rurales o de la periferia urbana. En Bolivia este "Año de Provincias" ha sido, de momento, remplazado por un Servicio Social de Salud Rural Obligatorio que ha rebajado sustancialmente la permanencia de los médicos egresados sobre el terreno, concretamente el "año de provincias" en Bolivia se ha reducido a tres meses, marco temporal que dificulta en forma extrema la integración del médico en el dominio donde pretende realizar su labor asistencial (Flores, 2004). El médico anestesiólogo boliviano Dr. Jorge Molina, me comentó que según sus datos, contrastados con otros oleas suyos que realizaron el "año de provincias", en el 95% de los casos, el médico no regresa jamás al lugar donde desempeñó su labor durante el "año de provincias".
- 6 Por esta circunstancia, algunos médicos me han confesado su desesperación al comprobar que los indígenas no continúan con el procedimiento terapéutico hospitalario en el caso de las placas de rayos x; una vez que tienen las radiografías en las que se puede "ver" la causa del mal se dan por contentos y no continúan el procedimiento. Este tipo de "deserción" hospitalaria del paciente tiene en cuenta otros aspectos, entre ellos el económico.
- 7 En las borracheras siempre que se produce algún enfrentamiento con derramamiento de sangre, la víctima afectada por la pérdida y su familia suelen realizar una solicitud al médico para que evalúe y certifique la cantidad de sangre derramada, para realizar la denuncia y solicitud correspondiente de indemnización económica al agresor y su familia. Recuerdo el caso de un residente aymara en la barriada alteña de Villa Huayna Potosí cuando, afectado por una úlcera sangrante y tras un vómito de

- sangre importante, increpaba asustado al equipo médico que pretendía sacarle sangre para su análisis ... "¡no tengo más sangre!"
- 8 Los *yutiri* aymaras emplean diferentes sistemas para el diagnóstico médico, como son las hojas de coca, el orín del enfermo, o la disección de animales que previamente se han pasado por la zona afectada del cuerpo del enfermo produciendo lo que se conoce como "limpia" ritual (Fernández Juárez, 2002a;2004d).
- 9 Hay que extremar el cuidado en la relación que puede establecerse entre SIDA y *kharisiri* por efecto de la "mitología popular" y la desinformación sobre la contaminación sanguínea en ciertos contextos. Así lo comenta Francesca Cerbini en relación con ciertos ambientes carcelarios: "...vive preso en la cárcel, un chico pelirrojo desgraciadamente con SIDA. Nadie me habló de él explícitamente como "*kharisiri*" pero de hecho todo el mundo se porta con él como si lo fuera. La actitud de la gente hacia él, por supuesto, se debe a la ignorancia sobre las posibilidades de contagio de su enfermedad. Prácticamente todos le tienen miedo uno le quieren tocar y no le permiten tocar nada, no le miran en la cara, andan lo más lejos posible de él porque tocarle es muy peligroso, porque su 'sangre' puede matar". (Francesca Cerbini, comentario personal).
- 10 El temor a las extracciones sanguíneas se ve "confirmada" por las disposiciones de los equipos médicos en las instituciones hospitalarias, en relación con los grupos sanguíneos y las necesidades de los enfermos "... a otras calaca, ¿no ve?"; "para vender a otras saben sacar". En este sentido debemos ubicar igualmente las reticencias a los procedimientos de donación sanguínea en ciertos contextos urbanos. En este sentido no podemos olvidar las protestas de numerosas poblaciones amerindias en relación con los derechos de investigación de las muestras tomadas en el proyecto del genoma humano y otras situaciones más recientes como la comercialización de muestras sanguíneas de poblaciones indígenas brasileñas (Karitiana, Suruí y Yanomami) tomadas entre los años 1970 y 1990 para la elaboración de diferentes reactivos, noticia de la que se hace eco el propio New York Times (20/06/07).
- 11 La Confederación Sindical Unica de Trabajadores Campesinos de Bolivia (CSUTCB) paralizó la ley de trasplantes de órganos por la reticencia, desconfianza y abuso que se supone realizan en las instituciones hospitalarias, concepto asociado al tráfico de órganos y la valoración cultural del "cuerpo completo", incompatible con esta norma.
- 12 Esta valoración ética indígena sobre el cuerpo completo dificulta en gran medida las prácticas de la cirugía convencional, así como la puesta en práctica de un sistema nacional de trasplantes de órganos, como expuse arriba. He recogido en el Lago Titicaca, varios casos de personas abocadas a la amputación de alguna de sus extremidades y miembros que han saltado literalmente de la camilla hospitalaria para curarse en sus co-

munidades de origen con los médicos aymaras mediante cataplasmas realizadas con diferentes especies herbáceas de la zona y barro de calidades de tierras distintas, que han sido suficientes para detener aparentes procesos de gangrena. Hay que destacar en este mismo sentido, la solicitud ocasional, por parte de los familiares del paciente intervenido quirúrgicamente, de los algodones impregnados con su sangre (Oscar Velasco, comentario personal) o la frecuente solicitud de la placenta tras el parto. Incluso los cabellos cortados de las personas son objeto de custodia y cuidado (Fernández Juárez, 2002a).

- 13 Algunas enfermeras destinadas en las unidades materno-infantiles de hospitales en España, sensibilizadas con la Antropología, me han confirmado que los equipos de intervención en el parto se refieren con frecuencia al neonato como "producto", lo que asemeja su actuación a la de una especie de "factoría industrial". Muy diferente es la perspectiva desde las consideraciones emic de las poblaciones indígenas donde existe un conjunto de categorías de significación cultural y cognitivas muy representativas que afectan a todo el proceso del parto configurando incluso una terminología específica (Dibbits y Terrazas, 2003; Arnold y Yapita, 1999). Ha sido la adecuación intercultural del parto uno de los ámbitos de mayor interés y desarrollo en el dominio de la llamada "salud intercultural" en Bolivia (Arnold et al 2001; 2002; Patscheider Estrada 2007). Eso sí, con resultados no siempre convincentes como sucede con las salas de adecuación intercultural de algunos hospitales que no son empleadas por las parturientas indígenas.
- 14 El propio feto humano es objeto de consideraciones culturales que nos ofrecen información precisa sobre algunos comportamientos indígenas (Platt, 2006)
- 15 Es curioso observar el valor que se atribuye hoy, desde la perspectiva biomédica, a la sangre placentaria y del cordón umbilical en relación con la obtención de células madre con posibilidad de procurar efectos terapéuticos en diferentes enfermedades congénitas y cancerosas. La costumbre de conservar las placentas aymaras y su empleo terapéutico parece que está a la vanguardia médica, si tenemos en cuenta los pioneros bancos de sangre de cordón umbilical que ya se establecen en los USA y en Europa.
- 16 La impopularidad de las vacunas no es algo exclusivo de las poblaciones andinas, a pesar de los recelos culturales por toda práctica médica que suponga la exposición o apertura del cuerpo. Sabemos las dificultades y reacciones impopulares que en España supuso la introducción de la vacunación de la viruela a finales del siglo XIX y principios del XX (Campos Martín 2004). Igualmente el texto de Díaz de Ycaola sobre la vuelta al mundo de la expedición de la vacuna de la viruela (1803-1810) recoge, precisamente en Trujillo (Perú) en torno al año 1805 la siguiente cita: "Fuimos obsequiados y mantenidos a expensas del Gobernador Inten-

dente, quien procuró por los medios más eficaces, que recibieran el beneficio que conduíamos", a pesar de lo cual fue preciso "obligar de por fuerza a ser vacunado a fin de que no quedase yo sin vacuna" (Díaz de Yraola 2003 [1948]:183). Más adelante en la localidad peruana de Ica, sucede lo siguiente, narrado por el expedicionario José Salvany: "...y de allí a la ciudad de Ica, donde tiene lugar un acontecimiento singular, exponente de la imaginación tropical e inaudita fantasía de aquellos habitantes. Le fue muy difícil -nos dice- entusiasmar a los indios a favor de la vacuna, pues entre ellos se corrió la voz, de que su Expedición se llevaba a todos los niños, porque precisaba salir a poblar una isla, en un viaje de tanta duración, que forzosamente tenían que salir niños para que llegaran hombres. El dicho rumor, hirió tanto el sencillo corazón de las madres que prófugas, vagaban por el monte escondiendo a sus hijos. Tal es la sencillez del indio, digno objeto de la mayor compasión [...] En visita de esto-nos sigue diciendo-, procuraron el Subdelegado, el Cabildo y curas, desplegar cuantos medios juzgaron oportunos, para desimpresionarles del error en que estaban y aunque se logró que se retirasen a sus casas, no fue posible, que se presentasen a vacunar, y así no obstante de ser Ica poblado, de ellos sólo vacuné 351 y 1.700 de los demás vecinos" (Díaz de Yraola 2003 [1948]: 193). Para una aproximación a la problemática de la vacunación con sensibilidad intercultural en el altiplano, ver el texto de Bastien (1994:3-25).

- 17 Entre los Yagua amazónicos del Perú, existe todo un componente etnovivrico sobre dardos chamánicos que se introducen en el cuerpo del afectado provocándole enfermedades (Chaumeil, 2004).
- 18 Este tipo de discurso resulta muy frecuente entre los representantes del magisterio rural aymara.
- 19 Curiosamente esta lucha por la "colonización médica" de los cuerpos indígenas, resulta muy frecuente en los análisis biomédicos en los que se insiste que no deben darse mates o infusiones en situaciones como el parto, donde la biomedicina regula en sus intervenciones el ayuno más estricto.
- 20 Incluso sabemos que los ecuatorianos que viven en España solicitan determinados tipos de fármacos y marcas habituales en El Ecuador en las encomiendas a sus familiares (Meñaca 2006).
- 21 Merece la pena recordar el ejemplo que presenta Larry Dossey (1994).
- 22 Hay que tener particular cuidado en la elección del lugar donde se construirá el hospital; con demasiada frecuencia, en el altiplano, los hospitales se erigen cerca de los cementerios indígenas, lo que contribuye a incrementar el rasgo "tabú" de la institución hospitalaria (Jose Luis Balxeras, comentario personal).
- 23 La educación que recibimos sobre los sentidos por parte de los propios referentes culturales hace que identifiquemos fácilmente el "olor a hospi-

tal^o con la desinfección en el ámbito occidental, sin embargo desde la perspectiva indígena resulta otro factor agresivo y receloso. Recordemos que todo lo que se identifique con lo foráneo acerca a la institución al dominio del *khariiri*. De los gringos se dice que huelen mal por su querencia al baño y a la colonia, junto con sus peculiaridades alimenticias y el tipo de sebo de sus cuerpos. Durante el seminario de Medicinas Indígenas organizado por la Casa de América de Madrid en Noviembre de 1996, al que aludí anteriormente, Severino tuvo la mala fortuna de ser abordado en los grandes almacenes de El Corte Inglés por una señorita en plena promoción de perfumería. El desagrado que mostró Severino al recibir el impacto de aquella colonia resultó de lo más elocuente.

- 24 Recordemos cómo en el caso de los sacramantecas ibéricos, los hospitales generaban temores parecidos como el caso elocuente del Niño Ricardito y los cuerpos mutilados de los niños pendientes de los ganchos carniceros en los sótanos del hospital madrileño de Atocha.
- 25 Este capítulo del libro ha sido posible gracias al proyecto PAC 05-004-I financiado por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha y el Programa de Salud de la AECL en La Paz, Bolivia, gracias al apoyo de su director Jose Luis Baixeras Divar. Versiones preliminares y complementarias de este capítulo se encuentran pendientes de edición en (Fernández Juárez 2008a) y (Fernández Juárez 2008b).
- 26 En la bibliografía que ya está generando en Bolivia la perspectiva de aplicación en salud intercultural, no son muchas las publicaciones que centren su interés en los testimonios de los equipos sanitarios, salvo excepciones (Flores 2004; Dibbits y De Boer 2002; Rance 1999)
- 27 Indico la procedencia de las informaciones por el área donde desempeñaban sus obligaciones sanitarias en aquel periodo los profesionales de la salud del módulo, pero deliberadamente protejo sus identidades.
- 28 Empleo el término "hegemónico" en alusión a la célebre y utilísima categorización realizada por Eduardo Menéndez (1992) sobre el Sistema Médico Hegemónico, generalmente en alusión al modelo occidental, científico. Obviamente en el contexto boliviano al que me refiero, donde apenas del 30% de la población tiene acceso a los servicios convencionales de salud, el modelo realmente "hegemónico" es el que corresponde a las medicinas indígenas que ejercen igualmente diferentes formas de exclusión, dependencia y o complementación, según los casos, con respecto a las propuestas y actuaciones de los equipos de salud desplegados en el sector.
- 29 Inútil porque las traducciones literales del castellano no sirven para reflejar toda la panorámica cognitiva que sobre la enfermedad y su sentido posibilitan las lenguas originarias indígenas.
- 30 Los médicos bolivianos carecen en su currícula formativa universitaria de algún área de conocimiento que los prepare e informe sobre la diversidad cultural del Estado boliviano, donde se dan cerca de cuarenta grupos lin-

gústicos diferentes. Algunas secciones de las escuelas de Enfermería comienzan a abrirse a la Antropología Médica y se están iniciando cursos de postgrado en Salud Intercultural, para médicos, enfermeras y trabajadores sociales, caso del celebrado por el Servicio Departamental de Salud de La Paz y la Facultad de Medicina de la UMSA con el impulso del Programa de Salud de la Agencia Española de Cooperación Internacional en Bolivia, el Ministerio de Salud y Deportes y el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad (curso 2005-2006 y 2007-2008); así como otro programa similar en Potosí bajo el amparo de la Cooperazione Italiana. En cualquier caso se trata de iniciativas todavía insuficientes teniendo en cuenta que no están incorporadas en los programas comunes obligatorios de las facultades de ciencias de la salud de Bolivia así como por el rechazo casi literal a estas iniciativas por parte del colegio médico de Bolivia. Habrá que ver cómo influye el hecho de que las políticas interculturales pasen a ser consideradas políticas de Estado, como refleja la nueva constitución boliviana recientemente aprobada bajo la dirigencia de Evo Morales Aima.

- 31 Conocida es entre los médicos bolivianos la preferencia a realizar este servicio en los lugares mejores, dotados de instalaciones más confortables o por lo menos cerca de algún nudo de comunicaciones o de alguna carretera, si fuera posible asfaltada, para regresar con mayor facilidad a su lugar de origen. Hace años, el que podía se "libraba" de esta especie de "servicio militar encubierto" pagando un montante económico por no hacer el año de provincias y comprar de este modo sus derechos a ejercer como profesional de la salud en Bolivia.
- 32 En el ámbito urbano el período de permanencia se extiende por seis meses.
- 33 La automedicación es más habitual en zonas periurbanas que en las comunidades altiplánicas donde no hay ningún dispensario de farmacia, si bien es cierto que hay que tener en cuenta la incidencia de ciertas farmacias campesinas ambulantes que junto a los remedios caseros, ofrecen fármacos de dudosa garantía en ferias y mercados (López García 2006).
- 34 El valor otorgado a los colores de los animales presentes en contextos terapéuticos y rituales es muy relevante en el altiplano boliviano. Los perros de color negro están asociados a las necesidades de transporte de las "almas", o difuntos.
- 35 Recordemos los habituales sistemas de encriptación de la "sabiduría" médica, en cualquier unidad hospitalaria, a través de la jerga especializada o las recetas indecifrables.
- 36 Hay que reconocer, sin embargo, la buena acogida, habitualmente, de los servicios de odontología general. La presencia de mujeres odontólogas y su trato familiar con el dolor y cómo hacerlo frente mediante la comunicación con sus enfermos (sean indígenas o no) probablemente tenga al-

- go que decimos al respecto. Recordemos el valor que en el mundo aymara se otorga a la conversación como parte del ejercicio de la medicina.
- 37 Si bien el actual gobierno boliviano y el ministerio de salud están comprometidos en la aplicación de un seguro universal para toda la población. Con respecto al SUMI se ha comprobado sus deficiencias al establecer protocolos de aplicación de fármacos poco flexibles.
- 38 Los animales garantizan la subsistencia familiar, por eso el celo en el cuidado de la salud de los escasos animales que reúne la familia.
- 39 El acceso al agua potable en el altiplano boliviano es dificultoso y escaso. En las comunidades aymaras el agua se emplea para beber, atender a las necesidades del ganado y sólo de forma eventual para la higiene personal, ante la inminencia de alguna festividad. En las unidades escolares se exige cada vez más la higiene a los niños y niñas desde pequeños. No es raro contemplar a los más pequeños chorreando sus cabezas recién peinadas camino de la escuela bajo el gélido ambiente de las mañanas en pleno invierno altiplánico, lo cual no resulta nada saludable.
- 40 Me refiero a la farragosa jerga médica y sus inconvenientes problemas de comunicación. Existen múltiples y lacerantes ejemplos, como el que me contó una médica argentina en el Cuzco (Perú) sobre un caso que había registrado en el Norte de Argentina (San Salvador de Jujuy). Un médico atiende a una mujer indígena que se presenta en el consultorio médico con su wawa, criatura lactante, aquejada de una fuerte diarrea; el médico revisa a la criatura y al final de la consulta le recomienda a la mujer que le de a su hijo de comer "dieta blanda". La mujer asiente y se lleva a la criatura con ella, para volver a las 24 horas en situación de deshidratación extrema. La señora le ofreció a su pequeño "choclitos y fideos bien cocidos", es decir no entendió o no le explicaron bien qué era eso de la "dieta blanda", con el resultado de empeoramiento grave de la diarrea de su hijo. La dificultad de expresión por parte de los médicos en las lenguas indígenas, y así mismo, la difícil comprensión de los enfermos, principalmente mujeres indígenas por su mayor y pronto absentismo escolar en algunas partes, hacen de la comunicación médico-paciente, toda una serie de malentendidos dignos del mejor guionista del esperpento. En ciertas ocasiones, la falta de comunicación y de comprensión médico-enfermo, se concreta en nerviosismo creciente y en el deseo de escapar de la situación a toda costa. Es muy habitual el que los enfermos de la posta y el hospital ante las reclamaciones del médico hagan ostensibles gestos de afirmación con el único deseo de escapar de la situación a la brevedad posible.
- 41 Este "auto de fe" se aplica igualmente a los modelos explicativos del médico que difieren notablemente de los del propio enfermo generándole dudas, desconfianza y no pocas ocasiones temor.
- 42 En este sentido hay que llamar la atención de ciertas campañas que realizan algunas ONGs que trabajan en el ámbito de la salud con fármacos de

- última generación que causan notables resistencias una vez que la ONG abandona el medio y son los equipos médicos bolivianos, con sus fármacos vinculados al Seguro Universal Materno Infantil (SUMI) los que tienen que hacerse cargo de la situación.
- 43 El traslado de un enfermo desde la comunidad a la ciudad de La Paz supone un trauma importante para el enfermo, los familiares y la propia comunidad. No es extraño, como indica el testimonio que valorados los aspectos a favor y en contra del traslado, por parte de los dolientes, se opte por no trasladar al enfermo a pesar del enfado de los médicos. De nuevo se manifiestan los diferentes roles en forma de relaciones de poder con respecto a un problema médico en el que el enfermo y sus familiares deben tener derecho a la última palabra; estos malentendidos juegan a veces en la visión fundamentalista de los equipos médicos sobre sus propios enfermos a los que, en ocasiones no se les ha informado de la forma adecuada. No es raro que el equipo médico, un tanto impaciente por la discusión y ya caliente ante la negativa al traslado afirme "*si no llevamos a La Paz, se va a morir*", indudablemente, si se va a morir, mejor se muere en casa, en la comunidad, manifiestan los familiares.
- 44 Esta predisposición aparente de los equipos médicos sobre las aperturas corporales y la extracción de grasa y sangre, además de aproximar al equipo de salud a los perfiles del *kharisiri*, topa con los convencionalismos culturales aymaras sobre la sangre a los que ya hemos aludido.
- 45 La salud y las estrategias de la biomedicina no están al margen de los procedimientos de tráfico de órganos y similares, como sabemos, supuestamente "voluntarios" en unos casos, si bien basados en desequilibrios económicos lamentables y fundamentado en un proceso de explotación servil de ricos sobre pobres, en ocasiones con la aquiescencia "efectiva" de los sistemas médicos occidentales propiciando políticas corruptas en la adquisición de órganos y flujos inadmisibles de relaciones de poder entre países ricos, compradores de órganos, y los países pobres "donadores" (Scheper-Hughes 2005:195-236). En este sentido, las variables postmodernas sobre el personaje del *kharisiri* en las comunidades aymaras ecuentran fácil acomodo en el desprestigio de la clase médica boliviana identificada más como una amenaza que como un servicio sanitario capaz de resolver problemas de salud. Este rasgo constituye un aspecto muy importante a tener en cuenta en el marco más amplio de relaciones interculturales entre bolivianos que ha de afrontar y resolver de forma satisfactoria el Estado en su obligación de velar por la protección de los intereses de todos los ciudadanos.
- 46 Obviamente el fundamentalismo es un mal que afecta a los dos bandos tanto a los médicos originarios, tal y como recoge la queja del médico de El Alto, como a los médicos académicos, facultades de medicina, y no digamos colegios médicos. Cualquier criterio fundamentalista, explícito o

implícito, es incompatible con una aproximación intercultural al dominio de la salud.

- 47 Una queja frecuente entre los aymaras es el sospechar que el médico tiende fácilmente a la "operación" para así abrir los cuerpos y ver lo que pasa por dentro, es decir "aprender" utilizando a los enfermos como conejillos de indias y a la práctica quirúrgica como su coaligada que además le da dinero. Algunos comunarios aymaras consideran que los cursos que realizan los médicos con la gente del campo lo hacen para aprender de ellos sus medicinas y rechazan su participación (Fernández Juárez 1999).
- 48 De nuevo la amenaza y sospecha latente de los abusos (tráfico de órganos, extracciones sanguíneas, ...etc) que se practican en las instituciones hospitalarias lo que acrecienta la baja estima de las mismas y su vinculación con el maléfico *kharisiri*
- 49 Existen ejemplos de notable interés en este aspecto por los datos que han permitido extraer de la experiencia de cara a mejorar la calidad de las relaciones y la convivencia entre los diferentes modelos médicos imperantes en la unidad hospitalaria (Baixeras 2006; Alba y Tarifa 1993).
- 50 El olor a "desinfección" constituye uno de los parámetros nucleares de nuestros hospitales, probablemente no nos sentiríamos tranquilos en una institución hospitalaria donde el olor a lejía no resultara profundo y concluyente. Sin embargo, en contextos indígenas no habituados a estos olores resulta un condimento que genera mayor recelo e intranquilidad por lo agresivo que resulta.
- 51 La relación "calido-fresco" es uno de los referentes más frecuentes en la taxonomía de enfermedades en el altiplano aymara. Se trata de categorías simbólicas y no sólo térmicas, así tenemos alimentos cálidos y frescos, enfermedades cálidas y frescas, procesos orgánicos cálidos y frescos, e incluso personas cálidas y frescas en función de sus características sociales (Gutiérrez Estévez 2000). La interpretación sobre el modelo "cálido fresco" en las enfermedades amerindias, extendido por todo el continente americano, responde para unos a la difusión popular de la teoría hipocrática de los humores tras la conquista de América, para otros es de carácter precolombino. Se da el caso que el parto, por ejemplo es un proceso que se considera "cálido" y se provoca la sudoración de la parturienta con la colocación de ropa y frazadas (mantas) sobre su cuerpo, al tiempo que se coloca una *winch'a* o diadema sobre su frente.
- 52 "Se pudo notar que existía poca relación entre el personal de salud y las comunidades, también una relación muy machista donde me rechazaban (San Pedro de Cuarahuara).
- 53 Este aspecto afecta igualmente a los cursos de formación y capacitación que realizan algunas ONGs con poca información etnográfica sobre el terreno. Al presuponer que son las mujeres y parteras las que ayudan en el parto en exclusiva (circunstancia que se da efectivamente en muchos sec-

- tores del altiplano), minusvaloran el papel otorgado a los varones, cuando en realidad, son ellos los que participan de forma destacada en el parto domiciliario y deberían ser, por tanto, objetivo preferente de formación y capacitación (información personal, Ineke Dibbits). En ocasiones el hecho de no permitir al varón acompañar a su mujer en el parto, es un hecho que ocasiona importantes inseguridades en la mujer parturienta, precisamente al observar que son médicos varones los que van a atenderla en el parto tocando y visualizando su cuerpo desnudo (Dibbits y Terrazas 2003:171).
- 54 Es importante resaltar la autocrítica que subyace en el testimonio. El profesional de la salud reconoce que se negaba a atender a sus parturientas en otra postura que no fuera aquella que le habían enseñado en su proceso de formación. Como bien conocemos, las relaciones "médico-enfermo" están poderosamente tamizadas por categorías alusivas a las relaciones asimétricas de poder.
- 55 A los niños pequeños que se portan mal, los padres les amenazan con un baño de agua fría, lo cual suele ser suficiente para atemperar los ánimos de los pequeños. El baño de agua fría es concebido como una desagradable experiencia, si tenemos en cuenta la abundancia de días en que hiela, a lo largo del año, especialmente durante el invierno. Ni que decir tiene que no hay agua corriente ni "caliente" en la práctica totalidad de las comunidades aymaras del altiplano boliviano.
- 56 La sensación de frío de las unidades hospitalarias supone una seria dificultad para la aceptación del parto hospitalizado (el empleo de agua fría; la desnudez del cuerpo de la parturienta apenas cubierto con el "mandil" de parto reglamentario en los hospitales; los espacios fríos con corrientes y sin calefacción adecuada de los hospitales y de la sala específica de parto....etc). La comida constituye otro factor a tener en cuenta, no sólo la dotación alimentaria de la parturienta y sus acompañantes, sino el tipo y calidad de alimentos que deben estar en consonancia con el proceso cultural que supone el parto en donde se recomiendan las infusiones calientes para facilitar el parto y posteriormente, los cuarenta días posteriores la parturienta suele consumir sopas densas de caldo de oveja.
- 57 Es importante este documento vivo sobre el domicilio aymara en pleno trabajo de parto. La casa aymara suele constar de una sola pieza rectangular donde se distribuyen los catres en las proximidades del *khiri awichu* o fogón campesino que estará "a todo dar" para provocar la sensación de calor esperada por la parturienta y su familia; el combustible que se emplea es bosta seca de vaca o de oveja, así como hojas de eucalipto, dependiendo de la zona altiplánica de que se trate. La sensación térmica es elevada y el humo que despiden el fogón denso y concentrado, máxime si tenemos en cuenta que las casas aymaras, especialmente las más antiguas, impiden la ventilación del lugar al no disponer de ventanas. Por otro lado no resul-

- ta extraño que la propia familia haya contado con la participación del *yuri* para la preparación ceremonial del parto que puede suponer la realización de distintos tipos de sahumerios en el interior de la casa.
- 58 Es frecuente que el marido sea el interlocutor válido con la institución sanitaria, en relación con la afección o dolencia que sufra su mujer; es decir si el marido no acompaña a la esposa enferma, porque el protocolo de actuación del centro restringe esta opción a los acompañantes, es posible que la mujer enferma sola no se decida a ir a la unidad hospitalaria, si limitamos el acceso a los familiares, es muy posible que rechacen la atención en el centro de salud.
- 59 Los pobladores andinos habitualmente no cortan el cordón umbilical hasta que no se produzca la expulsión placentaria, consideran que seccionar el cordón antes de la expulsión provoca retención placentaria con todos los inconvenientes graves que esta situación provoca. Si se procede al corte del cordón umbilical es preciso explicar sus razones, como la necesidad de atender a la *wawa* recién nacida, por ejemplo, ya que puede provocar el recelo o la velada crítica de los familiares presentes y el temor de la parturienta. Otro dato etnográfico de interés para los profesionales de la salud que puedan estar interesados en el parto es que en algunos casos la tradición establece la idoneidad de cortar el cordón umbilical con un tiesto y no con algo de hierro (tijeras) porque se cree que hacerlo así redundará en beneficio de la fortuna del recién nacido. Obviamente se trata de una creencia de un riesgo muy elevado dada la dificultad de controlar las condiciones higiénicas de ese "tiesto" (un trozo de cerámica rota) que puede extender el toxoide tetánico en el recién nacido y en la madre. El Equipo de Salud Altiplánico de la localidad de Qorpa (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz), consciente de este riesgo, acostumbraba repartir un "kit de parto esterilizado" tras las charlas que impartían a las mamás embarazadas que consistía en unas gasas esterilizadas y un paquete de cuchillas de afeitarse nuevas para realizar el corte del cordón umbilical. Este kit se entregaba con la convicción y certeza de que, a pesar de las charlas de rigor para avisar y acercarse al centro de salud en el momento del parto, este se iba a realizar con toda seguridad en su hogar, en las comunidades dispersas por el altiplano donde incluso contando con el aviso, no es fácil llegar a tiempo.
- 60 La desnudez del cuerpo humano, especialmente en el caso de las mujeres aymaras y su visualización es una práctica casi tabú. Así lo explicaba una médica potosina. "Cómo va a desnudarse una mujer campesina a requerimiento del médico si ni siquiera lo hace para hacer el amor con su marido". Las atenciones en el parto, revisiones y auscultaciones deben realizarse con la máxima discreción y cuidado por debajo de la ropa de la mujer.
- 61 Las categorías "cálido" y "fresco" se aplican en el altiplano a enfermedades, herbolaria, alimentos, procesos biológicos e incorporan no sólo cri-

- terios térmicos sino también simbólicos. Constituye un referente corriente en la taxonomía de enfermedades categorizadas como síndromes de filiación cultural, en toda América Latina
- 62 Esta actitud de representación del varón sobre la mujer en cuanto a la toma de decisiones que afectan a la propia situación de salud o enfermedad de la esposa tiene que ser valorada y conocida, según los casos, por los equipos de salud que laboran en el altiplano.
- 63 Formados en la Normal de Santiago de Huata
- 64 Los centros de salud, postas y unidades hospitalarias en el dominio rural poseen un horario de atención que está estipulado, generalmente, en función de los hábitos del equipo de salud y no tanto en función de las posibilidades reales de sus potenciales usuarios, generalmente agricultores y ganaderos que en determinados periodos del año, pasan la mayor parte del día en sus chacras de cultivo y sólo por la noche pudieran ser objeto de atención hospitalaria, pero a esas horas, algunas unidades de atención, se encuentran cerradas (Callaham 2006).
- 65 Esta aseveración sobre el estado de salud de los abuelos y las generaciones anteriores es muy frecuente en las conversaciones con los pobladores del altiplano. Recuerdan los hábitos de vida y la alimentación como baluartes de una situación mucho más saludable que la actual que se comprobaba fácilmente por la longevidad de aquellos abuelos. Por otro lado hay que hacer hincapié en el concepto y sentido del "enfermar" tal y como me comentaban los comuneros de Ajllata Grande quienes manifestaban de forma rotunda que no solían enfermarse y que por esa razón no utilizaban la posta de salud. No enfermaban según los parámetros de la biomedicina, pero sí según las concepciones aymaras de salud y enfermedad
- 66 Como dice la profesora Luisa Abad, ¿por qué no nos dejamos de términos farragosos y denominamos a los "síndromes de filiación cultural" como enfermedades? Los términos académicos encriptan el reconocimiento del dolor y el padecimiento que estas enfermedades producen.
- 67 Dolencia producida por la lejanía de un ser querido. Especialmente entre los más pequeños.
- 68 La patología que el kharisiri produce se asocia a la producción de "temperatura" o fiebre en el enfermo, dada su naturaleza "cálida".
- 69 Esta creencia constituye una velada acusación a los profesionales de la salud de comportarse como kharisiris.
- 70 El médico da a entender en su relato el reconocimiento de su propia limitación o incapacidad, a la hora de atender esta enfermedad.
- 71 Localidad con fama de ser sede de kharisiris. Entre las comunidades del Lago Titicaca sucede lo mismo con Tiquina o Achacachi (Provincia Ormasuyo). Esta estrategia forma parte de las representaciones descalificadoras entre comunidades rivales. No olvidemos la incidencia que en algunos casos puede tener la presencia abundante de viajeros y medios de transporte.

- 72 Recordemos la asociación existente entre ataque del *kharisiri*, que provoca la aflicción del "susto" en la víctima, y la pérdida de las *ch'ovi* (sombras) y pérdida de sangre (hemorragia).
- 73 Hay que tener en cuenta en esta observación cómo el profesional de la salud, no duda de la existencia real del *kharisiri* y sus procedimientos de intervención sobre el cuerpo de la víctima. En este sentido, durante mi tiempo de convivencia en comunidades aymaras de la zona del Lago Titicaca (Provincia Omasuyo) me he encontrado con personas "de las que se dice" en la comunidad que son *kharisiris* por ciertos comportamientos considerados socialmente inadecuados, pero nunca me he encontrado con ninguna persona que acredite ser *kharisiri*, aunque sí con múltiples *kharisutas* y *ik'ichados*. Speding (2005: 34) muestra sin embargo el interesante testimonio de un *kharisiri* confeso que al parecer empleaba el célebre "Libro de San Cipriano", perteneciente al género mágico de los grimorios europeos, para llamar el *ajayu* de sus víctimas. No debemos olvidar, tal y como hemos visto al analizar los *sacamantecas* peninsulares, cómo en Europa se dieron varias actuaciones de lo que Caro Baroja (1993:179) denomina "crímenes médicos" de personas que encargaron asesinatos, al uso de los *sacamantecas*, convencidos del valor terapéutico de las mantecas y sangre infantiles.
- 74 Un trabajo de investigación realizado por un alumno del postgrado *wilaquna* en salud intercultural de Potosí, reveló la existencia de 13 diferentes tipos de diarreas entre el campesinado quechua en la zona de Calcha, cada una de las tipologías con sus correspondientes síntomas y sistema terapéutico específico.
- 75 *Ajayu*. Ya sabemos que se refiere a una de las tres entidades anímicas que integran la persona entre los aymaras (Fernández Juárez 2004: 279-304). La explicación de la médico está relacionada con el síndrome del "susto" presente como bien se conoce en toda América Latina (Rubel 1986; Rubel *et al.*, 1995); cabe plantear la duda de si es a la enfermera a quien corresponde o no plantear la "llamada de *ajayu*", lo que resulta incuestionable es que esta actitud de reconocimiento hacia los síndromes culturales aymaras, sirvió de manera efectiva en el acercamiento de posturas y en la confianza de las mujeres con la enfermera, como se muestra en el retorno y seguimiento de las mujeres en la posta. Ha que resaltar igualmente un hecho frecuente como es la mejor adecuación intercultural de las enfermeras que los médicos propiamente dichos, de los equipos sanitarios.
- 76 De nuevo la dolencia del "susto".
- 77 Hay una gran desconfianza y reticencia en las comunidades del altiplano al ingreso hospitalario en general, por todo lo que supone el hospital desde la perspectiva cultural aymara, como ya hemos dicho, pero muy especialmente en el caso de las *wawas* o niños pequeños.

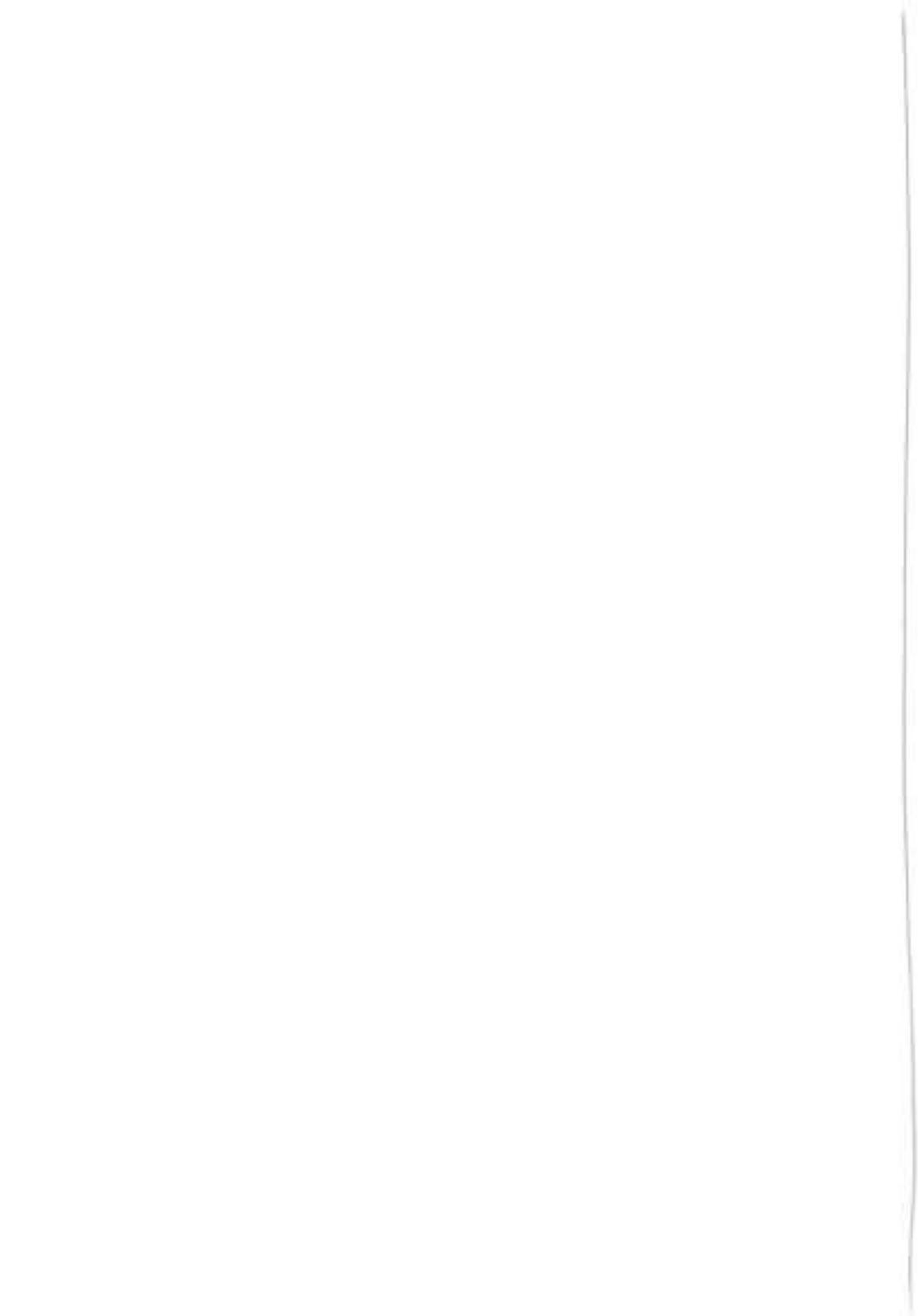
- 78 Este comportamiento cultural resulta terriblemente arriesgado por la posibilidad de infectar con el toxoide tetánico tanto a la parturienta como a la criatura recién nacida. En algunos sectores se rechazan los objetos metálicos para cortar el cordón umbilical y se emplea un trozo de tiesto roto. Se tiene la convicción de que cortar el cordón umbilical con un objeto metálico provocará la pobreza en la vida de la *wawa*, mientras que si se hace con un tiesto o fragmento de barro cocido o cerámica, la fortuna y la plata le serán abundantes. Este es un ejemplo relevante de que no todas las consideraciones y concepciones que proceden de la llamada medicina tradicional son favorables, ni mucho menos. En esta circunstancia el equipo médico debe intervenir para asegurarse que el corte del cordón se hace con la herramienta apropiada, eso sí aportando las explicaciones necesarias con la paciencia que el caso precise. Otra cosa es valorar el momento oportuno del corte del cordón, así como quien debe tomar esa decisión y hacerlo efectivo.
- 79 Esta es una práctica común en el altiplano. Se hace para evitar, según la creencia, que el cordón umbilical y la placenta se vuelvan al interior del útero. Puede parecernos hoy una costumbre muy exótica, pero la encontramos reflejada en tierras peninsulares en el siglo XX y recogida por George Foster (1985:197, 206).
- 80 Las ONGs que se dedican al ámbito de la salud en Bolivia debían pensar en ciertos comportamientos inadecuados que formular al realizar sus campañas. A parte del modelo de negociación que en este caso se ha realizado con los RPS tal y como denuncia la médico y la irresponsabilidad de dejar los asuntos económicos del pago a los RPS en manos del equipo médico en lugar de gestionarlo con las autoridades comunitarias, hay que destacar dos estrategias inapropiadas en relación con las comunidades y sus propuestas de salud. Los médicos del módulo se quejaron de que algunas ONGs emplean fármacos de última generación en el tratamiento de algunas dolencias. Fármacos que están fuera de las posibilidades de aplicación de los equipos responsables del sector en sus actuaciones cotidianas. De tal forma que cuando la ONG abandona el proyecto, el equipo médico no puede contrarrestar con su aparato farmacológico las resistencias que hayan podido ocasionar, sin pensarlo probablemente, la propia ONG y sus fármacos ultramodernos. Otra crítica tiene que ver con el estilo moral de actuación de algunas ONGs que nos muestra la escasa confianza en sus propios programas de salud. Según parece, es costumbre convocar a las comunidades altiplánicas o a las juntas vecinales en El Alto a participar en algún programa de salud (vacunación, revisiones odontológicas, rastillaje epidemiológico, información sobre el SUMI...etc) por parte de algunas ONGs, premiando la participación mediante alimentos que se entregan gratuitamente a las personas que han participado en la convocatoria. Esta estrategia que pudiera parecernos ra-

zonable, puesto que se distribuyen alimentos (sin entrar en la calidad y adecuación de los mismos) entre quienes los necesitan, provoca un hábito pernicioso, de tal forma que si los equipos de salud habituales quieren tener éxito en sus convocatorias, deben "comprar" la participación de la gente de alguna forma. Si no se regala "algo", los comuneros y vecinos, no participan en la campaña de salud, puesto que han sido mal acostumbrados por las correspondientes ONGs que una vez realizado su seguimiento y entregado el "regalo" han configurado un precedente muy difícil de solventar por los equipos de salud que operan en la zona.

- 81 En el caso del Equipo Médico Altiplano de la localidad de Qorpa, en la provincia Ingavi, recibían los RPS igualmente capacitación a partir de algunos cursillos impartidos por SOBOMETRA, Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional.
- 82 Sobre todo las dosis y el tiempo de duración de los tratamientos. Hay que tener en cuenta que las prescripciones de fármacos a base de antibióticos pueden tener consecuencias perjudiciales para la salud si no se hace según los parámetros correctos.
- 83 Un rasgo peculiar del *kharisiri* es su identificación con el foráneo, el desconocido. Lamentablemente esta es la calificación que sufren los miembros de los equipos de salud en su desempeño por el altiplano.
- 84 Quiero agradecer en este sentido los comentarios de Naty Simal y Ricardo Amor, investigadores de la Universidad de Castilla-La Mancha con experiencia de campo en la Red de Salud de Apolobamba, Bolivia.
- 85 Resulta sorprendente la cantidad de datos que los equipos sanitarios que desempeñan su labor en las comunidades aymaras del altiplano, deben conocer. Buena parte del tiempo lo dedican a la elaboración de cuadros estadísticos sobre valores epidémicos, estadísticas de atención materno infantil, vacunaciones, atención del parto, enfermedades diarreicas agudas, infecciones respiratorias agudas, fármacos derivados del SUMI (Seguro Universal Materno Infantil)...etc. Es decir una tarea compleja administrativa que genera importante estrés, puesto que constituye la base de los datos que los equipos presentan en las reuniones de los correspondientes equipos de diferentes áreas (CAI) en los que comparten datos y "compiten" por objetivos logrados o no. En estos objetivos y planes se prioriza la atención materno infantil y se desprecupan de otros sectores como la atención a la tercera edad, por ejemplo, que no resulta prioritaria.
- 86 Un médico boliviano trataba en cierta ocasión de convencer de su conocimiento académico a los médicos indígenas kallawayas de su sector, diciéndoles precisamente esto, que había estudiado con plena dedicación durante siete años. Los médicos indígenas kallawayas se miraron mutuamente y uno de ellos le respondió "nosotros estudiamos toda la vida".
- 87 La proximidad del cementerio es un aspecto más que contribuye a hacer del hospital un lugar tabú y a desacreditar a la biomedicina (Jose Luis Baixeras,

- comentario personal). Es muy frecuente escuchar en diferentes contextos amerindios la sentencia "Al hospital van los que mueren", en clara alusión a la supuesta ineficacia de la medicina occidental (Fernández Juárez 2006b).
- 88 Dificil encontrar en los poderosos Colegios Médicos al uso, gestos de humildad como el precedente; a pesar del Juramento Hipocrático, algunos médicos reconocen que, pese a la bata, el fonendo y la jerga, no lo saben todo.
- 89 Recuerdo el caso de una de las principales ONGs españolas que trabajaban en la temática de salud en Bolivia a mediados en los años noventa del pasado siglo, al comentarme el caso de un proyecto ambicioso generado en tierras de Cochabamba y Potosí. Sólo tenían un "pequeño problema" y era que el "todoterreno" de la organización era apedreado por parte de las comunidades indígenas supuestamente "beneficiarias" del proyecto, en cuanto aparecía por la zona. Otro ejemplo: Cleo Alara, auxiliar y enfermera aymara, me comentó al poco de incorporarme con el Equipo de Salud Altiplano en Qorpa (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz) que era frecuente que se produjera un hecho que a ella la desconsolaba mucho. Los enfermos se acercaban a la posta y le preguntaban "¿Está el médico?". Ella respondía, "Claro, andá no más que te va a recibir", a lo que el enfermo le contesta "No, más mejor cuando NO esté vuelto" (Fernández Juárez 1999). Terrible respuesta, sin duda, que acredita el deseo de la mujer por comunicarse de forma adecuada y discreta con la auxiliar aymara. Quería hablar con ella de su problema médico sin la presencia de quien paradójicamente mejor podría ayudarle, el propio médico. Una consideración que debemos valorar es que desde la perspectiva indígena hablar es "hacer medicina", es decir, dedicar el tiempo preciso en la conversación que genera cualquier patología entre el *yotiri* aymara y sus enfermos es considerado parte del proceso terapéutico, por eso difícilmente comprenden la visión pragmática del tiempo breve de consulta que se realiza en las instituciones hospitalarias.
- 90 Roberto Campos (2004:129) en relación con la interculturalidad aplicada a la salud, puntualiza: "...en otras palabras, la podemos definir como la práctica y el proceso relacional que se establecen entre el personal de salud y los enfermos, donde ambos pertenecen a culturas diferentes, y donde se requiere de un recíproco entendimiento para que los resultados del contacto (consulta, intervención, consejería) sean satisfactorios para las dos partes". Aquí radica el problema por las desconfianzas que se producen entre los diferentes modelos médicos y sistemas explicativos existentes, como hemos visto; las posturas radicales de exclusión no son inhabituales ni desde la óptica de la biomedicina, ni tampoco desde las medicinas indígenas, aunque, igualmente se producen formas de articulación y complementación de los modelos, así como estrategias de "no agresión" particularmente sofisticadas

- 91 Son varias las iniciativas, algunas gubernamentales y en otros casos en función de diferentes agencias internacionales. Merece la pena tener en cuenta las iniciativas del colectivo *Yoltpahli* en México con docentes y antropólogos de la UNAM (*Yoltpahli*, 2003); la Comisión Europea en Ayacucho (Perú) llevó a cabo en 2006 un curso de formación en salud intercultural, en Chile existen varias iniciativas tanto en la zona aymara norteña como en sectores mapuches implicando a diferentes universidades; en Bolivia, como vimos anteriormente, tanto el SEDES-La Paz, como el programa de salud de la AECl y el reciente Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad del gobierno de Evo Morales Aima han apoyado la gestión de los dos cursos realizados en La Paz (2006-2006 y 2007-2008); en la ciudad de Potosí la Cooperazione Italiana ha estado especialmente comprometida con la Universidad Tomás Frías y su Facultad de Medicina en gestionar otros programas similares de Salud Intercultural, además de introducir una oficina de atención intercultural en el Hospital Daniel Bracamonte de Potosí. Igualmente existen diferentes iniciativas de adecuación intercultural al parto como el caso del hospital de Achacachi en pleno altiplano aymara. Hay que valorar igualmente la iniciativa de formación en referentes interculturales para auxiliares, enfermeras y médicos tanto en Potosí (Bolivia) como en Brasil por parte de la Universidad de Perugia (Italia) a través del proyecto *Health For All in Latin America*, celebrado durante el curso 2006-2007 de forma on line. Nuestro equipo de investigación en Salud Intercultural de la Universidad de Castilla-La Mancha ha tenido la oportunidad de participar en alguna de estas iniciativas tal y como queda recogido en varias publicaciones (Fernández Juárez 1999) y especialmente el proyecto editorial sobre *Salud e Interculturalidad en América Latina* que ya ha producido dos volúmenes (Fernández Juárez (coord.) 2004; Fernández Juárez (coord.) 2006, que concluirá con el próximo e inminente tercer volumen dedicado la interculturalidad y la salud en contexto migratorio (Fernández Juárez (dir.) 2008). En cualquier caso hay que tener presente que la salud intercultural no puede imponerse por decreto en el ámbito estatal y que si no se valora y consensua entre todos los actores implicados puede dar lugar a que la exclusión y formas renovadas de control social, política y manifestaciones extremas de xenofobia, aculturación o racismo puedan propiciarse por debajo de su atractiva apariencia.



IV | Bibliografía

Abercrombie, Thomas A.

- 1986 *The politics of sacrifice. An Aymara Cosmology in action*, The University of Chicago, Chicago, Illinois.

Abercrombie, Thomas A.

- 1998 *Pathways of Memory and power. Ethnography and History Among an Andean People*. The University of Wisconsin Press, Wisconsin.

Absi, Pascale

- 2005 *Los ministras del diablo. El trabajo y sus representaciones en las minas de Potosí*, IRD, IFEA, La Paz.

Acosta, José de

- 1954 [1590] "Historia Natural y Moral de las Indias". Obras del Padre José de Acosta, BAE, Madrid.

Aguiló, Federico

- 1980 "El lik'ichiri: Un signo de autodefensa cultural". Simposio Simbología andina.

Aguiló, Federico

- 1985 *Enfermedad y salud, según la concepción aymara-quechua*. Qori llama, Sucre.

Aguirre Beltrán, Gonzalo

- 1994 [1955] *Programas de salud en la situación intercultural*, *Obra Antropológica V*, Fondo de Cultura Económica, México.

Alba, Juan José y Tarifa, Lila

- 1993 *Los Jampiris de Rakaypampa*, CENDA, Cochabamba.

Albó, Xavier

1979 *Achuacachi. Medio siglo de lucha campesina*. CIPCA, La Paz.

Albó, Xavier

1999 "Presentación", En Gerardo Fernández Juárez, *Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*. pp.13.19, OPS/OMS / Ministerio de Salud y Previsión Social /CIPCA /ESA, La Paz.

Albó, Xavier

2003 Preguntas a los historiadores desde los rituales andinos actuales". En JJ. Descoster (Ed.) *Incas e indios cristianos. Elites, indígenas e identidades cristianas en los Andes coloniales Cusco y Lima*, pp.395-438, CBC, IRFEA, Asociación Kuraka, Lima.

Albó, Xavier; Greaves, Tomás; Sandoval, Godofredo

1983 *Chukiyawu. La cara aymara de La Paz. III Cabalgando entre dos mundos*. CIPCA, La Paz.

Álvarez, Bartolomé

1998 *De las costumbres y conversión de los indios del Perú. Memorial a Felipe II (1588)*. Ediciones Polifemo, Madrid.

Amades, Joan

1957 "Los ogros infantiles". *Revista de Dialectología y Tradiciones Populares*, 13:254-285, CSIC, Madrid.

Ansión, Juan

1987 *Desde el rincón de los muertos. El pensamiento mítico en Ayacucho*. GREDES, Lima.

Ansión, Juan, (edit.)

1989 *Phistacos. De verdugos a sacnojos*. Tarea, Lima.

Arguedas, Jose María

1953 "Folklore del Valle del Mantaro. Provincias de Jauja y Concepción". *Folklore Americano*, 1: 101-293, Lima.

Arnold, Denise; Yapita, Juan de Dios; Tito, Margarita

1999 *Vocabulario aymara del parto y de la vida reproductiva de las mujeres*, ILCA, La Paz.

Arnold, Denise; Murphy Lawless, Jo; Yapita, Juan de Dios

2001 *Hacia un modelo social del parto: Debates obstétricos interculturales en el altiplano boliviano*, Informes de Investigación, 1; La Paz, ILCA.

Arnold, Denise; Murphy Lawless, Jo; Yapita, Juan de Dios

2002 *Las wawas del Inka. Hacia la salud materna intercultural en algunas comunidades andinas*. Informes de Investigación, 2; ILCA, La Paz.

- Arriaga José de
1968 [1621] "Extirpación de la idolatría en el Pirú". En, Francisco Esteve Barba (ed.) *Crónicas peruanas de interés indígena*, BAE, Madrid.
- Atxaga, Bernardo
1995 *Obabakoak*, Ediciones B, Barcelona.
- Avempace
2007 *Libro sobre el alma*, Trotta, Madrid, [siglo XI].
- Baguena, María José
1992 *La tuberculosis y su historia*. Fundación Uriach 1838, Barcelona.
- Baixeras, Jose Luis
2006 "Salud intercultural. Relación de la medicina kallawayá con el sistema público de salud en San Pedro de Curva". En, Gerardo Fernández Juárez (coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp. 271-287, Abya-Yala/UCLM.
- Baschwitz, Kart
1968 *Brujas y procesos de brujería*, Luis de Caralt, Barcelona.
- Bastien, Joseph
1986 "Etnofisiología andina. Evidencia lingüística, metafórica, etiológica y etnofarmacológica para conceptos Andinos sobre el cuerpo". *Arinsana*, 1:5-24, Cuzco.
- Bastien Joseph
1987 *Healers of the Andes*. Salt Lake City. University of Utah Press.
- Bastien, Joseph
1994 "Comunicación intercultural sobre vacunación tetánica en Bolivia". *Arinsana*, 15:3-25, Caracas.
- Bastien, Joseph,
1996 [1978] *La montaña del cóndor. Metáfora y ritual en un ayllu andino*. HISBOL, La Paz.
- Becerro de Bengoa, Ricardo
1881 *El sacamantecas, su retrato y sus crímenes*. Imp. Viuda e hijos de Iturbe, Vitoria.
- Bellier, Irène y Hocquenghem, Anne- Marie
1991 "De los Andes a la Amazonía. Una representación evolutiva del "otro". *Bulletin de l'Institut Française d' Etudes Andines*, 20 (1): 41-59, Lima.

- Berg, Hans van den
1985 *Diccionario religioso aymara* CETA-IDEA, Iquitos.
- Bertonio, Ludovico
1984 [1612] *Vocabulario de la lengua aymara*, CERES/IFEA/MUSEF, Cochabamba.
- Black, George W.
1982 [1883] *Medicina Popular. Un capítulo en la historia de la cultura*, Altafulla, Barcelona.
- Bourricaud, François
1967 *Cambios en Puno*. Instituto Indigenista Interamericano, México.
- BouysseCassagne, Thérèse, et al.,
1987 *Tres reflexiones sobre el pensamiento andino*. HISBOL, La Paz.
- Brenan, Gerald
1999 [1957] *Al Sur de Granada*, Tusquets, Barcelona.
- Buechler, Hans C. y Buechler Judith Maria
1971 *The Bolivian Aymara*, Holt, Rinehart and Winston, New York.
- Callahan, Mollie
2006 "El Hospital Kallawaya Shoquena Husi de Curva. Un experimento en Salud Intercultural". En Gerardo Fernández Juárez (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina*, pp. 289-303. Abya-Yala /UCLM.
- Campos Martín, Ricardo
2004 "La vacunación en España durante la segunda mitad del siglo XIX. Problemas institucionales, controversias y actitudes populares". En Susana Ramírez et, al (edit.) *La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. Doscientos años de lucha contra la viruela*, pp. 258-261, CSIC, Madrid.
- Campos Navarro, Roberto
2004 "Experiencias sobre salud intercultural en América Latina". En Gerardo Fernández Juárez (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp 129-152, Abya-Yala y UCLM, Quito.
- Camino, Lupe
1992 *Cerros, plantas y lagunas poderosas*, CIPCA, Piura.
- Canesa, Andrew
2000 "Fear and Loathing on the Kharisiri Trail: Alterity and Identity in the Andes" *The Journal of the Royal Anthropological Institute*, Vol. 6, (4): 705-720.

- Caro Baroja, Julio
1961 *Las brujas y su mundo*, Revista de Occidente, Madrid.
- Caro Baroja, Julio
1966 *Romances de ciego. Antología*. Edit. Taurus, Madrid.
- Caro Baroja, Julio
1967 *Vidas Mágicas e Inquisición*, 2 volúmenes, Taurus, Madrid.
- Caro Baroja, Julio
1990 *Ensayo sobre la literatura de cordel*. Edit. Istmo, Madrid.
- Caro Baroja, Julio
1992 *Brujería vasca*. Txertoa, San Sebastián.
- Caro Baroja, Julio
1993 "Notas de viajes por Andalucía" En A. Carreira (ed.) *De etnología andaluza*, pp.21-232 Diputación Provincial de Málaga, Málaga.
- Carrión Mora, Adelina
2006 *Médicos e Inquisición en el siglo XVII*, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- Carter, William y Mamani, Mauricio
1982 *Irpa Chico. Individuo y comunidad en la cultura aymara*. Juventud, La Paz.
- Casariego, Rafael
1978 *Goya. Los caprichos*, Ediciones Velásquez, Madrid.
- Castellón, Ivan
1997 *Abril es tiempo de kharisiris. Campesinos y médicos en comunidades Andino-Quechuas*. Editorial Serrano, Cochabamba.
- Castro, Dante
1992 *Tierra de pishtacos*, Casa de las Américas, La Habana.
- Celestino, Olinda
1998 "Transformaciones religiosas en los Andes peruanos.2. Evangelizaciones". *Gaceta de Antropología*, 14: 14-25, Granada.
- Cereceda, Verónica
1987 "Aproximaciones a una estética andina. De la belleza al tiku" En, Bouysse-Cassagne, Thérèse et al., *Tres reflexiones sobre el pensamiento andino*, pp.133-231, HISBOL, La Paz.
- Christian, William
2004 "Sobrenaturales, Humanos, Animales. Exploración de los límites en las fiestas españolas a través de las fotografías de Cristina García Rodero". En Palma Martínez- Burgos y Alfredo Rodríguez González (coordinadores), *La fiesta en el Mundo Hispánico*, pp13-32, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.

- Costa, Pedro
 2005 "La vampira del Carrer Ponent", *Malos de la Historia, Diaro El País Semanal*, 1.527, 31 de Diciembre, pp 94-98
- Crankshaw, Libbet C.,
 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).
- Crankshaw, Libbet, C.
 1990 "¿Por qué el susto?" Mimeo, La Paz.
- Cuba, Xoan R., Reigosa, Antonio y Miranda Xosé
 2006 *Diccionario de los seres míticos gallegos*. Edit. Xerais, Vigo.
- Cunqueiro, Alvaro
 1996 [1984] *Tesoros y otras magias*, Tusquets, Barcelona.
- Charlier, L.
 1998 "Histoire d'un singulier vampire masqué: le kharisiri". *Lazos "études"* 1: 55-70.
- Chaumeil, Jean Pierre
 2004 "Del proyectil al virus. El complejo de dardos mágicos en el chamanismo del oeste amazónico". En Gerardo Fernández Juárez (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp.265-278, Abya-Yala, Quito.
- De Lucca, Manuel
 1987 *Diccionario práctico aymara castellano, castellano aymara, Los amigos del libro*, La Paz.
- Delumeau, Jean
 1989[1978] *El miedo en Occidente*, Taurus, Madrid.
- Dibbits, Ineke y De Boer, Mariska
 2002 *Encuentros con la propia historia. Interculturalidad y Trato Humano desde la perspectiva de un equipo de salud*. Tahipamu, La Paz.
- Dibbits, Ineke y Terrazas, Magali
 2003 *Uno de Dos. El involucramiento de los hombres en la atención de la salud perinatal. Revelaciones desde Santa Rosa y Rosas Pampa. El Alto*. Tahipamu, La Paz.
- Fernández Collado, Ángel
 1999 "Dos lugares emblemáticos en la Catedral de Toledo". En, Carlos Vizuete y Palma Martínez-Burgos (coordinadores), *Religiosidad popular y modelos de identidad en España y América* pp.125-151, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.

- Fernández Juárez, Gerardo
1995 *El banquete aymara. Mesas y yatiris*. Hisbol, La Paz.
- Fernández Juárez, Gerardo
1996a "Modelos aymaras de salud: Ajllata Grande (Provincia Omasuyos). Etiología, terapia e identidad en el altiplano aymara". En, *Reunión Anual de Etnología 1995*, Tomo I, pp76-103, Museo Nacional de Etnografía y Folklore, La Paz.
- Fernández Juárez, Gerardo
1996b "El mundo "abierto": Agosto y Semana Santa en las celebraciones rituales aymaras", En *Revista Española de Antropología Americana*, 26: 205-229, Madrid.
- Fernández Juárez, Gerardo
1997 *Entre la repugnancia y la seducción. Ofrendas complejas en los Andes del Sur*. Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de las Casas", Cuzco.
- Fernández Juárez, Gerardo
1998a "Iqiqu y Anchanchu. Enanos, demonios y metales en los Andes". *Journal de la Société des Américanistes*, 84 (1):147-166, Paris.
- Fernández Juárez, Gerardo
1998b "Enfermedad, moda y cuerpo social en el altiplano aymara: un "boceto" de inspiración colonial sobre modelos de identidad en los Andes, *Revista Española de Antropología Americana*, 28:259-281, Universidad Complutense de Madrid.
- Fernández Juárez, Gerardo
1998c "Todos Santos, todos "almas", *Revista Andina*,31: 139-159, Cuzco.
- Fernández Juárez, Gerardo
1998d *Los kallawayas: Medicina indígena en los Andes bolivianos*, Ediciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.
- Fernández Juárez, Gerardo
1999 *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*, OMS/OPS /ESA /CIPCA, La Paz,
- Fernández Juárez, Gerardo
2000 "Creencias populares y prácticas religiosas en España y América. Sacamantecas en los Andes del Sur. Una perspectiva comparada". En Carlos Vizuete y Palma Martínez-Burgos, *Religiosidad Popular y Modelos de Identidad en España y América*. pp. 281-324, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2002a *Aymaras de Bolivia. Entre la tradición y el cambio cultural*, Abya-Yala, Quito.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2002b "Las comidas y sus clases en el altiplano aymara de Bolivia". En, Gabriela Benavides de Rivero (Compiladora), *Alimentación y Gastronomía. II Coloquio Internacional de Gastronomía, Patrimonio y Turismo*, pp.103-147, Universidad de San Martín de Porres, Lima.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2004a "Violencia y ritual en las Fiestas de indios". En, Palma Martínez-Burgos y Alfredo Rodríguez González (coords.), *La fiesta en el Mundo Hispánico*, pp.69-86, Servicio de Publicaciones de la Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2004b "Médicos y kharisiris: Dificultades en la aplicación de políticas interculturales de salud en el altiplano aymara de Bolivia", pp. 477-482, *XXVI Congreso Internacional de Americanística, Convegno Internazionale di Americanistica*, Perugia.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2004c "Ajayu, Anima, Kuraji. La enfermedad del "susto" en el altiplano de Bolivia. En, Gerardo Fernández Juárez (coordinador) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp.279-304, Abya-Yala, Quito.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2004d *Yatiris y ch'amakanis. Sueños, testimonios y prácticas ceremoniales*. Abya-Yala, Quito.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2006a "Kharisiris de agosto en el Altiplano Aymara de Bolivia". *Chungara. Revista de Antropología Chilena*, 38 (1):51-62, Universidad de Tarapacá.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2006b "Al hospital van los que mueren". Desencuentros en salud intercultural en los Andes bolivianos". En, Gerardo Fernández Juárez (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp.317-336, Edit. Abya-Yala /UCLM/AECL/FCSICIII/JCCM, Quito.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2007 "Enfermedades de la gente, enfermedades del doctor. Salud e interculturalidad en contextos indígenas. Reflexiones desde el altiplano boliviano". En, Enric Prats (coord.), *Multiculturalismo y educación para la paz*. Octaedro-OEI, Barcelona.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2008a "Confesiones de mandil blanco". En Gerardo Fernández Juárez (Dir.), *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*, Abya-Yala y UCLM.

Fernández Juárez, Gerardo

- 2008b "En tierra extraña". Reflexiones sobre inmigración y salud desde el altiplano boliviano", (inédito).

Fernández Juárez, Gerardo y Albó Corrons, Xavier

- 2008 "Pachjiri. Cerro sagrado del Titicaca". *Revista Española de Antropología Americana*, 38 (1): 239-255, Universidad Complutense de Madrid.

Ferrándiz, Francisco

- 2004 "La corte médica en el espiritismo venezolano. Encuentros y desencuentros entre la biomedicina y la cura mística". En Gerardo Fernández Juárez (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Perspectivas antropológicas*, pp.213-232, Abya-Yala, Quito.

Flores Martos, Juan Antonio

- 2004 "Una etnografía del "año de provincias" y de "Cuando no hay doctor". Perspectivas de salud intercultural en Bolivia desde la biomedicina convencional". En, Gerardo Fernández Juárez (coord.) *Salud e interculturalidad en América Latina. Perspectivas Antropológicas* pp.181-212. Edit. Abya-Yala/ Bolhispania / UCLM.

Flores Martos, Juan Antonio

- 2008 "Operaciones espirituales y rituales de sanación en la ciudad de Veracruz (México): Procesos de medicalización de lo espiritual y mimesis hegemónica. En, Gerardo Fernández Juárez (Dir.) *La diversidad frente al espejo. Salud, interculturalidad y contexto migratorio*, Abya-Yala y UCLM.

Foster, George

- 1985[1962] *Cultura y conquista. La herencia española de América*. Universidad Veracruzana, Xalapa.

- Frazer, George J.
1993[1907-1918] *El folklore en el Antiguo Testamento*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Frazer, George J.
1995[1890] *La Rama Dorada*, Fondo de Cultura Económica, México.
- Frias, José Manuel,
2005 *Una Historia Escrita con Sangre. El terrible caso del sacamantecas andaluz*, Límites, Málaga.
- Frisancho, David
1988 (1971) *Medicina indígena y popular*, Edit. Los Andes Lima.
- Gelis, Jacques
1984 *L'arbre et le fruit. La naissance dans l'Occident Moderne*, Fayard, Paris.
- Girault, Louis
1987 *Kallawaya. Curanderos itinerantes de los Andes. Investigación sobre prácticas medicinales y mágicas*, OPS/OMS, UNICEF, La Paz.
- Girault, Louis
1988[1972] *Rituales en las regiones andinas de Bolivia y Perú*, CERES, MUSEF, QUIPUS, La Paz.
- González Guardiola, M^a Dolores y Caravantes, Carlos
2006 "Y sin embargo son ellas quienes más hacen por la "Salud Intercultural". En, Gerardo Fernández Juárez (coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp. 305-316, Abya-Yala /UCLM.
- Guamán Poma, Felipe
1987 [1615] *Nueva Corónica y Buen Gobierno*, Crónicas de América, 29 a, b, c Historia 16, Madrid
- Guarisco, Sergio
1998 "Le Nák'aq des Andes (Pérou): La chair de la peur et l'âme de la rumeur", *Le Monde alpin et rhodanien. Les croquemitaines. Faire peur et éduquer*, pp.103-122, Toulouse.
- Gutiérrez Estévez, Manuel (Comp.)
1988 *Alimentación Iberoamericana. Símbolos y Significados*, Fundación Xavier de Salas / Instituto Indigenista Interamericano, México y Trujillo.

- Gutiérrez Estévez, Manuel
 1993 "Mayas, españoles, moros y judíos en bailes de máscaras. Morfología y retórica de la alteridad". En, Gary Gossen, et, al; (edit.), *De Palabra y Obra en el Nuevo Mundo. Vol. 3. La formación del otro*. pp. 323-376, Siglo XXI, Madrid.
- Gutiérrez Estévez, Manuel
 1999 "Al margen del Levítico. Impurezas amerindias". *Revista de Occidente*, 222, pp.69-91, Madrid.
- Gutiérrez Estévez, Manuel
 2000 "Introducción", en Manuel Gutiérrez Estévez (ed.) *Sustentos, aflicciones y postrimerías de los Indios de América*, pp.7-14, Casa de América, Madrid.
- Gutiérrez Estévez, Manuel
 2002 "Interioridades". En, Manuel Gutiérrez Estévez et al, *Según Cuerpos. Ensayo de Diccionario de uso etnográfico*, pp. 83-141, Cícón Ediciones, Badajoz.
- Gutiérrez Estévez, Manuel
 2004 "Contiendas en algunos mitos y rituales amerindios". En Luis Díaz G. Viana, (Coord.) *El nuevo orden del caos: Consecuencias socioculturales de la globalización*, pp. 273-292, CSIC, Madrid.
- Guiteras, Calixta
 1996 *Los peligros del alma. Visión del mundo de un tzotzil*. [1961] Fondo de Cultura Económica, México.
- Herrera, Alexander y Kevin Lane
 2006 "¿Qué hacen aquí esos pishtaku?". *Antípoda. Revista de Antropología y Arqueología*, 2:157-178, Universidad de los Andes, Colombia.
- Hosoya, Hiromi
 2003 *La memoria post-colonial. Tiempo, espacio y discursos sobre los sucesos de Uchuraccay*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- Hoyosa, Hiromi
 2002 "Colonialismo y la representación del otro: la diversidad de discursos sobre el pishtaco". En, Katuhiko Yamaji y Masakazu Tanaka (ed.) *El colonialismo y la antropología*. pp. 415-443, Kansai Gakuin University Press, Osaka.
- Huanacu, Blanca N. y Pauwels, Gilberto
 1998 "El kharisiri: Lik'ichiri y /o sirksuri". *Eco Andino* 6:121-146, Oruro.

Huanca, Tomás

1990 *El yatiri en la comunidad aymara*, Ediciones CADA, La Paz.

Imberton, Gracia

2006 "La vergüenza. Enfermedad y tensiones sociales entre los indígenas choles de Chiapas, México", En Gerardo Fernández Juárez (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp.257-270, Abya-Yala y UCLM.

Isbell, Billie Jean

1976 "La otra mitad esencial: Un estudio de complementariedad sexual andina", *Revista de Estudios Andinos*, 5 (1):37-56

Jiménez, Iker y Porter, Carmen

2006 "Sacamantecas". En Iker Jiménez y Carmen Porter, *Milenio*, 3. *El libro*, pp.127-136, Santillana, Madrid.

Joralemon, Donald

1985 "Altar Symbolism in Peruvian Ritual Healing". *Journal of Latin America Lore*, 11(1):3-29

Kapsoli, Wilfredo

1991 "Los pishtacos: Degolladores, degollados". *Bulletin de l'Institut Française d' Etudes Andines*, 20 (1):61-77, Lima.

Kato, Takahiro

1989 "Agosto, el mes mágico: un pensamiento popular del tiempo en el distrito de Aco", *Revista Antropológica del Departamento de Ciencias Sociales*, 7:87-118, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Kato, Takahiro

1990 "Una metáfora: El pishtaco". Actas del I Congreso de la Confederación Académica Nipón-España-Latinoamérica (CANELA), pp.54-65.

Kato, Takahiro

1995 "El sentido socio-cultural del "sacajojos": Desciframiento de un folklore urbano del Perú". *The Journal of Intercultural Studies*, 22:158-172, Kansai University.

Kulick, Don y Meneley, Anne (ed.)

2005 *Fat. The anthropology of an obsession*, Jeremy P. Tarcher/Penguin, New York.

La Barre, Weston

1948 "The Aymara Indians of the Lake Titicaca Plateau, Bolivia". *American Anthropologist*, 50 (1).

- Lancre Pierre de,
2004 [1612] *Tratado de Brujería Vasca. Descripción de la Inconstancia de los Malos Ángeles o Demonios*, Txalaparta, Tafalla.
- Laza, Modesto
2002 [1958] *El laboratorio de Celestina*, Fundación Unicaja, Málaga.
- Lévi-Bruhl, Lucien
1985 [1927] *El alma primitiva*, Edit. Península, Barcelona.
- Levack, Brian P.
1995 *La caza de brujas en la Europa Moderna*, Alianza Universidad, Madrid.
- López García, Julián
2001 *Alimentación y Sociedad en Iberoamérica y España. Cinco etnografías de la comida y la cocina*, Universidad de Extremadura, Cáceres.
- López García, Julián
2002 "Sustancias". En, Manuel Gutiérrez Estévez et, al. *Según Cuerpos. Ensayo de diccionario de uso etnográfico*, pp.143-175, Cícion Ediciones, Badajoz.
- López García, Julián
2006a "Cuando el remedio encuentra al enfermo. Vendedores de salud en Iberoamérica", en Gerardo Fernández Juárez (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina*, pp.349-371, Edit. Abya-Yala /UCLM, Quito.
- López García, Julián
2006b "Cuerpo y sociedad maya ch'orti'. Representaciones desde la sangre". En, Beatriz Muñoz González y Julián López García (Coordinadores), *Cuerpo y Medicina. Textos y contextos culturales*, Cícion Ediciones, Badajoz (pp. 385-405).
- López García, Julián y Pitarch Ramón, Pedro (edit.)
2006 *Lugares indígenas de la violencia en Iberoamérica*. Agencia Española de Cooperación Internacional, Madrid.
- Loza-Balsa, Gregorio
1989 *Enciclopedia de la medicina aymara, tomo III. Etno-Medicina*, La Paz.
- Martin-Aragón, E.Julián
1998 *Los saberes médicos en "La Celestina"*. Diputación Provincial de Toledo, Toledo.

- Martín Sánchez, Manuel
2002 *Seres míticos y personajes fantásticos españoles*, Edaf, Madrid.
- Martínez, Gabriel
1998 *Sobre brujos y lik'ichiris. La creación cultural del horror*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos-Banco Mundial, La Paz.
- Mariya, Juan Antonio
1969 "Temible Naqaq", *Allpanchis Phuturinga*, 1:135-138, Instituto de Pastoral Andina, Cuzco.
- Maqueda, Fabiola
1985 *Garaya. El sacamantecas vitoriana. Historia de una causa célebre del siglo XIX*. Diputación Foral de Álava, Vitoria-Gasteiz.
- Menéndez, Eduardo
1992 "Modelo hegemónico, modelo alternativo subordinado, modelo de auto atención, caracteres estructurales". En, Roberto Campos (comp.) *La antropología médica en México*. Instituto Mora-UAM. México.
- Meñaca, Arantza
2006 "La "multiculturalidad" de la biomedicina. El envío de medicamentos en familias migrantes ecuatorianas. En Gerardo Fernández Juárez, *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*. pp.93-108, Abya-Yala y UCLM, Quito.
- Millones, Luis
1973 "Un movimiento nativista del siglo XVI: El Taki Ongoy". En Ossio, Juan M. *Ideología Mesiánica del Mundo Andino*, pp 83-94, Juan Ignacio Pastor, Lima.
- Millones, Luis (Comp.)
1990 *El retorno de las Huacas. Estudios y documentos del Siglo XVI*, Instituto de Estudios Peruanos, Lima.
- Molina, Cristóbal de
1989 [1571] "Relación de las fábulas i ritos de los ingas hecha por Cristóbal de Molina, cura de la Parroquia de Nuestra Señora de los Remedios del hospital de los naturales de la ciudad de Cusco, dirigida al Señor Obispo don Sebastián de el Artaum, del consejo de su majestad". En, Henrique Urbano y Pierre Duviols (ed.) *Fábulas y mitos de los incas*, Madrid.
- Molinié, A.
1991 "Sebo bueno, indio muerto: La estructura de una creencia andina". *Bulletin de l'Institut Français d'Etudes Andines* 20 (1): 79-92

- Monast, J. E.
1972 *Los indios aimaraes, ¿evangelizados o solamente bautizados?*. Lohlé, Buenos Aires.
- Morote, Efraín
1988 [1952] "El Nakaq". En, Efraín Morote, *Aldeas sumergidas. Cultura popular y sociedad en los Andes*, pp 153-177. Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de las Casas", Cuzco.
- Neila Boyer, Isabel
2006 "El "samay", el susto y el concepto de persona en Ayacucho (Perú)". En, Gerardo Fernández Juárez (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp.187-215, Abya-Yala /UCLM, Quito.
- Noyes, Dorothy
2004 "Vampiro o rey pescador: La globalización y los mitos del capitalismo". En Luis Díaz G. Viana (Coordinador). *El nuevo orden del caos: Consecuencias socioculturales de la globalización*, pp.249-259,CSIC, Madrid.
- Oblitas, Enrique
1978 [1963] *Cultura callawayá*. Ediciones Camarlinghi, La Paz.
- Oriol, J y A.
1944 *Historia de la tuberculosis*, Salvat, Barcelona.
- Orti, Antonio y Sampere, Josep
2002 *Leyendas urbanas en España*, Martínez Roca, Barcelona.
- Paredes, Rigoberto
1975 [1920] *Mitos, Supersticiones y Supervivencias Populares de Bolivia*. Biblioteca del Sesquicentenario de la República, La Paz.
- Paredes Candia, Antonio
1981 *Diccionario mitológico de Bolivia. Dioses, símbolos, héroes*. Isla-Popular, La Paz.
- Patscheider Estrada, Gloria
2007 *El enfoque intercultural en la atención de la salud materna: Un avance para las políticas públicas de salud*. Ministerio de Salud y Deportes, Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad, Prohisaba, La Paz.
- Pedrosa, Jose Manuel
2004 *La autoestopista fantasma y otras leyendas urbanas españolas*. Editorial Páginas de Espuma, Madrid.

Pérez González, L.

- 1978 "Algunas consideraciones sobre el "Sacamantecas" y el "Chupasangres", *Papeles de Son Armadans*, CCLIII:184-192, Madrid, Palma de Mallorca.

Perrin, Michel (Coordinador)

- 1990 *Antropología y experiencias del sueño*, Abya-Yala, Quito.

Pitarch, Pedro,

- 1996a "Animismo, colonialismo y la memoria histórica tzeltal", *Revista Española de Antropología Americana*, 26, pp. 183-204.

Pitarch Pedro,

- 1996b *Ch'ulel. Una etnografía de las almas tzeltales*. Fondo de Cultura Económica, México.

Pitarch, Pedro

- 2001 "La identidad personal en una tradición indígena americana: El punto de observación de las almas", En, Marcelo Dascal, Manuel Gutiérrez y Jaime de Salas (Eds.) *La Pluralidad y sus atributos. Usos y maneras en la construcción de la persona*, pp. 23-37, Biblioteca Nueva, Madrid.

Pitarch, Pedro

- 2003 "Infidelidades indígenas". *Revista de Occidente*, 269:60-75.

Platt, Tristan

- 2006 "El feto agresivo. Parto, formación de la persona y mito-historia en los Andes", En Gerardo Fernández Juárez (coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp.145-172, Abya-Yala y UCLM, Quito.

Polia Meconi, Mario

- 1989 "'Contagio' y 'pérdida de la sombra' en la teoría y práctica del curanderismo andino en Ayabaca y Huancabamba". *Antropológica del Departamento de Ciencias Sociales*, 7:197-231, Lima.

Polia Meconi, Mario de

- 1996 "Despierta, remedio, cuenta..." *Adivinos y médicos del Ande*. Revista Antropológica del Departamento de Ciencias Sociales. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Ponce Sanginés, Carlos

- 1969 *Tionupa y Ekako. Arqueología y tradición*, Los amigos del libro, La Paz.

Portugal, Pedro

- 1993 "El khari khari como explicación de la epidemia de cólera". En, *Reunión Anual de Etnología*, tomo 1, pp.237-249, La Paz.

Ramírez Hita, Susana

- 2005 *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*, Cooperazione Italiana, Plural, La Paz.

Ranaboldo, Claudia

- 1989 *El camino perdido. Biografía del líder campesino kallawayá Antonio Alvarez Mamani*. SEMPTA, La Paz.

Rance Susanna

- 1999 *Trato humano y educación médica. Investigación-acción con estudiantes y docentes de la carrera de medicina UMSA, La Paz*. Viceministerio de Asuntos de Género, Generaciones y Familia, La Paz.

Rodríguez González, Alfredo

- 2002 *El abandono de niños en la España Moderna. Siglos XVI-XVIII*. Tesis Doctoral Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo (inédito).

Rojas, Fernando de

- 2004[1499] *La celestina*, El País, Madrid.

Romero de Solís, Pedro

- 2002 "El Corpus y los toros. Dos fiestas bajo el signo de la muerte sacrificial". En Gerardo Fernández Juárez y Fernando Martínez Gil (Coordinadores), *La Fiesta del Corpus Christi*, pp.253-261, Servicio de Publicaciones de la UCLM, Cuenca.

Rivera Andía, Juan Javier

- 2007 *Haciéndose hombre. Un ritual ganadero en los Andes*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid (inédito).

Rivière, Gilles

- 1991 "Lik'ichiri y kharisiri. A propósito de las representaciones del "otro" en la sociedad aymara". *Bulletin de l'Institut Française d'Études Andines*, 20 (1): 23-40. Lima.

Rösing, Ina,

- 1995 *La mesa blanca callawayá. Contribución al análisis. Observaciones intraculturales y transculturales*, Edit. Los amigos del libro la Paz / Cochabamba.

Roux, Jean Paul

- 1990 *La sangre. Mitos, símbolos y realidades*. Península, Barcelona.

Rubel Arthur J.

- 1986 [1966] "El susto en Hispanoamérica" *Arinsana*, 1, pp 29-42.

Rubel, Arthur J. O'neil, Carl y Rolando Collado Ardón

- 1995 [1984] *Susto, una enfermedad popular*, FCE, México.

Salazar-Soler, Carmen

- 1991 "El pishtaku entre los campesinos y los mineros de Huanca-velica". *Bulletin de l'Institut Française d' Etudes Andines*, 20 (1): 7-22, Lima.

Sánchez Pérez, Francisco

- 2005 *El ladrón de mitos*, Tabla Rasa, Madrid.

Sanz y Díaz, José

- 1984 "Etnografía Negra. El crimen que dio lugar a la leyenda de "El Sacamantecas". *Revista de Folklore*, 47; tomo 04b, pp.171-174, Valladolid.

Schéper Huges, Nancy

- 2005 "El comercio infame: capitalismo milenarista, valores humanos y justicia global en el tráfico de órganos". *Revista de Antropología Social*, 14:195-236, Universidad Complutense de Madrid.

Sharon, Douglas

- 1980 *El chamán de los cuatro vientos*. Siglo XXI, Madrid.

Sordo, Ramón

- 1991 *Mitología de Asturias y Cantabria. Entre los ríos Sella y Nansa*, Printer, Gijón.

Spedding, Alison

- 1992 "Almas, anchanchos y alaridos en la noche. El paisaje vivificado de un valle yungueño". En Silvia Arze (et al) (Comp.) *Etnicidad, Economía y Simbolismo en los Andes, II Congreso Internacional de Etnohistoria Coroico*, pp.299-330, HISBOL/IFEFA/SBH-ASUR, La Paz.

Spedding, Alison

- 1994 *Wachu Wachu. Cultivo de coca e identidad en los Yunkas de La Paz*, Hisbol, Cocayapu, CIPCA, La Paz.

Spedding, Alison

- 1996a "Espacio, tiempo y lenguaje en los yungas", En, A. Garcia (ed.), *Las armas de la utopía*, pp.247-280, UMSA, La Paz.

Spedding, Alison

- 1996b "Morir en Yungas", *Revista del Museo Nacional de Etnografía y Folklore*, 7-8:75-146, La Paz.

Spedding, Alison

- 2005 *Sueños, kharisiris y curanderos*, Editorial Mama Huaco, La Paz.

- Sprenger, Jacobo e Institoris, Enrique
 2004 [1486] *El martillo de las brujas. Para golpear a las brujas y sus herejías con poderosa maza. Malleus Maleficarum*, Maxtor, Valladolid.
- Starkey, Marion L.
 1961 [1950] *La caza de brujas. El diablo en Salem*, Palestra, Buenos Aires.
- Stoichita, Victor I.
 2006 [1999] *Breve historia de la sombra*, Madrid, Siruela.
- Süskind, Patrick
 1989 [1985] *El perfume. Historia de un asesino*. Seix Barral, Barcelona.
- Szeminski, Jan y Ansión, Juan
 1982 "Dioses y Hombres de Huamanga", *Allpanchis*, 19:187-233, Instituto de Pastoral Andina, Cuzco.
- Tausiet, María
 2004 *Fonzoña en los ojos. Brujería y Superstición en Aragón en el siglo XVI*, Turner. Madrid.
- Tausiet, María
 2007 *Abacadabra Omnipotens. Magia urbana en Zaragoza en la Edad Moderna, Siglo XXI*, Madrid.
- Taylor, Gerald
 1991 "Comentarios etnolingüísticos sobre el término *pishtaco*". *Bulletin de l'Institut Française d' Etudes Andines*, 20 (1):3-6, Lima.
- Tedlock, Barbara
 1995 "La cultura del sueño en las Américas". En Klor de Alva, Jorge J., et al (eds) *De Palabra y Obra en el Nuevo Mundo, Vol.4. Temas de la identidad*. 127-169, Siglo XXI y Junta de Extremadura, Madrid.
- Tschopik, Harry
 1968 [1951] *Magia en Chuchito. Los aymaras del Perú*, Instituto Indigenista Interamericano, México.
- Turner, Patricia
 1993 "*I Heard It Through the Grapevine*": *Rumor in African-American Culture*. University of California Press, Berkeley y Los Angeles.
- Urbano, Henrique
 1988 "Introducción. Efraín Morote Best". En Efraín Morote Best, *Aideas sumergidas. Cultura popular y sociedad en los Andes*.

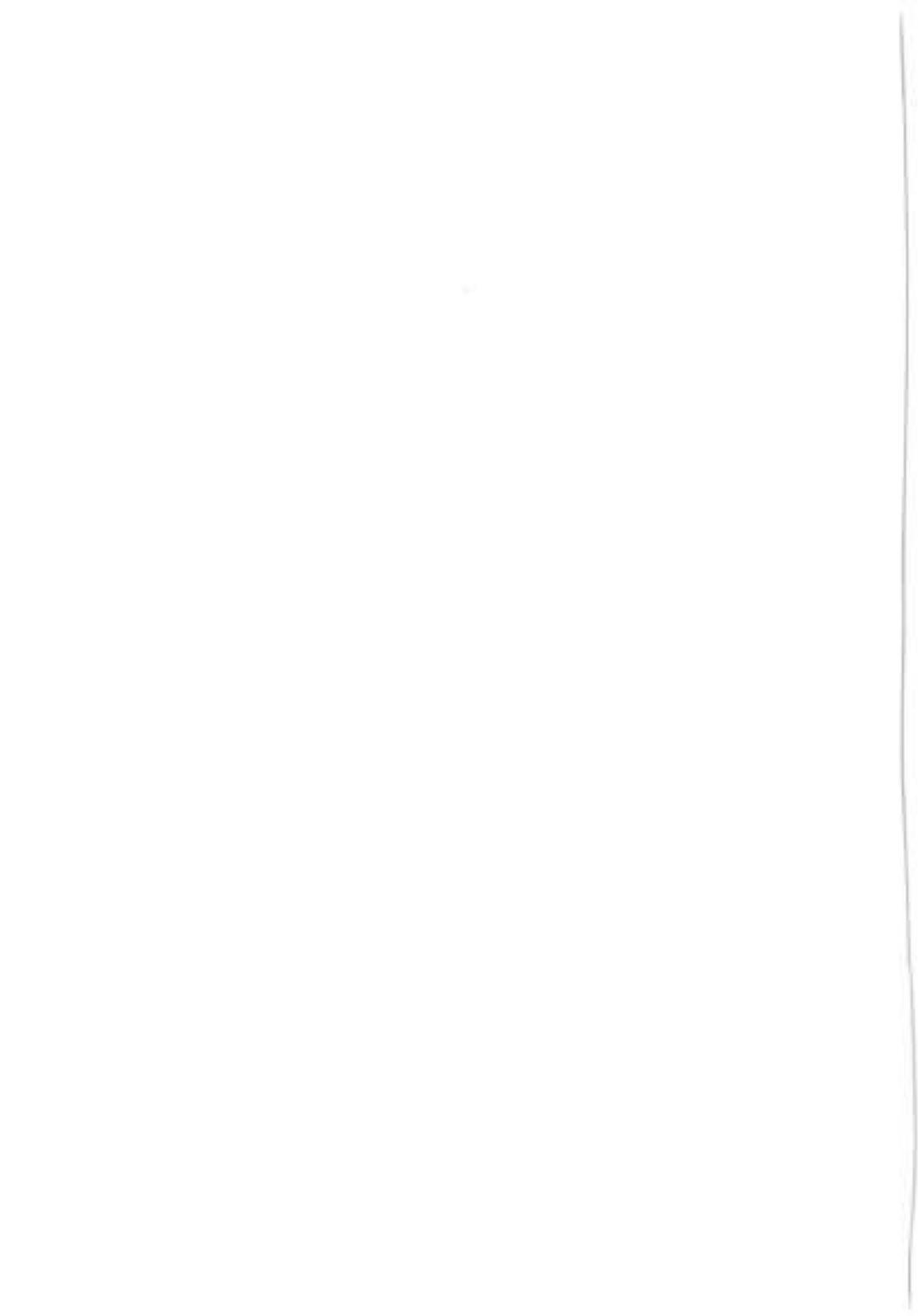
- pp.IX-XXXV, Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de las Casas", Cuzco.
- Urbano, Enrique (Comp.)
1991 *Modernidad en los Andes*, Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de las Casas", Cuzco.
- Urbano, Enrique (Comp.)
1997 *Tradicón y Modernidad en los Andes*, Centro de Estudios Regionales Andinos "Bartolomé de las Casas", Cuzco.
- Uriburu Graciela
2006 "Mortalidad materna en Bolivia. ¿Qué hacer para evitar tantas muertes de mujeres?". En, Gerardo Fernández Juárez (Coord.) *Salud e Interculturalidad en América Latina, Antropología de la Salud y Crítica Intercultural*, pp. 173-186, Abya-Yala/UCLM.
- Valdizán, Hermilio y Maldonado, Angel
1922 *La medicina popular peruana*, 3 vol. Imprenta Torres Aguirre, Lima.
- Vargas Llosa, Mario
2001[1993] *Lituma en los Andes*, El Mundo, Barcelona.
- Velasco, Oscar
2006 "El "Ajayu". Representación del Estado de Consciencia y su relación con las enfermedades en las culturas quechua y aymara". *Materiales didácticos del postgrado en Salud Intercultural*, Potosí, (inédito).
- Vokral, Edita V.
1991 *Qoñi-Chiri. La organización de la cocina y estructuras simbólicas en el Altiplano del Perú*, Abya-Yala, Quito.
- 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' Instituto Luigi Sturzo*, 27 (1), pp389-422.
- Wachtel, Nathan
1997 [1992] *Dioses y vampiros. Regreso a Chipaya*, Cuadernos de la Gaceta, 73, Fondo de Cultura Económica, México.
- Weismantel, Mary
2001 *Cholas and Pishtacos: Stories of Race and Sex in the Andes*, University of Chicago Press, Chicago.

Weismantel, Mary

- 2005 "White". En, Don Kulick y Anne Meneley (edit.), *Fat. The Anthropology of an obsession*, 45-62, Penguin Group, New York.

Zalles, Jaime

- 1999 "Complementación de las dos medicinas en el campo". En, Gerardo Fernández Juárez, *Médicos y yatiris. Salud e Interculturalidad en el Altiplano Aymara*, pp. 229-241, Ministerio de Salud y Previsión Social/OMS/OPS/ESA/CIPCA, La Paz.



V | *Imágenes*



Revisión materno infantil. Cañizaya, Red de Salud de Apolobamba, Bolivia.
Atención en comunidad. 2006.
Fotografía: María Natividad Simal Ávila y Ricardo Amor Blázquez.



Equipo de Salud Altiplano, Pampas de Machaqa. Campaña de Prevención Dental, Bolivia, 2001.

Fotografía: Gerardo Fernández Juárez)



Rellenando informes y "pesados" datos estadísticos. Centro de Salud de Curva. Red de Salud de Apolobamba, Bolivia, Julio 2007.

Fotografía: María Natividad Simal Avila y Ricardo Amor Blázquez.



Centro de Salud de Curva. Red de Salud de Apolobamba, Bolivia, Julio 2007. El rótulo de la puerta indica: "CUIDARTE ES TU DECISIÓN"...

Fotografía: María Natividad Simal Ávila y Ricardo Amor Blázquez.



Visitando la comunidad en busca de wawas. Cañizaya, Red de Salud de Apolobamba, Julio 2007, Bolivia.

Fotografía: María Natividad Simal Ávila y Ricardo Amor Blázquez.



Danza en Charazani. Día del Indio; agosto de 2007.
Fotografía: María Natividad Simal Ávila y Ricardo Amor Blázquez.



Comparsa Inka, Tuqi Ajllata Alta, Bolivia, 1991.
Fotografía: Gerardo Fernández Juárez.



Diálogo entre la biomedicina y las medicinas tradicionales. AMKOC, Curva, 2007.
Fotografía María Natividad Simal Ávila y Ricardo Amor Blázquez.



Compartiendo conocimientos médicos AMKOC, Curva, 2007.
Fotografía: María Natividad Simal Ávila y Ricardo Amor Blázquez.



Atención comunitaria, Red de Salud de Apolobamba, Kafizaya, Bolivia, Julio 2007.
Fotografía: María Natividad Simal Ávila y Ricardo Amor Blázquez.



La grasa de las wawas no interesa al kharisiri porque está "poco hecha", Sotalaya, Bolivia 1989.

Fotografía: Gerardo Fernández Juárez.



Los que "comen coca" tienen esa grasa que el kharisiri interesa. Akulli en plena faena de construcción de una nueva casa, Kajiata, Bolivia, 1989.
Fotografía: Gerardo Fernández Juárez.



Atardecer en el Altiplano. Achachila Illampu, Tuqi Ajllata Alta, Bolivia 1995.
Fotografía: Gerardo Fernández Juárez.



Malkus y t'allas de la zona de Gusaqi en el homenaje a Modesto Awallu, líder campesino asesinado. Gusaqi, Bolivia, 2001.

Fotografía: Gerardo Fernández Juárez).



Ch'iyara Misa. El Alto de La Paz, Bolivia, 1990.

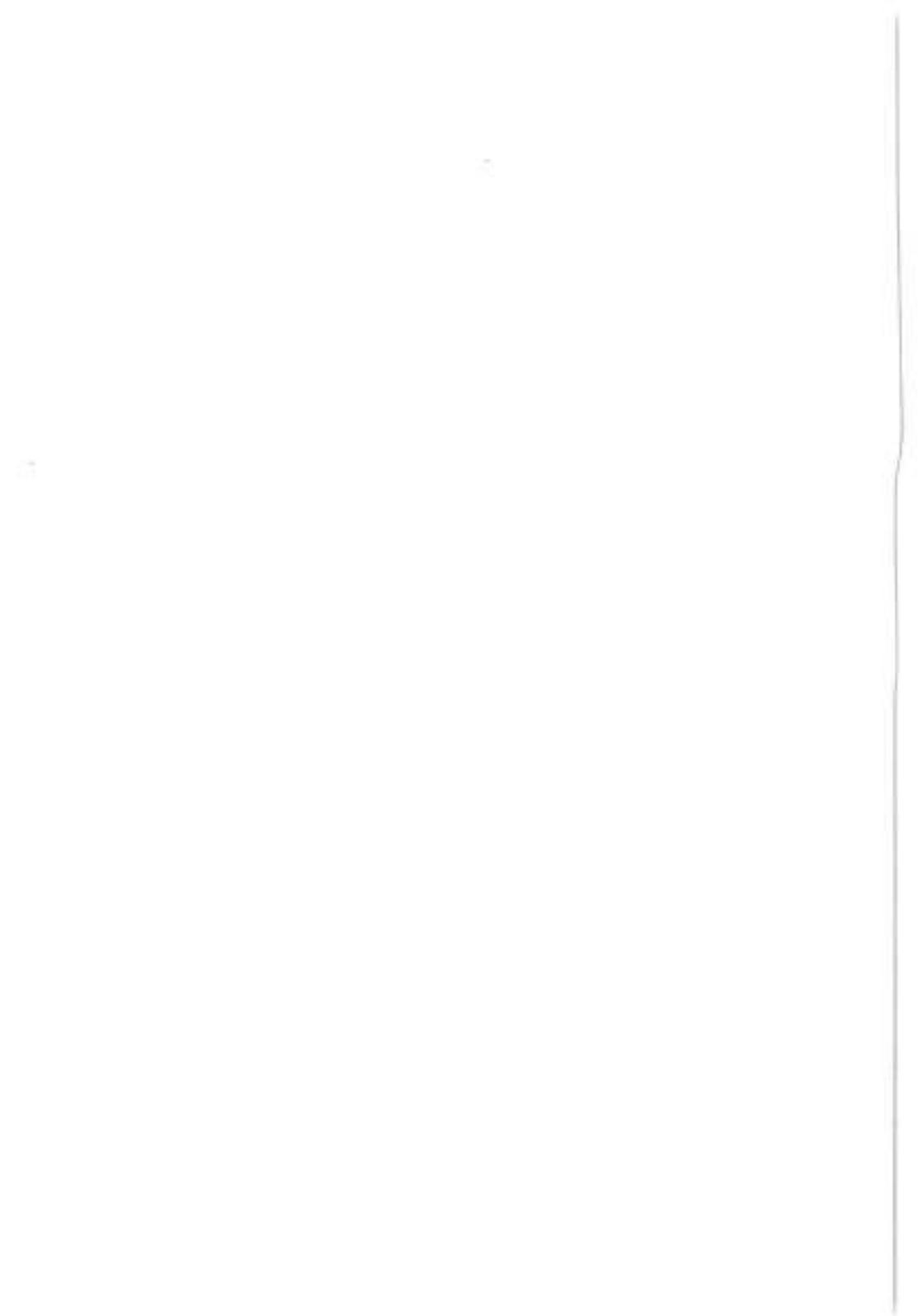
Fotografía: Gerardo Fernández Juárez).



Escuela seccional de Tuqi Ajllata Alta, Bolivia, 1991.
Fotografía: Gerardo Fernández Juárez).



Mesa de agosto. La cabeza del feto de llama aparece embadurnada de grasa.
Callejón Caracoles, La Paz, 1989.
Fotografía: Gerardo Fernández Juárez).



Una de las formas más eficaces de estigmatización de las actuaciones médicas y de los profesionales de la salud que desempeñan su labor sanitaria tanto en las comunidades rurales como en las grandes ciudades del área altiplánica de Bolivia es su identificación con un personaje maligno que busca los fluidos humanos, la grasa en principio, pero también la sangre, que emplea, según los relatos de los pobladores aymaras, para la satisfacción de diferentes fines y la elaboración de variados objetos y sustancias, entre los que destacan los productos farmacéuticos y los diversos tipos sanguíneos que se utilizan en las unidades hospitalarias. Este terrible personaje es el *kharisiri*.

El libro presenta tres capítulos claramente diferenciados: el primero está dedicado a los "sacamantecas" ibéricos, sus antecedentes históricos con referencias constantes al cuerpo humano como generador de productos farmacológicos, pero también procedentes del dominio de la hechicería y la medicina, incluyendo aportes de la prensa local sobre algunos criminales contemporáneos identificados como "sacamantecas"; el segundo capítulo se centra en el estudio del *kharisiri* aymara, antecedentes coloniales, características etnográficas contemporáneas, incluyendo una reflexión política sobre el personaje y sus actuaciones que afectan al propio concepto de "ser humano" entre las comunidades del altiplano; el tercer capítulo deslinda las relaciones existentes entre el *kharisiri* y los profesionales de la salud como ejemplo del extrañamiento y de la desconfianza que se produce entre los modelos médicos aymaras y los propios de la medicina científica o biomedicina.



MINISTERIO
DE SANIDAD
Y CONSUMO

IS

Instituto de Salud Carlos III

CSII

Unidad para la
Cooperación y Salud
Internacional Carlos III



Centro de Investigación y Promoción
del Campesinado

