

¡Que vaya pues chachawarmi!

*Salute e interculturalità nell'altopiano aymara della Bolivia**

Gerardo Fernández Juárez

professore titolare di antropologia sociale, Universidad de Castilla - La Mancha, Toledo (España) / ricercatore associato del Centro de investigación y promoción del campesinado (CIPCA), La Paz (Bolivia) / ricercatore associato del Centro de estudios regionales andinos "Bartolomé de la Casas", Cuzco (Perú)

A Pepe Fernández de Henestrosa

Si dice che il taccuino o quaderno di campo sia la principale risorsa metodologica che l'antropologo debba utilizzare mentre sta realizzando la ricerca. Le annotazioni frettolose, le macchie di terra e di cibo, le cancellature e correzioni multiple, insieme ai disegni ed alle bozze grafiche più attinenti, sono solite formare parte del complesso estetico che è racchiuso in ogni libro di campo. Nel taccuino appaiono abbozzate le prime impressioni, congetture, richiami dell'attenzione insieme a riflessioni autentiche che offrono il contesto intimo, personale, in cui la descrizione e l'etnografia più asettica sono solite incontrare un certo contrappeso emozionale, abitualmente espunto dalla versione conclusiva delle monografie scientifiche pubblicate.

Le contraddizioni che l'antropologo vive su se stesso nel realizzare la propria ricerca, i "dubbi" sul proprio impegno etico, i piaceri e i dispiaceri del lavoro di campo di solito arricchiscono le pagine del quaderno, realizzando il compito quasi etimologico dello strumento: "diario" di "campo", come dire complesso di rivelazioni e apprezzamenti intimi plasmati per iscritto quale risultato della situazione privilegiata che si stabilisce nel rapporto con quelle persone che accolgono positivamente il ricercatore.

Le puntualizzazioni emotive o le testimonianze di solito sono emarginate della pubblicazione finale, perché sono considerate soggettive e non scientifiche, nonostante contestualizzino in maniera sufficientemente rivelatrice la situazione vissuta dal ricercatore durante l'elaborazione del proprio studio, e contemporaneamente ci aiutino a capire meglio che cosa sia ve-

ramente l'antropologia e quali siano le caratteristiche, quanto meno "peculiari", come ambito scientifico.

Quando il dolore, l'agonia e la morte costituiscono il contesto comune di riferimento degli informatori, mi è difficile accontentarmi dei modelli congetturali senza fermarmi a mettere in risalto tutta la "carne" (o l'"anima") contenuta nelle rivelazioni delle persone implicate in ogni conflitto.

"Soldato" è il termine con cui ci si rivolge colloquialmente all'assistente dello *yatiri*⁽¹⁾ o maestro del cerimoniale. Come "soldato", ho collaborato con diversi maestri rituali aymara in contesti e circostanze diverse. Presumibilmente l'assistente o "soldato" è incaricato di portare una parte degli ingredienti cerimoniali, accompagnando in ogni momento il suo "maestro" nelle lunghe sessioni terapeutiche notturne. Andando contro la stanchezza e la mia goffaggine nel camminare nell'altopiano durante la notte, il mio compito come "assistente" cerimoniale mi ha permesso di partecipare a diverse sessioni curative, conversare con i pazienti e ascoltare il loro punto di vista sulla medicina convenzionale, e, oltre a ciò, a vivere alcuni momenti di spavento provocati dalla mia inesperienza con l'alcool e con il bruciare le offerte.

Parlare della medicina e dei problemi di salute è tristemente frequente e relativamente semplice, non solo nelle comunità aymara, ma anche nella stessa città di La Paz, tra i residenti. Non è facile convivere con il dolore e il dubbio medico e nemmeno con le costruzioni culturali altrui sulla malattia e i diversi metodi di terapia considerati. Quando accompagno gli specialisti rituali aymara, *yatiris* e *ch'amakanis*, sono turbato dal contatto con la malattia. Il pianto, l'agonia e la disperazione terapeutica nei termini adottati dalle società aymara m'inquietano molto... «e se lo portassimo all'ospedale?». «No, giovane Gerardo, nell'ospedale aggraveranno la sua situazione; vanno in ospedale coloro che vanno a morire». «È troppo tardi. Nell'ospedale possono solo fare peggio. Lo faranno aggravare».

La terapeutica medica aymara, una volta fatto quanto si consideri opportuno e culturalmente pertinente, si ritira, lasciando il paziente insieme alla sua famiglia, e me insieme ai miei dubbi. La "sorte" del paziente deciderà se si salverà o morirà, come conseguenza di diversi fattori, in particolar modo della "tempestività" e premura con la quale il maestro cerimoniale sia intervenuto con il trattamento. Di ciò che si può fare si fanno carico i rappresentanti della medicina aymara. Spingersi oltre risulta, in parte, inaccettabile e considerato culturalmente improduttivo. Questi "malati terminali", nella prospettiva aymara, sono "slegati" per morire, arrivato il loro momento, nel seno del focolare contadino, circondati dai propri cari.

L'impotenza, in vari casi, strappava il colorito dalle mie guance. Nessuno di cui prendersi cura. Stavo "solo", con la mia "verità" medica ed, al mio lato, un gruppo di attori che davano strattoni a frammenti di *kayitus*⁽²⁾ sul corpo del malato, sezionavano *wank`us*⁽³⁾ e consultavano foglie di coca. Per quanto fossi antropologo, era per me molto difficile assistere alle pratiche mediche cerimoniali senza interrompere la sessione con il mio bagaglio di "anti-tutto": antibiotici, antistaminici, antiemorragici e anti-persona, tentando di collaborare in maniera "seria" al trattamento della malattia; indubbiamente le convenzioni culturali che ci accompagnano sempre, ci appaiono in modo speciale in situazioni di crisi, come quelle che le malattie favoriscono.

Il confronto tra le forme della medicina tradizionale aymara e quelle della medicina convenzionale, occidentale e accademica, lo ho patito molto profondamente, dibattendomi tra lo scetticismo e le congetture. L'oggetto di studio mi ha mostrato le unghie affilate per ferirmi senza alcuna considerazione nell'agonia irreversibile di bambini e anziani senza speranza. Poche volte il ricercatore in antropologia esce "indenne" da ciò che è stato l'oggetto di studio; è deludente la sensazione di "solievo" che arreca l'efficienza di lavori sul campo pianificati in maniera tale che il contatto con gli informatori risulti spoglio, pragmatico, artificiale. È una brutta cosa passare attraverso il lavoro di campo auscultando la realtà da lontano, protetto da qualsiasi sporcatura. La realtà pluriculturale della Bolivia deve indiscutibilmente considerare la questione medica nelle sue diverse prospettive, senza altre dilazioni.

Ho selezionato tre testimonianze che prospettano diversi punti di vista sulla medicina tradizionale e le relazioni con la medicina convenzionale nell'altopiano. La prima testimonianza viene da una donna aymara, ausiliare sanitario, con molta esperienza in ambito rurale e con conoscenze importanti sul grado di coinvolgimento delle equipe di medici che lavorano nell'altopiano, in un contesto rurale. Di seguito, ho selezionato la testimonianza di una coppia sposata di età avanzata, della quale entrambi i consorti conoscono le pratiche mediche tradizionali; il marito è *yatiri* e la moglie conosce le erbe e gli impacchi. La terza testimonianza viene da un colono residente ad Alto Beni, che però conosce le forme della terapeutica popolare e dei conflitti stabilitisi con la medicina formale; il padre è *yatiri* ed egli sa qualcosa dei rimedi, delle preghiere e delle *mesas*⁽⁴⁾ rituali.

I testimoni spiegano caratteristiche peculiari sull'eziologia delle malattie, i procedimenti terapeutici da considerare e le relazioni esistenti tra medicina tradizionale e medicina convenzionale nell'altopiano aymara.

Nel secondo semestre dell'anno 1996 ci fu un importante sconvolgimento nel posto medico⁽⁵⁾ della città di Qurpa, che dipende dall'Equipo de Salud Altiplano⁽⁶⁾, nella provincia Ingavi del Dipartimento di La Paz. L'equipe medica, che aveva realizzato il proprio lavoro nella zona durante l'anno precedente, era sostituita da un altro gruppo di professionisti sanitari. L'effetto sulla domanda di assistenza sanitaria nel posto medico di Qurpa⁽⁷⁾ fu immediato. I pazienti chiedevano di essere visitati dai medici precedenti e palesemente non avevano fiducia nei nuovi arrivati. Il gruppo dimissionario aveva stretto una solida relazione con i diversi assistenti aymara delle altre guardie e si relazionava ai pazienti con estrema attenzione, utilizzando la lingua aymara ed adeguando i propri interventi ai criteri culturali degli assistiti in questioni tipo: la consegna della placenta alla famiglia dopo il parto, la postura locale durante la nascita, il valore e il riconoscimento degli *yatiri* locali quali specialisti di prestigio, ed infine l'efficace coordinamento dell'equipe di ausiliari di salute aymara nel posto medico di Qurpa, che agivano come veri consulenti rispetto alla salute ed all'interculturalità applicata tra i pazienti.

Alla partenza dell'equipe, i nuovi responsabili dell'assistenza sanitaria, con una mentalità meno disponibile al contatto interculturale, dettero un colpo di spugna alle eccellenti cifre d'assistenza ai pazienti nel posto medico, che si ridussero di oltre il 70% dopo la partenza dell'equipe dimissionaria.

Quali furono le circostanze nelle quali avvenne il cambiamento del riconoscimento locale dell'equipe di salute da parte dei pazienti aymara? Ascoltiamo Cleofé Alaru, ausiliare aymara dell'Equipo de Salud Altiplano, con una fondamentale esperienza nell'esercizio dell'assistenza sanitaria nell'altopiano di Machaca, protagonista, insieme agli altri assistenti aymara dell'equipe, dell'efficace sintesi tra le pratiche terapeutiche aymara e l'assistenza medica convenzionale nel posto medico di Qurpa.

Io mi chiamo *Cleofé Alaru* e io sono di qui, di *Jesús de Machaca* e anche mio padre e mia madre sono di qui. Sono infermiera ausiliare. Sto lavorando con il Ministero, da tre anni e alcuni mesi. Io qui, quando ho iniziato a lavorare, [per] i fratelli [per] la mia gente, ho capito che, n.d.A.] la salute è la cosa più importante per i fratelli che hanno bisogno, di appoggio. Si ammalano e non possono far ricorso ai posti medici degli altri centri, e la maggior parte viene qua, poiché è un piccolo centro di salute, un posto medico; e inol-

Yo me llamo Cleofé Alaru y yo soy de aquí de Jesús de Machaca y mi papá y mi mamá también es de aquí. Soy auxiliar de enfermería. Estoy trabajando con el Ministerio, tres años, unos meses más. Yo aquí cuando he entrado a trabajar, los hermanos, salud es lo más importante para los hermanos que más necesitan, más apoyo. Si enferman no pueden acudir a los centros, a los otros centros, y más aquí vienen, como es centro de salud, de posta; y también están los médicos y más también año pasado más confianza⁽⁸⁾ que, y imucha gente había! Al mes atendíamos quinientos, cuatrocientos, al

tre ci sono i medici e ancora di più, specie l'anno scorso, perché c'era fiducia, molta gente ne aveva. Ogni mese erano assistiti cinquecento, quattrocento, al mese. Quello che ho visto quest'anno è stato un numero ridotto, solo duecento, cento soltanto. Si sono ridotti molto, no?

GFJ: Perché pensi che siano diminuiti tanto?

Per il cambiamento dei medici; io preferisco che i medici, quando arrivano, si fermino tre anni, almeno... cinque anni! sarebbe una buona cosa, se fosse così. ...cambiano, cambiano e i pazienti perdono fiducia. Alcuni mantengono la fiducia, ma altri no.

GFJ: Quali comportamenti vedi nei medici che dovrebbero essere applicati qui sull'altopiano? Come ci si deve comportare con la gente della campagna?

Gli atteggiamenti dell'anno passato, dei medici che avevano molta fede e dopo avevano...

GFJ: Spiegavano le cose chiaramente?

Parlavano, spiegavano come dovevano fare le cure... Tutto! In campagna, vedendo che una sorella non desiderava togliersi i suoi vestiti, non voleva svestirsi completamente, no? l'anno passato hanno rispettato la loro cultura, no? Non desideravano togliersi le proprie cose, quando gli altri dottori le visitavano. Però quest'anno le ho viste con i nuovi dottori, che fanno togliere loro tutte le proprie cose e le sorelle... non sono tornate più!, mai se le sono tolte, sono rimaste solo con le proprie *manqanchita*; e per me è stato doloroso... molto! Perché inoltre ho detto [ai medici, n.d.A.] che non possono fare così, però quando lo dico, lo richiedo, si alterano!

GFJ: I medici comprendono l'aymara?

Lo capiscono. Non lo parlano... però mi hanno detto che lo capiscono. Non parla-

mes. Lo que he visto ahora este año ha sido poco, doscientos tanto, ciento tanto. Ha rebajado mucho ¿no?

GFJ: ¿Por qué crees que ha rebajado tanto?

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

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

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

GFJ: ¿Hablaban las cosas claro?

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

GFJ: ¿Entienden los médicos aymara?

Entienden. No hablan...pero me han dicho que entienden. No hablan. En aymará mejor.

no. Sarebbe un bene se parlassero l'aymara. È molto importante per noi che parlino aymara. Però questi fratelli, il dottore che è venuto nelle campagne, in particolare... non si comportano bene con la gente! Questo è più importante. Se la trattassero bene... forse avrebbero più fiducia.

GFJ: A volte scherzano anche?

Si... un paziente una volta ha esposto i suoi sintomi e il medico gli ha detto "Ecco, coso, già fatto, pronto" ed il paziente si è risentito "Non sono coso, sono un paziente". E un paziente che stia molto male, molto male e non vogliono nemmeno farlo andare a La Paz.

GFJ: Perché?

Perché ci fu una volta in cui si è tenuta una riunione di distretto congiuntamente e dovevano realizzare le loro coperture per spiegare tutto questo e ... il paziente già stava morendo! quindi dovevano portarlo via. Io insistevo [con il medico, n.d.A.], insistevo... niente! niente! e la signora alla fine... è morta! poiché hanno visto nell'ecografia che non aveva battito fetale ... la signora stava molto male... io insistevo e... che potevo fare? Si rifiutavano, ecco. È morta, la *wawa* e la *mama*; sono morti entrambi. Quindi gli ho detto, se lo hanno visto nell'ecografia... dovevano muoverla di fretta! Per quanto io lo richiedessi, però... più importante è il parere dei dottori; essi hanno più responsabilità. Perché gli altri dottori di *Desaguadero*, *Guaquí*, che erano qui da venuti da ogni parte... si sono infastiditi pure loro! "Perché non assistono prima questo caso?, poi potranno fare il loro lavoro". All'ultimo possono spiegare questo, durante la riunione, le possono spiegare quello che è successo, perché non abbiamo detto tutto questo. La prima cosa è il paziente. La prima cosa è il paziente.

Es más importante para nosotros que hablen aymará. Pero estos hermanos, el doctor que ha venido al campo...ino le tratan a las gentes bien! Eso más. Si les tratarían bien...quizás tendrían más confianza.

GFJ: ¿A veces bromean también?

Si...el paciente que le ha dicho también que es. ..."¡ya está mosca, ya está, listo!". Así un paciente...ise ha renegado! "no soy mosca, yo paciente soy". ...esa parte también. Y un paciente que está muy mal, muy mal y no prefieren llevar a La Paz tampoco.

GFJ: ¿Por qué?

*Porque es una vez que han tenido para reunión de distrito juntamente que tenían que realizar sus cobertores para explicar todo eso y. ...el paciente ¡ya estaba por morir! pues tenían que llevar. Yo le insistía, insistía.....¡inada!, ¡inada! y la señora también.....ise ha muerto! pues le han visto en ecografía que no tenía latido fetal...la señora que estaba muy mal...yo le exigía y...¿qué voy a hacer? Se ha renegado no más. Se ha muerto, la *wawa* y la *mamá*; los dos se han muerto. Entonces les he dicho, si le han visto en ecografía.....entonces....¡debían movilizar rápido! Entonces. ...aunque yo le exijo, pero...más importante es de los doctores; más responsable tienen ellos. Porque los otros doctores de *Desaguadero*, *Guaquí*, todo lado han venido...ise han molestado también ellos! "¿Por qué no atienden primero eso?, después pueden hacer sus trabajos". A lo último pueden explicar de este, de reunión, le puede explicar lo que ha pasado, de qué razones es que no hemos dicho todo eso. Primero es el paciente. Primero es el paciente.*

GFJ: **Quale relazione hanno questi medici con i “maestri” tradizionali, con gli yatiris?**

Ho visto, dato che quest’anno stavamo pensando di portare la medicina tradizionale, tutto l’insieme, però la dottoressa, più di tutto il dottore ho sentito, però alla fine... mi hanno detto no! perché io ho discusso e già non hanno più fiducia. Poi io ho detto... sarebbe una cosa buona che la medicina tradizionale, che sempre si accompagna alla medicina occidentale e... io di sicuro non rifiuto i fratelli che conoscono la propria medicina tradizionale, che sanno vedere con l’aiuto della coca, i loro yatiri. È preferibile dirlo ai fratelli, alle sorelle. Così avranno più fiducia. Se rifiutiamo lo yatiri, tutte le medicine tradizionali che già i fratelli hanno molta fiducia. Io sempre dico che si va a due come *chachawarmi*, così è giusto. Se le separiamo... non è un bene. Di che cosa stiamo parlando se non della cultura aymara? è in definitiva tutto qui. Sempre, alle signore che vengono, sempre io dico ... con “maestro”: se desideri andare dallo yatiri, va senza remore. Se hai bisogno delle medicine occidentali, ti aiutiamo con queste. Non ti respingiamo. Ed ha più fiducia, detto questo, ritorna! e mi racconta... ho fatto questo, e questo, per chiamare il proprio *ajayito*, che ho fatto questa parte... tutto mi raccontano! E se fosse un bene, i dottori... *puuuchhhaaaa!* Una meraviglia».

GFJ: **Tu credi che sarebbe bene poter avere nell’ambulatorio un “maestro”, uno yatiri che lavori insieme al medico?**

Sì, è chiaro. Se i medici... se lo accettassero... Così loro anche potrebbero imparare e lo yatiri... potrebbe osservarli... qual’è il male che ha la *wawa*, potrebbero imparare tutto questo, sarebbe meglio.

GFJ: **Sarebbe meglio se fossero yatiri o R.P.S.?**

[Rappresentanti Popolari di Salute]

L’RPS starebbe insieme, senza separare,

GFJ: **¿Cual es la relación que tienen estos médi-cos con los “maestros” tradicionales, con los yatiris?**

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

GFJ: **¿Vos crees que sería bueno poder tener en la posta un “maestro”, un yatiri que trabajara a la par con el médico?**

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

GFJ: **¿Mejor sería yatiri que R.P.S?**

[Representantes Populares de Salud]

RPS juntamente, sin separar, siempre junto

sempre starebbe insieme... no? Così tra di loro si aiutano con l'RPS, con lo *yatiri*... si potrebbero nominare assieme!

GFJ: Credi che i medici lo accetterebbero facilmente?

No! questo si è difficile! sempre difficile, perché ho visto, ho sentito questi medici. I RPS hanno sempre detto "con la medicina tradizionale ho fatto questo, ho fatto quest'altro" ... "no!" l'hanno rifiutato, dicendo: "Ma come si può fare questo?". Perché fanno pomate per la polmonite. Non è per berlo, non è per curare..., però li aiuta. Entrambe aiutano. È bene e tuttavia non possiamo... sciroppi! questo è quello che fanno, è buono però, tanto che disinfiammiamo tutto, non vede? Si prepara pino, camomilla, coca. È un po' forte, risulta come lo sciroppo, questo sì.

GFJ: Tu credi che potrebbe essere come dice il *chachawarmi*?

La cosa migliore sarebbe l'associazione delle medicine. Perché nella città i dottori stanno già combinando. Molte medicine sono fatte con camomilla, *wira wira*, arance, ... di tutto! Perciò non possiamo rifiutare se stanno combinando. Però, inoltre, ci sono medicine di aglio. Non possiamo rifiutare. Quindi evviva *chachawarmi*!

L'anno scorso il dottore era un altro e il suo atteggiamento era diverso; vede che non sono uguali, no? E i pazienti avevano più fiducia e mi chiedevano "c'è il dottore?" "Sì", rispondevo, "Ah, allora tornerò più tardi!". E così, mi dicono che torneranno quando non c'è il medico. A me questo dispiaceva molto, ma che posso fare? Che posso dire?

GFJ: Come credi che un medico della città debba comportarsi per guadagnare la fiducia della gente?

Sarebbe una cosa buona. Sempre al dottore chiedo, di dire *janq'u*. Persona e *janq'u*. Essi hanno avuto più confidenza con i

sería. ..¿no? Así entre ellos se van a ayudar con RPS, con yatiris...¡juntos se podrían nombrar!

GFJ: ¿Crees que los médicos iban a aceptar fácil?

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

GFJ: ¿Vos crees que podría ser como dices *chachawarmi*?

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

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

GFJ: ¿Como crees que un médico de la ciudad debe comportarse para ganarse la confianza de la gente?

*Sería bueno. Siempre al doctor le busco, *janq'u* decir. Persona y *janq'u*. Ellos que han tenido más confianza con los pacientes. Primero*

pazienti. Per prima cosa parlavano, scherzavano con i pazienti. Inoltre trattavano i pazienti che... a volte nella campagna non c'è acqua. A volte loro lavorano con la legna, a volte e quest'anno ho visto una signora a cui lo ha rimproverato [il dottore] "È così sporca! Perché è così?" Però, si immagina!... Se non c'è acqua... che non ci si può lavare... e la signora... non è mai più tornata! Però... è tornata con me, non più a parlare, e mi ha detto così, davanti alla dottoressa "sorella io non ho acqua, io lavoro. Il dottore, per caso, lavora? Forse lavora la terra? Si muove in auto", dice. È giusto, perché non lavora [la terra, n.d.A.]. I fratelli [pazienti, n.d.A.] qui lavorano, a volte le loro mani sono sporche e dicono loro: "Perché non ti lavi?"; non è parlare per parlare. Devi considerare l'ambiente com'è, devi conoscere per prima cosa e solo dopo trattare un paziente come può essere. Così gli diciamo... ancora colpi, un paziente non torna mai più. Per avere confidenza, devono essere come i [dottori, N.d.T.] precedenti. Loro che ricevono sempre in casa non possono raccontare niente alla famiglia. Però dopo a noi raccontano tutto quello che è successo, tutto ciò che hanno ricevuto. Poi parlare con lui, questo sarebbe l'ideale. Con questo... molta confidenza. Finora gli chiedono [al medico precedente, n.d.A.] perché "la cura che mi ha dato mi ha fatto bene", però questo dottore... "che mi ha dato?... non mi ha dato niente!.

GFJ: Quanti anni crede che dovrebbe stare una equipe sanitaria sul campo, come minimo?

Minimo... Dovrebbe essere... per tutta la vita dopo tutto! Sarebbe un bene. Così avremmo più confidenza. Sarebbe un bene, non un anno così. Cambiare e dover cominciare di nuovo. Se uno può seguire già sa come è, costui già lo può sapere a tempo. Abbiamo preteso molto [dai medici, n.d.A.]. I nostri pazienti anche hanno preteso molto, così infatti abbiamo detto nella riunione di area. Tutti gli ausi-

charlaban, hacían sus chistes con los pacientes. Tampoco tratar a los pacientes que... a veces en el campo no hay agua. A veces trabajan ellos con la chacra, a veces y este año que he visto a una señora me lo ha reñido "¡tan sucia estás! ¿por qué estás así?" Pero, imagínate... Si no hay agua... qué no va a poder lavar... qué cosas y la señora... ¡nunca más ha vuelto! Pero... ha vuelto conmigo no más a charlar y me ha dicho así, anterior la doctora así ¡sucio! que, así, pero "hermana yo no tengo agua, yo trabajo. El doctor ¿acaso trabaja? ¿Acaso sale al campo? Va en auto", dice. Es justo porque no trabajan. Los hermanos aquí trabajan a veces sus manos están sucios y le dicen... "¿Por qué no te lavas? "No es decir por decir. Hay que ver el ambiente cómo está; hay que conocer primero y recién tratar a un paciente cómo puede ser. Así le decimos... golpe no más, nunca más un paciente vuelve. Para tener una confianza como los anteriores tienen que ser. Ellos que reciban siempre en la casa ni pueden contar a sus familiares nada. Pero a nosotros nos cuentan pues, lo que ha pasado, todo eso y recibir. Después charlar con él qué tiempo pues, eso sería. Con eso... mucha confianza. Hasta ahora le buscan, porque "el tratamiento que me ha dado me ha hecho bien", pero ese doctor... "qué me ha dado... ¡no me ha hecho nada!.

GFJ: ¿Cuantos años crees que debiera estar un equipo de salud en el campo como mínimo?

Mínimo... sería... ¡para toda la vida pues! Sería bueno. Así van a tener más confianza. Sería bueno, no un año así. Cambian y nuevamente tienen que iniciar. Si uno puede seguir ya sabe como es al paso eso ya puede saber. Hemos exigido mucho. Nuestros pacientes también nos han exigido; así también nosotros hemos dicho en la reunión de área. Todos los auxiliares estaban con los doctores, con el director ejecutivo y ese día les hemos aclarado todo. No tienen

liari stavano con i dottori, con il direttore esecutivo e quel giorno abbiamo chiarito tutto. Non devono comportarsi in questo modo [i medici, n.d.A.] devono rispettare la cultura della gente. Ma forse loro si sono risentiti: “Tu non ti comporti bene”, mi dicono, perché “tu sempre pretendi, perché tu dici ai pazienti...” ma io non dico niente. Dato che i pazienti già mi conoscono già lo sanno... e abbiamo discusso [con i medici, n.d.A.]. Io non ho chiesto scusa. E perché, no?

que hacer así tienen que respetar sus culturas. Así todo pues ellos, se han molestado “tu no te portas bien”, me dicen porque “tú siempre exiges, porque tú dices a los pacientes”... tampoco yo no digo. Como ya me conocen los pacientes ya saben... y hemos discutido. Yo no he pedido perdón. Para qué éno?

Leandra e Macario sono due vecchietti che continuano a vivere un tranquillo matrimonio in una delle comunità vicine alla località di Jesús de Machaqa. Macario è uno *yatiri* e Leandro cosce molte proprietà delle erbe, degli impacchi, dei cataplasmi. La sua specialità è la cura delle “fratture” e la malattia prodotta dalla aggressione del *khariri* (*kharisiri*, *kharikhari*). Essi sono abituati a scherzare dicendo che il posto medico è a casa loro, per il numero di persone comuni che vengono a consultarli per risolvere diversi conflitti, sofferenze, tribolazioni e malattie. «Questo è il posto medico», commenta Macario. È convinto che vengono tanti ammalati a consultarlo a casa sua quanti coloro che possono andare al posto medico. Abbiamo portato le pecore e le vacche al pascolo sull’ampio altipiano.

Mentre *akullicamos*⁽⁹⁾ coca, discutiamo una serie di problemi relativi alla medicina tradizionale ed al suo esercizio sull’altopiano, la relazione con i medici convenzionali e le sofferenze provocate dal *kharisiri*⁽¹⁰⁾.

Leandra: La medicina non conviene. Non conviene.

Leandra: *La medicina no conviene. No conviene.*

Macario: Sì, non conviene questa medicina, però adesso... che faremo! In tutti i modi dobbiamo proseguire. Per quanto sia difficile, non importa, già ci siamo venduti, dobbiamo proseguire, anche per curare la gente, essendo curatori, non conviene. Mi pagano poco, non più di dieci bolivianos⁽¹³⁾, venti pesos, non di più.

Macario: *Sí, no conviene estas medicinas, pero ahora... ¡qué haremos! como sea tenemos que seguir*⁽¹¹⁾. *Ya aunque sea, no importa, ya hemos vendido nosotros, hay que seguir, entonces para curar a la gente, para maestros, no te conviene*⁽¹²⁾. *Poco no más pagan; unos diez bolivianos no más, veinte pesos, así no más.*

Leandra: Sì, alcuni pagano così, poco e niente. Non conviene.

Leandra: *Algunitos así... inada! Nada apenas. No conviene.*

Macario: Al lavoro si va per andare, specie quando la comunità da raggiungere è lontana, o si torna di notte. È lontana! Soffriamo il freddo.

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

Leandra: C'è sempre invidia, preparare questa medicina è fonte di tanta invidia! Invidia.

Macario: Gli invidiosi sono così perché vendono anch'essi la medicina, aggg! Il dottore ne sta vendendo. La gente sa bene che sono ricchi, sa che si sono arricchiti. I medici sono un gruppo a parte; che importino pure le proprie medicine, tutte le boccettine! Sono così confusi che non curano più. Se ne abusano scacciando i pazienti. Così sono i dottori.

Leandra: Perché dire *che non sono sconcertati*.

Macario: Qui i dottori sono così.

Leandra: Questa medicina sta esondando come un fiume.

Macario: Questa medicina sta nel fiume, piuttosto l'ho buttata, bruciata con il fuoco. Vuole sapere queste erbe naturali per poi prepararle, ma non si può. I dottori cercano di avere informazioni facendo domande alle levatrici tradizionali, per conoscere ciò che sanno, per sapere come sono diventate levatrici. Dicono che vogliono fare un breve corso, ci chiamano a partecipare per farci delle domande. È il dottore che vuole conoscere. Per questo noi non vogliamo partecipare; non vogliamo partecipare. Perché loro ci fanno delle domande e poi sono loro che imparano. Inoltre, il nostro ruolo non lo vogliono riconoscere. Con quello che vengono a sapere vanno poi a curare la gente. E da queste cure percepiscono soldi. Non vogliamo più partecipare a quei corsi. I dottori forse insegnano alla gente a curare? No, no, niente. Quando vengono a tenere questi corsi Cleofe ci dice: "Corso!", ma questo non va bene, non conosce tutti i rimedi, tutte le medicine, anche perché sono scritte in inglese. Ogni confezione ha il suo nome. Ma non spiegano, non si fanno capire. Anche il dottore non spiega bene, per niente! Quale medicinale è buono, quale è indicato per la febbre, quale per l'inappetenza,... no! Alla fine ti indicano un rimedio per tutto, per le "fratture", per la polmonite,... non li conosco. Non capiscono. Un poco... forse ma...

Leandra: *Siempre envidia es, iharto de envidia esta medicina preparar! Envidia.*

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

Leandra: *Para qué decir no pasmados.*

Macario: *Aquí así son doctores.*

Leandra: *Con río está botado esa medicina.*

Macario: *En el río está, he botado echándose, quemando con fuego. Después quiere saber estas hierbas naturales después preparar, pero no se puede. Los doctores quieren saber preguntando a las parteras también, así, como así, partera la mujer; cómo sabe, dicen. Ahora querriamos pasarle cursillos dice. Así es, está llamando al cursillo pa preguntar. Entonces ya las gentes ahora ya no queremos ya participar; no queremos participar. Ellos mismos preguntan después... ¡él mismo ya está sabiendo! con eso no más. Ahora a nosotros no quieren ahora reconocer. El mismo que saben... con eso no más va a curar la gente. Después ya, ganando plata, esos son. Ya no queremos participar esos cursillos. Los doctores... ¿acaso enseñan, así, así, así, acaso enseñan a la gente pa curar? No, no, nada... No siempre⁽¹⁴⁾. Cuando viene un este... ahora Cleofé así, "icursillo!", pero no es bien, no conoce todas las frascas... inglés o no más es éno? La frasca tiene su nombre. No explican, no se entiende. Doctor también no explica bien inada! cual es bueno, cual es para temperatura, lo que no comen es para eso... ino! Después cualquiera es esto, otro enfermedad, para "quebradura", para "pulmonarias"... ino conoce! No entiende. Un poquito... quizás pero...*

Leandra: Sano, sano!, dicono.

Macario: Sano.

Leandra: I dottori ci dicono solo “È sano, sta bene”... non aggiungono altro!

Macario: Adesso nei campi che lavorano ad orti, tutte le donne stanno tessendo *awayus*, è molto stancante... e danneggia i polmoni, perché filando con la fusaiola ne risentono i polmoni. Allo stesso modo per gli uomini che lavorano con gli animali al giogo, poi con l'*uysu* ed alla fine maneggiano anche la pietra. Noi lavoriamo tutto! Per questo abbiamo la polmonite. Specialmente si manifesta quando è tempo di raccolta, quando ci carichiamo molto. Noi abbiamo la malattia, abbiamo la polmonite, ma alcuni dottori dicono che non è niente, che siamo sani! Egli dice così, però sei malato. Comunque, nei campi già sappiamo come curare ogni malattia. Quindi bisogna fare alcune cose: preparare questo o preparare un decotto... Da alcuni giorni il sole è molto forte, questo fa male alle persone. Lo vediamo anche sulle piante, quando il sole è troppo sembra che suda, poi di notte già sta bene. Si seccano al sole. Allo stesso modo le persone. Il medico questo non lo sa. *Lupintatawa* – hai una insolazione, ti sei esposto troppo al sole, *p'iqitatawa* – la tua testa. Ma il dottore non capisce. Se la dottoressa non sa *kharikhari* non sa niente! Niente, niente. Preleva il sangue. Già ce l'hanno preso una volta... basta!

Leandra: Niente, niente ci dice.

Macario: Che sia malato... niente! Prima ci dicevano... “hai il *kharisiri*”, dice, glielo hanno raccontato i vecchi, gli *achachilas*, una *kharikhari* del prete. Il prete conosce il *kharikhari*, quando sente le persone grasse. La gente, come le pecore, hanno i reni, estraggono [l'adipe, n.d.A.] da qui. Quando... come sarà? Dice che succede mentre stava dormendo, quando... c'è un apparecchio, forse pregando. Poi, fino ad un momento prima, stavo fischiettando. Poi mi è venuto sonno: ecco, mi sta attaccan-

Leandra: *iSano, sano!, dicen.*

Macario: *Sano.*

Leandra: *Sano, sano... inada dice!*⁽¹⁵⁾.

Macario: *Ahora en los campos que trabajan la chacra, todo las mujeres tejiendo awayus, está todo cansada.... tiene pulmón, hilando las ruecas, tiene pulmonía. Igualando a las gentes en los hombres trabajan con yunta, después con uysu trabajan, después todo, la piedra manejan itodo trabajamos nosotros! Después tenemos ahora pulmonía. Tenemos cuando cargamos la este... itiempo de cosecha!... mas cargas todavía. Nosotros tienen enfermedades, tienen pulmonía, algo. Doctor no dice nada, isano!, dice, pero está enfermo. Ahora nosotros, en los campos ya saben a curar qué cosa. Entonces hay que ponerse algo diciendo, este preparar, o sea preparar matesito... Algún día soleando algo, mucho está soleao ¿no? eso mal está haciendo a la gente. Ahora estamos viendo cuando un planta, cuando solea todo esto parece que ya suda, cuando noche, ya están bien. Secan al sol. Igual nosotros. Médico no sabe eso. Lupintatawa (estás soleado, tienes insolación) p'iqitatawa (tu cabeza). No entiende. Donde doctora no sabe kharikhari, no sabe inada!, nada, nada. Saca sangre. Ya está sacada la sangre... iya!*

Leandra: *Nada, nada dice.*

Macario: *Que tiene enfermedad... inada! Antes... “que tiene kharisiri”, dice, nos han contado los abuelitos, los achachilas todo, un kharikhari de cura. El cura sabe kharikhari, si cuando siente los gordos. La gente, como oveja tiene riñón, saca aquí. Cuando... ¿cómo será? pues ha dormido decía, cuando... hay máquina, rezando dice. Después recién hasta ahorita estamos silbando. Después queremos soñar, kharikhari está atacando ya. De repente. Después, ahora como sueño está pasando. Está por ahí no más, después iya! saca.*

do *kharikhari*. All'improvviso. Stanno succedendo cose come in sogno. Si sta aggirando e subito estrae!

GFJ: Estrae il sangue?

Macario: No, solo ora. Prima estraevano i reni, dice, *tata cura* lo dice. Ora già sta imparando a prelevare il sangue, prima non era così. Prima i reni, ora solo il sangue. Agli ammalati che abbiamo visto hanno fatto siringhe nel sedere o nei polmoni o nelle spalle.

Leandra: Se muori si vede il segno.

Macario: Se muori si vede il segno, hanno fatto l'iniezione. Già esce il segno. La gente lo sa e lo commenta: *kharisiri* si è staccato... Come? Per questo proprio sto preparando la medicina. Si deve far bollire una piccola pentola di *wayruro* con *Nicolás T'ant'a*, *Altamisa*, *Andres waylla*, *Qutu-qutu*, femmina e uomo, i due generi, *urqu qutu-qutu*, *qhachu qutu-qutu*. Poi... "saldà con saldà",... e poi solo un pezzettino di cordone ombelicale, non di più.

Leandra: Questo che è così piccolo costa dieci pesos, però... niente! Non conviene.

Macario: Lo devi preparare solo con questo. Devi farlo bollire benissimo. Quando lo fai bollire lo devi conservare in una bottiglia, in due bottiglie, in tre bottiglie devi conservare questo preparato. Non importa se è conservato, lo devi conservare. Non devi parlarne, lo devi solo bere in silenzio. Se noi avvisiamo, ne possiamo morire! Non so che può succedere, sono spaventato.

Leandra: Si deve bere in silenzio.

Macario: Senza avvisare nessuno. Nella sua famiglia non si deve parlare di queste cose; lo si può bere solo in silenzio... "che medicina è?" si domandano, "questo è per il mal di stomaco, per il mal di testa, solo per questo è la medicina". Bevilo solo, non c'è altro da dire. Poi, quando migliora chiedi di nuovo: "che medicina ho bevuto?" ma nemmeno a questo punto si deve dire...

GFJ: ¿Saca sangre?

Macario: 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.

Leandra: Si te mueres ya sale.

Macario: 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 *wayruro*⁽¹⁶⁾ con *Nicolás T'ant'a*⁽¹⁷⁾, *Altamisa*⁽¹⁸⁾, *Andres waylla*⁽¹⁹⁾, *Qutu-qutu*⁽²⁰⁾, hembra y macho; dos clases, *urqu qutu-qutu*, *qhachu qutu-qutu*. Después este... "solda con solda"⁽²¹⁾ después, este... de wawa, su ombligo ese poquito no más poner.

Leandra: Ese pequeñito es así, diez pesos pesos cuesta, pero... ¡nada! no conviene⁽²²⁾.

Macario: Con eso hay que preparar no más. Hay que hacer hervir biensito. Cuando le haces hervir hay que hacer guardar la botella, unas dos botellas, tres botellas hay que guardar eso preparadito. No importa está guardado, hay que guardarse. No hay que hablar eso, callado no más hay que tomar. Si nosotros avisamos, nosotros ya... ¡nada! morir. No sé qué pasará, asustado ya⁽²³⁾.

Leandra: Calladito está tomando.

Macario: Sin avisar nada. En su familia no hay que hablar esas cosas; calladito no más hay que tomar... "¿qué medicina?" se preguntan, "esto es para duele la barriga, para duele la cabeza, para eso no más la medicina es". Que tome no más, no hay que decir. Después cuando ya está recuperando, recién "¿qué medicina yo he tomado?" Después no hay que decir... ¡no hay que decir! La pregunta después, para eso

Non si deve dire! Per questo porto questa medicina così. Se lo specifichiamo muore, muore!... Ma da che dipende? Viene fuori il segno. È così. I dottori questo non lo sanno, non lo credono... “macché hai il *kharisiri*?” dice “di che stai parlando?”, “lo conosci?”, “forse lo hai visto?”, e così dice “Quando lo hai visto?”... È difficile parlare con i dottori... È difficile parlare!

GFJ: In passato questi *khariris* erano tata cura?

Macario: Il *tata cura* estraeva i reni, poi con la mula *janq'u*, dice con i cavalli *janq'u*. Nel villaggio sta solo un una tenda. Sta in prossimità, dove passa la strada nel villaggio; è lì che stava aspettando, si dice. Sta di lì aspettando la notte, anche il giorno. E solo con la mula *janq'u*. C'erano le candele. Questo raccontavano del passato, ma non ora! Adesso chiunque vada in giro di notte, lo incontra e gli viene estratto! Nient'altro; è invisibile.

GFJ: Perché desiderano questo sangue?

Macario: Non lo so, si dice che lo vendono, lo vendono al paese, in un altro paese. Forse all'ospedale, per l'ospedale lo usano. È invisibile. Solo per venderlo.

Inoltre deve essere preso anche il nero di pecora, la loro tela [del rene, la membrana che ricopre le viscere dell'addome, N.d.A.], e basta applicare quello per guarire. Poi sembra che sia sembrata simile a nylon. Il prete sa come venderlo... come sarà? Il prete lo sa, noi non lo sappiamo. Di recente ha sostituito con il nylon nero di pecora. È il rene. La pecora, quando la macelliamo, ha uno stomaco simile ai reni, questo le si asporta. Poi si pone ancora caldo, come un impacco. Con questo si tramanda dai nonni che si guariva, solo con questo. Adesso, anche ripetendo tutte le operazioni, non si ha la guarigione... non si cura!

GFJ: Da che può dipendere?

Macario: Perché estraggono il sangue.

traigo así esa medicina. Si le indicamos, imuere!, muere... ¿Por qué será, pero? Su marca sale. Así es. Doctor no conoce esto, no cree... “¿qué va a tener kharisiri?”, dice “¿de qué estás hablando?”, dice. “¿Vos conoces?”, “¿Acaso has visto?”, así dice “¿cuando has visto?”... Difícil es hablar con doctores... idifícil es hablar! ⁽²⁴⁾

GFJ: ¿Más antes esos *khariris* eran tata cura?

Macario: *Tata cura sacaba riñón, después con janq'u mula, dice janq'u caballani. En la apachita está con carpa no más. Por ahí no más está ya, donde el camino, pasa camino en la apachita; por ahí está esperando, dice. Por ahí no más esperando la noche, el día más, dice; con janq'u mula no más, dice. Con vela está prendido, así. Así dicen antes, pero ahora ino! Ahora ya noche paseando, cualquier gente que encuentran... isacan! no más, sin nada; es invisible.*

GFJ: ¿Para qué quieren esa sangre?

Macario: *No sé, ya ha vendido, dice, ya ha vendido al país, otro país* ⁽²⁵⁾. *Quizás al hospital; para hospital es eso. Es invisible. Para vender no 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, ino sana! ⁽²⁶⁾

GFJ: ¿Por qué será?

Macario: *Porque saca sangre* ⁽²⁷⁾.

Leandra: Specialmente vogliono il sangue.

Macario: Ovvero, quelli che lo hanno visto dicono che è una macchinetta di questa grandezza. Sembra che sia piccolina e la usa per prelevare il sangue, ha il termo, con il quale estrae il sangue.

GFJ: Però... come lo estrae?

Macario: Non lo so, come sarà? Si dice che aspiri, con una macchina, aspiri. Pone una siringa e estrae.

GFJ: I *kharisiris*... sono come le persone? Sono come noi? Non sono più *tata cura*?

Macario: Adesso no, sono i giovani, gli studenti... sono loro! Dicono che già sanno il modo. Si sono messi d'accordo segretamente. Ci sono nei pullman, ci sono nella città... Sì, sono nei pullman. Questo è un luogo di reclutamento.

GFJ: Come possiamo fare quando camminiamo perché il *khariri* non ci attacchi?

Macario: Quando arriva il sonno, dopo aver camminato, coloro che hanno fregato alla gente, vanno da soli per la strada e, mentre camminano, i *khariris* li seguono. Poi... come sarà? Si dice appena arrivato il sonno, viene. Non appena mi addormento! Sta sottraendo il sangue. Al contrario, prega, porta un libro, che sarà? Che preghiera farà mai? Sta parlando con il demonio, entra in contatto. Si addormenta facilmente, così dice quello è *khariri*, per il suo contatto col demonio.

Devi portare aglio di Castiglia, lo devi toccare. Io, quando mi aggiro di notte per strada... con aglio di Castiglia, e ancora di più con zolfo. L'aglio di Castiglia, perché agisce in contrasto, perché per contatto è nauseabondo, e questo è sempre efficace contro il demonio. Devi masticarlo quando è triturato. Poi con lo zolfo. Il *kharikhari* non mangia l'aglio, tranquillo! Poi c'è un elemento speciale fatto con la lana di una volpe (*anatulla*) che si chia-

Leandra: *Especialista es la sangre.*

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

GFJ: Però... ¿cómo saca?

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

GFJ: Los *kharisiris*... ¿son como gente? ¿como nosotros? ¿no son *tata cura* ya?

Macario: *Ahora no, los jóvenes, los estudiantes... ¡ellos son! ya saben dicen⁽²⁸⁾. Algo secretamente se han contratado. En los colectivos, en ciudad, micro... ¡hay!, dice en colectivo hay dice. Esto, agencia también es.*

GFJ: ¿Como podemos hacer cuando vamos caminando para que el *khariri* no nos ataque?

Macario: *Pero cuando su sueño se llega, cuando caminando después los que han fregado a la gente esos *khariris*... ¡solitos se van! Ese anda la camino... después siguiendo atrás. Después... ¿cómo será pues? Sueño no más llega dice, sueño no más llega. Recién estoy durmiendo... ¡ya! ya está sacando sangre, dice. Al revés reza, tiene libro. ¡qué será! ¿cual rezo será? Con este no más... con demonio ya han hablado así... contacta no más. Fácil está durmiendo, así dice *kharikhari* es eso con demonio, su contacto dice⁽²⁹⁾.*

*Hay que llevar Castilla ajos, hay que manejar. Yo cuando noche yo andando... con ajos de Castilla de ajos, con azufre más. Castilla ajos, su contra es porque contacto es de saxra, para eso no más contra demonio es siempre. Cuando lo machaco hay que mascar. Después con azufre. El *kharikhari* no come ajo ¡tranquilo!⁽³⁰⁾. Después especial con zorrino de lana hay (*anatulla*) ese que *sallqa*, *sallqa* se llama⁽³¹⁾, *p'axpaqu*, *farsante* se llama. Ese zorro *sallqa* son así para gente escapando ya no quiere ver.*

ma *sallqa*, si chiama *p'axpaqu*, *farsante*. Questa volpe *sallqa* è così che non vuole vedere la gente e scappa. Ha paura di tutto. La sua lana è ottima. Forse è un animale della pampa. Di notte si può stare per strada, tranquillamente, non può attaccare. Lo stesso *kharisiri* ha paura. Non so, per che sarà? Così non mi può toccare. Forse passa salutando e basta, passa solamente. Anche per questo ha paura. Quando ti aggiri con questo nella tua tasca non può succedere niente! Non possono curare al posto medico.

GFJ: Dell'ajayu... neanche il dottore lo sa? Non vede?

Macario: Non lo sa, non lo sa. Non sa chiamare l'*ajayu*. Con i suoi strumentini, con i suoi trattamenti... sana solamente e che succede? Dice "non esiste l'*ajayu*." Ma non capisce; "questi sono *layqas*" dicono i dottori. Per vedere l'*ajayu*, la *wawa* si vede così, si contano le sue dita... pizzicando sulla faccia. Già è fatto! L'*ajayu* non mastica la *wawa*. Adesso, bisogna chiamarlo con la campana perché senta. Poi l'ho fatto con fiore di garofano, sempre bianco. Poi devi legare l'ammalato con del filo. San Nicola *t'ant'a*, con una stella; su questa sto chiamando la nostra anima, perché come spirito abbiamo una stella. Abbiamo tre stelle. Così parliamo noi di spirito, di *ajayu*. Prima parliamo di *ajayu*, di animu, anche coraggio. Questo diciamo nelle nostre preghiere a Dio. Dio *awki*, Dio *yuka*, Dio Spirito Santo, allo stesso modo è una unione di tre. Allo stesso modo che Dio, sempre tre, ma una persona sola, come noi abbiamo tre stelle, uguale.

GFJ: Quando ci prepariamo per il "susto" dobbiamo pregare Dio, vero? Che preghiere dobbiamo fare?

Macario: L'orazione del benedetto. C'è il libro. Dio, avendo tre anime, tre stelle, è uguale a noi.

Para todo tiene miedo ⁽³²⁾. *Después está su lanita, eso es bueno. Pampa animal es pues, eso no más. De noche podemos ir... ise ataja! no se puede atacarme sin pensar. El mismo, el kharisiri tiene miedo. No sé... ¿qué será pues? Así no puede tocarme. Quizá saludando va a pasar, va a pasar no más. Para eso no más tiene miedo. Cuando va a ir con eso no más puesto a tu bolsillo ya... ¡pasa no más! No pueden curar en las postas.*

GFJ: Del ajayu ⁽³³⁾ ... tampoco sabe el doctor ¿no ve?

Macario: *No sabe, no sabe. No sabe llamar del ajayu. Con su maquinita así tratamiento... ya sana no más ¿qué pasa? Y... ajayu... "no hay ajayu nada", así dice. No entiende; esos son layqas* ⁽³⁴⁾. *De ajayu, la wawa así se mira, se cuenta sus dedos... ¡ya!, pellizcando aquí la cara. ¡Ya está! Ajayu no mastica la wawa. Ahora llamando hay que hacer con campana para que escuche. Después ya he hecho con flor de clavel, blanco siempre. Después hilo hay que amarrar al enfermo. San Nicolás t'ant'a, con estrella; sobre eso estoy llamando nuestra alma, espíritu tenemos estrella. Tres estrellas tenemos. Así hablamos nosotros de espíritu, de ajayu. Más primero es de ajayu, de animu, también coraje. Como decimos ahora estamos rezando de Dios. Dios awki, Dios yuka, Dios Espíritu Santo, igual no más es tres. Igual que Dios, tres también, una persona sólo* ⁽³⁵⁾. *Igual nosotros tenemos tres estrellas, igual.*

GFJ: Cuando colocamos también para "susto" hay que rezarse de Dios ¿verdad? ¿qué oración hay que rezar?

Macario: *Oración del bendito. Hay libro. Igual que Dios tiene tres almas, tres estrellas, ese igual nosotros* ⁽³⁶⁾.

GFJ: Come Dio ha tre anime, tre stelle, Padre, Figlio e Spirito Santo...?

Macario: Esatto... è uguale a noi! *Ajayu tiyus awki, yuka, ajayupana, ukhamapan.* Allo stesso modo quando preghiamo noi, Dio *awki, Dios yuka, Spirito Santo; Dio awki, Dios yuka, Spirito Santo... amen* devi dire. Noi siamo uguali, noi siamo uguali alle persone *ajayu, anima, coraggio.*

GFJ: ¿Como Dios tiene tres almas, tres estrellas, Padre, Hijo y Espíritu Santo...?

Macario: *Ese... igual nosotros! Ajayu tiyus awki, yuka, ajayupana, ukhamapan. Así después cuando rezando nosotros, Dios awki, Dios yuka, Espíritu Santo; Dios awki, Dios yuka, Espíritu Santo... amén hay que decir. Igual también nosotros, igual también nosotros de las personas ajayu, animu, coraje.*

Julio viene da una piccola comunità nei dintorni di Jesús de Machaqa. Lavora in Alto Beni, però è abituato a fare alcune visite ai suoi genitori per vedere i figli, che risiedono nella casa paterna con i nonni e con la moglie di Julio, che non riesce ad abituarsi al tropico. Suo padre è *yatiri* e Julio dimostra una interessante inquietudine per i temi afferenti la medicina tradizionale. Iniziamo la conversazione parlando delle anime.

Gli spirito esistenti sono tre soltanto: l'*ajayu*, il coraggio e l'anima, solo tre. Quindi, sono questi tre e quando una persona muore è perché perde l'*ajayu*, no? Già non esiste. È il più importante. Quando uno si spaventa, perde solo il coraggio, e basta! L'anima è... quando uno è... nervoso, e basta. L'*ajayu* è grave; una persona perde l'*ajayu* quando muore, già non è più di questa terra. Quindi, quando il corpo è privato dell'*ajayu*, allora l'uomo non serve più».

Espíritu existe tres no más como ajayu, coraje y animo, 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, cuando ese se pierde el coraje inada más! El ánimo 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.

GFJ: Possiamo perdere l'ajayu e rimanere vivi un po' di tempo?

Poco tempo sì, ma non molto. Quando si perde l'*ajayu* non ci sono possibilità di recuperarlo. Il coraggio è quando uno si spaventa e può tardare (nel recuperarlo) mesi o settimane, questo sì, può tardare; questo può essere guarito, ma l'*ajayu* no, è incurabile. Incurabile, né il medico, né il "maestro", né nessuno, niente e nessuno lo cura perché l'*ajayu* se ne va per sempre e non ritorna. L'*ajayu* se ne va quando una persona ha sofferto per un avvenimento, un fatto molto grave come il ribaltamento di un camion o lo scivolamento in un precipizio, perdendo la vita, oppure può succedere che si venga inve-

GFJ: ¿Podemos perder el ajayu y estar vivos un tiempito?

Un tiempito, pero ya no mucho tiempo. El ajayu se pierde cuando ya no hay posibilidad de recuperaciones. El coraje 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, nada ya no cura nadie porque el ajayu se ha ido para siempre y ya no vuelve. El ajayu se va cuando uno haiga sufrido un accidente, un accidente muy grave, un vuelque de camión o uno puede resbalar de un barranco, sin vida, o uno puede ser un atropello de camiones, cuando ya, o un toro le puede cornear. Ahí ya, ya no recupera, perdido ya su ajayu ya no recupera.

stiti da un camion o incornati da un toro. In questi casi non si recupera, si perde l'*ajayu* e non si recupera. E, una volta perso, l'*ajayu* già non serve. Quindi, a volte è solo coraggio, se una persona cade, se qualcuno l'ha spaventata, in questo è più facile. È una cosa abbastanza rapida. Costui può sopportare mesi, settimane, può tardare questo "coraggio" (soffre anche se è perso, non ha conseguenze fatali per l'ammalato), tarda! Devi chiamarla, ma non succede niente, si può guarire; è l'"anima" è quando uno è nervoso, tutto qui, no? Solo questo, non è tanto grave questo. Basta chiamarla che torna. Si deve chiamare con il maestro sempre, o anche da soli si può, perché si nota, parlano. C'è un'immagine dentro di noi, non so se qualche volta si è notato che quando è un *ch'iwí* ha tre *ajayus*. Un'ombra, uno è più scuro, l'altro semioscuro, il terzo è molto chiaro. In un *ch'iwí* si nota nell'ombra, nella sua luce, qualunque cosa sia. Ora non si vede bene, ma si vede attraverso! Quando la luce ti abbaglia. Così già puoi renderti conto che sono tre! Risulta chiaro e sicuro.

GFJ: Quale sta più dentro?

L'*ajayu* è il più oscuro, il *ch'iwí* è scuro. Semioscuro è il coraggio, la più chiara è l'anima. I dottori non hanno la capacità di guarire l'*ajayu*, l'anima, costui non ha cure, questo solo lo possono guarire i *curanderos*, gli *yatiris*.

GFJ: A che servono allora i medici?

I medici servono quando si tratti di una malattia o di un malessere o di una lussatura, una bruciatura molto grave, per questo, o altrimenti una operazione molto importante, dell'apparato digestivo; ecco, anche questo è compito dei medici. Quando hai una febbre forte! Anche per questo, no? Incurabile. Per queste cose ci sono i medici. Ma in questo tempo converrebbe che il medico si associ ai "maestri", no? Sarebbe conveniente che si al-

Perdido ya su ajayu ya no sirve. Entonces, cuando es coraje no más, cuando uno se cae..., alguien le asustó, ese no más es fácil. Ese rapidito no más. Entonces, ese puede aguantar meses, semanas, puede tardar ese "coraje" (aguanta aunque esté perdido, no tiene consecuencias fatales para el enfermo), itarda! Hay que llamarlo eso, pero no pasa nada, se puede curar no más ese; y el "ánimo" es cuando uno es nervioso no más ¿no?, nada más, no es tan grave eso. Aunque sólo lo llama... entonces vuelve no más. Con maestro siempre o uno solo también puede, porque se nota, hablan. Hay una imagen dentro de nosotros, no sé si alguna vez se haya notado que cuando es un ch'iwí⁽⁸⁷⁾ tiene tres ajayus. Una sombra, uno es más oscuro, el otro es semi oscuro, 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... itres se ve! cuando te enfoca una luz. Ahí ya puedes fijarte itres! Clarito ya es, uno sobre ese... seguidito no más.

GFJ: ¿Cual es el de más adentro?

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

GFJ: ¿Para qué son buenos los médicos?

Los médicos son buenos cuando una enfermedad que sea, un accidente, una luxadura, una quemadura muy grave, ese sería, o sino, una operación que sea de muy gravedad, de algún aparato digestivo, entonces ese sería su tarea de los médicos. Cuando hay fiebre ifuerte! también es ¿no? incurables. Para eso los médicos. Pero más que todo en este tiempo ya conviene que se combinen el médico y los "maestros" ¿no? Conviene que se convengan, la parte más conveniente de cada uno. Entonces

leino, la parte più conveniente di ognuno. Quindi la gente ad ognuno potrebbe chiedere quello di cui ha bisogno, d'accordo, no? La gente non chiede una cosa sola. Ha bisogno di entrambe. Può aver bisogno tanto del "maestro" che del dottore, no? del medico.

GFJ: Tu credi che sarebbe opportuno che nel posto medico ci fosse un "maestro", ci fosse uno yatiri, con il proprio ruolo o sarebbe difficile?

Sì, sarebbe molto bello. In questo modo la gente sarebbe molto a suo agio e avrebbero maggiore responsabilità dentro di loro, perché fino a questo momento c'è una sfiducia, anche perché non c'è precisione tra i dottori. A volte anche nei *maestros*, no? Da entrambe le parti. Invece io, in questo momento, credo che è abbastanza necessario che ci sia da entrambe le parti. Molte volte anche la gente che non conosce un maestro, a volte anche i maestri possono sbagliare. Quindi non è tanto corretto. Per questa ragione, è molto opportuno, anche se non si nega al cento per cento che l'uno sia negativo né positivo; il giusto è nel mezzo. È importante più di tutto che si capiscano da entrambe le parti, solo questo, sì.

GFJ: Come si presenta la malattia del kharisiri?

Sì, però non si giustifica finora. Sono chiacchiere. A questo dicono *khariri*, però... non è giustificato. Da un po' avevamo alcune querele per le autorità sindacali e non esisteva giustamente una cosa fatta, no?

GFJ: Chi ha denunciato?

Una persona ad un'altra persona. Una persona ha accusato un'altra. Quindi tra di loro si sono detti una parola intermedia; ma poi hanno voluto giocare quando gli si diceva: "mi spieghi!" "come ho fatto?", "Mi hai visto?" "Come, quando, in che senso ho fatto tale atto?" Quindi non

la gente a cada uno lo que necesita, así, de acuerdo así èno? La gente no es que pide una sola cosa (38). Necesita las dos cosas. Tanto puede necesitar del "maestro", puede necesitar del doctor èno?, del médico.

GFJ: ¿Vos crees que sería bueno que en las postas hubiera "maestro" más, hubiera yatiri, con su parte o sería difícil?

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

GFJ: ¿Cómo es la enfermedad del kharisiri?

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

GFJ: ¿Quien había denunciado?

Persona a otra persona. Una persona se ha demandado a otra persona. A otra persona, entonces, entre ellos se han hecho una palabra intermedia; entonces ahí han hecho jugar entonces cuando le decía "¡acláreme!" "¿Cómo he hecho?" "¿Me has visto?" "Como, cuando, èn qué sentido he actuado?". Entonces no ha

ha potuto fare dichiarazioni, per cui, fino ad ora, non si giustifica. Però dicono che estrae il sangue, ma non si danno le testimonianze... come? Con che? Che materiali usano per questo? E com'è questo, nemmeno si spiega.

GFJ: Perché pensi che estrarrebbero il sangue? La gente che dice: perché?

Bene, ti dico le voci che circolano, no?, queste sono solo le voci che corrono, non sono fatti certi, no? Poiché c'è una necessità, quando una persona perde sangue dicono, allora devi ottenere la stessa quantità di sangue. Il dottore lo chiede dello stesso tipo. Dunque, dicono sia per questo che chiedono il sangue, no? E forse anche per questo lo rubano ai bambini, o agli adulti, può provenire da ognuno, no? Però non ci sono le prove del momento in cui succede o meno... è vero o no? Questo è quello che si dice. Allo stesso modo non c'è nessuno che ha visto in questo senso. C'è la medicina. Quindi, che sia questo o meno, si cura, c'è la medicina. Si cura! Si cura, però quanto prima, no? Però, quando si fa passare [si aspetta, N.d.A.]... perdono anche la vita. Possono morire. Può essere questo o meno, non è sicuro, però... muore!

GFJ: Si lamentano gli ammalati quando vanno all'ospedale?

Si lamentano: non mi curano, dicono e dicono altre cose simili, però il trattamento viene fatto bene, li hanno curati bene, ma il problema è... la gente a volte siamo, per così dire, viziati. Dalla sera alla mattina si desidera l'effetto della cura e questo non è tanto vantaggioso per una persona, no? Inoltre, quando è un medico naturale è uguale, è la stessa cosa. Una persona si rivolge alle erbe medicinali, quindi deve prendere il trattamento, allo stesso modo che dal dottore. Deve continuare. Se non continua... però lo stesso parlano! Quello che dicono ai dottori, lo dicono uguale al naturista.

podido hacer declaraciones, entonces, de esa razón hasta el momento no se justifica. Pero dicen hay que sacan sangre, pero no se justifica... ¿cómo? ¿con qué? ¿qué materiales usan para eso? Y como eso, no se justifica.

GFJ: ¿Para qué crees que sacan la sangre? ¿Para qué dicen las gentes?

Pero, según los rumores ¿no? Este es el rumor no más, no es un hecho, ¿no? En cuanto hay una necesidad, cuando uno pierde la sangre tiene que conseguir. El doctor pide el mismo tipo. Entonces para eso, dicen, puede ser buscado el sangre ¿no? (39) Entonces, para eso roban de niños, lo que sea de adultos, cualquier cosa puede ser ¿no? Pero no hay pruebas cuando esto ha sucedido o no ha sucedido. ... ¿es realidad o no? Esto es un dicho no más. Tampoco no hay alguien que ha visto en este sentido. Hay medicina. Entonces aunque es o no es eso, el medicamento hay medicina ¡Se cura! Se cura, pero cuanto antes ¿no? Pero cuando se hace pasar... pierden también su vida. Pueden morir. Puede ser eso o no puede ser eso, no es seguro pero... ¡muere!

GFJ: ¿Se quejan los enfermos cuando van al hospital?

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

GFJ: Tu sei stato negli ospedali qualche volta?

No, no, non ci sono stato mai io, perché non ho avuto nessuna malattia, fino ad ora. Però una volta ci sono stato per una bruciatura molto grave, che mi ero procurato attizzando il forno; si è trattato di una bruciatura ampia, delle mani più che altro, ma il dottore mi ha salvato. Mi ha salvato, mi ha trattato bene... già mi ha curato e fino a questo momento sono sano.

Adesso ci sono occasioni,... però ci sono volte nell'ospedale, per qualche ragione, anche perché ci sono vari ammalati, abbastanza ammalati... che non ha tempo, non ha proprio tempo il dottore per assistere agli altri che arrivano dopo. Quindi... lì, lo stesso dottore non ha più tempo, quindi non visita più. Rispetto a questo, rispetto all'assistenza, già non si sentono ben assistiti i pazienti. Quindi deve succedere questo. E quando dicono che non capiscono l'aymara... ah, chiaro! È evidente, perché la gente, per lo più, non capisce lo spagnolo, parla aymara, quindi succede questo. Ha paura la gente di rivolgersi agli ospedali, ha paura.»

GFJ: Che pensano del fatto che i gruppi cambiano così, anno dopo anno,... che non c'è continuità?

No, no, non c'è continuità. Questo sì, il cambiamento dei dottori; a volte arrivano dottori buoni, però se ne vanno rapidamente, però a volte arrivano alcuni dottori che sono semplici e questi si fermano; si trattengono nell'ospedale. Mi sembra che un dottore, quando è bravo, deve rimanere finché è possibile. Questo dovrebbero fare dal Ministero di Sanità... questo sarebbe giusto!

La diffidenza che produce la medicina convenzionale nell'altopiano aymara acquisisce altre forme e maniere che mi accingo a cercare di mostrare attraverso le note raccolte nel mio quaderno di campo; in questo modo completerò alcuni aspetti suggeriti dalle testimonianze precedenti.

GFJ: ¿Vos has estado en los hospitales alguna vez?

No, no, nunca no he estado yo porque no he conocido ninguna enfermedad hasta el momento ⁽⁴⁰⁾. Pero una vez estuve con una quemadura muy grave atizando el horno entonces he sufrido una quemadura bastante de las manos más que todo, entonces eso ya me ha salvado el doctor. Me ha salvado, me ha tratado bien... ya me ha curado y hasta el momento estoy sanito.

Ahora también hay veces, pero hay veces en el hospital lo que sea existe que cuando hay varios enfermos, hay varios pacientes ⁽⁴¹⁾... que no, que no tiene tiempo el doctor para atender a otros que llegan recién. Entonces... ahí, el doctor mismo ya no tiene tiempo, entonces ya no atiende. De ahí, de la atención ya no deben ser bien atendidos los pacientes. Entonces ese debe ocurrir. Y cuando dicen que no entienden aymará... ¡ah claro! es evidente, porque la gente, la mayor parte no entiende castellano, habla aymará, entonces existe eso. Tiene miedo la gente acudir a los hospitales, tiene miedo ⁽⁴²⁾.

GFJ: ¿Qué piensas que cambien los grupos así año tras año... no hay continuidad?

No, no, no hay continuidad. Eso sí, cambio de doctores, hay veces llegan buenos doctores, pero se van rápido, pero hay veces llegan unos doctores que son simples y esos se quedan también; se fijan no más en los hospitales. Me parece que un doctor, cuando es bueno que tiene que permanecer hasta donde pueda ⁽⁴³⁾. Eso tenían que hacer los del Ministerio de Salud... ¡eso sería!

I medici dei posti sono considerati inesperti. I contadini vedono la mancanza di esperienza nelle facce, vedono la poca pratica dei medici boliviani che lavorano nell'assistenza generica dei posti medici ed in alcuni ospedali. Non vogliono essere trattati come cavie di laboratorio; sono convinti che i medici imparino facendo pratica su di loro, ovvero aprendo i loro corpi, curiosando e provando i trattamenti un po' "alla cieca". Nell'ambito aymara, solo lo *yatiri* che sa, ha clienti. Quelli che hanno "clientela", a cui ci si rivolge con frequenza, sono i più prestigiosi. I medici che compiono l'"anno di provincia" sono considerati "praticanti", quelli qualificati in maniera peggiore: "principianti".

In questo senso, il sistema dell'"anno di provincia", sul quale tornerò nelle raccomandazioni finali, suppone un fiacco appoggio alle possibilità di stabilizzazione della medicina convenzionale nell'altopiano aymara. La posizione particolare di ogni equipe può incidere nella maggiore vicinanza o nel distacco rispetto alla problematica sociale e culturale che il trattamento della malattia presuppone. Il contadino vuole che ci sia continuità nei servizi di assistenza sanitaria e vuole le equipe migliori, non gli studenti temporanei, agli ultimi corsi. Vuole medici qualificati, non gli "scarti" che lo Stato può gentilmente fornire, per il loro apprendimento professionale; d'altra parte si vuole continuità nella dotazione e nell'esercizio medico di queste equipe.

Indubbiamente ogni sforzo nelle dotazioni di queste equipe, lì dove non esiste niente, risulta importante, però è necessario cambiare il punto di partenza. Un "anno di provincia" obbligatorio, che, chi può, lo paga per liberarsene, in maniera simile al servizio militare, non sembra la migliore programmazione per iniziare un servizio di assistenza sanitaria, lì dove il contatto con il paziente implichi una approssimazione, non sempre desiderata, a problemi e conflitti di natura sociale, dove il medico deve prendere, non poche volte, posizione.

La gente della campagna non ha fiducia nei dottori, per i costi, perché sono inesperti, solo dai *curanderos* si fanno curare... chiaro che guariscono! Con tisane e vaporizzazioni esteriormente, però interiormente... difficile!

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

[Tassista aymara oriundo del Lago, "residente"⁽⁴⁴⁾ nella città di La Paz].

Juan Apaza considera improbabile che i migliori medici possano lavorare nella sfera rurale:

Macché, non vengono nella campagna; vogliono guadagnare, non sono specialisti... solo apprendisti!

Qué van a venir al campo; plata no más quieren; no son especialistas... ¡puro aprendices!

Nella prospettiva aymara non ha senso rivolgersi ad uno *yatiri* nuovo, che sta appena iniziando. Egli deve dimostrare che è capace, guarendo la gente. Quando un aspirante “maestro” guarisce il suo primo paziente, comincia a essere riconosciuto come *curandero*. Solo coloro che dimostrano competenza nella lettura della coca, nella giusta diagnosi dei casi e dei trattamenti terapeutici, sono “maestri” socialmente riconosciuti. I “maestri” giovani suscitano tanti sospetti quanti i medici del posto, per la mancanza di esperienza. Gli aspiranti ed i “maestri” giovani non perdono di vista i più esperti, specialmente coloro che agiscono come tutori, nel processo di iniziazione, riflettendo su ogni caso specifico, visitando luoghi di potere e interpretando la scena onirica che si genera durante i sogni.

Gli *yatiris* che socialmente non sono stati riconosciuti come “maestri”, per gli errori durante la diagnosi e la cura della malattia, non sono considerati a pieno titolo *yatiris*. L'esercizio dello *yatiri* non dipende dalla volontà dell'aspirante, non si può “studiare” come un iter universitario; lo *yatiri* è eletto, suo malgrado, deve avere doni e virtù, per percorrere un “cammino” che è inteso non tanto come sbocco professionale, bensì come servizio. Questo aspetto fa sì che i “maestri” urbani, coloro che risiedono con le loro tende sparpagiate nelle *pampas* del Sagrado Corazón e del Faro Murillo nell'Alto de La Paz, siano considerati dalla popolazione delle campagne quasi dei “commedianti”, per il desiderio smodato di guadagnare.

L'ambizione del guadagno è un tratto comune che identifica con una certa frequenza il medico, nella prospettiva aymara⁽⁴⁵⁾. I medici sono avidi, li si accusa di cercare guadagni personali che possono essere in denaro o anche in beni materiali: cibo e cacciagione. Celso Vila racconta il caso di un medico che non volle collaborare con una donna la cui *wawa* era inferma. Le diede la ricetta di una medicina che non apportò alcun beneficio. Il medico si interessò alla *wawa* solo quando vide che la donna aveva delle galline; solo in cambio delle galline accettò di medicare la bambina.

Il problema della costosa assistenza sanitaria e la manifesta precarietà delle risorse economiche dei contadini aymara promuove questa immagine interessata del medico, anche quando parte della assistenza sanitaria può essere convenzionata. Lo spostamento a La Paz, l'atteggiamento del personale nelle istituzioni sanitarie e i costi del soggiorno disanimano i familiari del paziente che, di fatto, influiscono tanto da pregiudicare il viaggio e la degenza in un ospedale di La Paz, nonostante le raccomandazioni

delle equipe di salute. La malattia è una problematica sociale in cui il paziente non decide da solo; la famiglia valuta i costi e fa una stima della scelta più conveniente per l'ammalato.

Non è raro che le equipe di medicina convenzionale non abbiano nessuna aspettativa quando indirizzano al ricovero negli ospedali della città, perché i familiari dell'ammalato non seguono l'indicazione fornita. La frequenza con la quale il termine "operazione" è usato dai contadini come giustificazione della tendenza del medico di "aprire" i corpi degli esseri umani, cosa che non si deve fare mai, e, dall'altro lato, la tendenza a "guadagnare", dati i costi medi elevati delle operazioni chirurgiche (alcune migliaia di *bolivianos*), sono le motivazioni di tale comportamento. D'altra parte, il valore assegnato ad alcuni prodotti biologici, quali il sangue, sostanza richiesta frequentemente dai medici per le analisi, induce posizioni ambigue sulla figura del medico e del personale sanitario in contesti rurali. Il sangue è una sostanza di estrema importanza. È un bene considerato "limitato", che non si rigenera facilmente.

L'effetto probabile di una estrazione abbondante di sangue è una sensazione di indebolimento sospetta, che può porre in pericolo la stabilità lavorativa e familiare dell'Aymara che "risiede" a La Paz. D'altra parte, il sangue è un bene caro, tanto che si dice che per averlo, gli ammalati bianchi, pagano; dicono che il sangue delle persone di campagna rende forti, ma questo dipende dall'atteggiamento di chi lo dona. In questo tipo di interpretazione appare la figura del *kharisiri*, il personaggio che anticamente era desideroso di procurarsi il grasso degli *jaqi* aymara, relazionato con il *tata cura* e con la gente di chiesa a cui consegnava il grasso delle sue vittime; ora egli sembra specializzato nell'estrarre sangue per rifornirne gli ospedali.

Questo tipo di preoccupazione del medico per il denaro e il guadagno nel trattamento delle malattie, dato che i farmaci e le "iniezioni" si acquistano con "soldi", contrasta con il "servizio" svolto del "maestro" rituale aymara, che sia uno *yatiri* o un *ch`amakani*. Frequentemente lo *yatiri*, rispetto alla domanda del paziente sul compenso dovuto, risponde «a suo piacimento». Lo *yatiri* non può obbligare a pagare un prezzo esorbitante per il proprio lavoro; d'altra parte non è infrequente che il "maestro" venga compensato solo quando il paziente riconosca l'efficienza e l'efficacia del trattamento proposto e non prima. Alcuni *yatiri* rurali accettano il pagamento in natura, in generi alimentari, indicando che non possono obbligare ad essere retribuiti con cifre superiori alle possibilità economiche del paziente; d'altra parte tanto meno possono astenersi dal curare la fascia povera della comunità⁽⁴⁶⁾. Questa circostanza relativa al costo delle medicine e dei tratta-

menti medici genera non poco sospetto rispetto alla figura del galeno formale.

La relazione tra pazienti e farmaci risulta tremendamente sbilanciata. Per questo succede, per esempio, che, quando i farmaci vengano “regalati”, il gesto non si interpreti come “gentilezza” da parte del medico. Se il prezzo del farmaco è contenuto o se esso viene regalato dal personale del posto medico, allo stesso modo di coloro che danno l’elemosina, senza il senso che l’atteggiamento “affettuoso” ha fra gli Aymara, può succedere che il suo uso susciti la suscettibilità di coloro ai quali si rivolge. Si pensa che il farmaco sia già scaduto, che non sia più efficace o che sia inutile.

Esiste sicuramente sdegno verso ciò che si riceve come regalo non richiesto, a meno che ci sia di mezzo l’affetto esplicito tra il medico o un altro sanitario ed un paziente. Altre reazioni ai farmaci distribuiti nel posto medico sono relazionate con l’origine della malattia; se la patologia è per “trattamento”, allora sarà visto positivamente l’uso di un farmaco. I farmaci costosi nel senso comune sono più validi di quelli economici. Tale prestigio del “costoso” appare riflesso anche nelle *mesas rituales*. Le *mesas rituales* più costose, si dice che siano le più efficaci, perché hanno più “potere”, in quanto offrono una dimostrazione di “affetto” maggiore degli offerenti al destinatario cerimoniale; richiedono un sacrificio più grande e questo giustifica, nella prospettiva aymara, il valore.

Lo sdegno che producono i suggerimenti diffusi sia dai politici potenti che dagli amministrativi, si applicano allo stesso modo alle prescrizioni mediche. I progetti ed i suggerimenti estranei al contesto aymara producono molti sospetti, dati i trascorsi di inganni ed abusi, con i quali si è scritta la storia delle società aymara e della loro relazione con lo Stato. La medicina locale ha un valore impagabile, però il prezzo è accessibile al contesto aymara, cosa che non si può rilevare rispetto alla medicina convenzionale.

La medicina convenzionale è costosa e non offre “garanzie”. La medicina non è una scienza esatta; né i medici né gli *yatiris* curano in ogni circostanza ed occasione, però la medicina convenzionale esige alcuni costi addizionali che, nella prospettiva aymara, non sembrano riversarsi su una maggiore efficacia e sicurezza.

La gente non ha fiducia nei dottori. Il pagamento non soddisfa e vogliono solo aprire. Non c’è garanzia di cura; non c’è sicurezza; per questo preferiscono andare dai “maestri”

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

[Ignacio Kaillanti].

D'altra parte l'investimento economico che la medicina occidentale esige per giungere al completamento dei trattamenti terapeutici non conquista la stima dei pazienti aymara; come dire, si considera che non offra garanzie pertinenti. È frequente sentire pazienti e familiari di ammalati pronunciare la richiesta necessaria... «Lei me lo garantisce?», volendo quasi un accordo “notarile” e pubblico che può tradursi nella ricerca di attribuzioni di responsabilità alle equipe mediche di assistenza, nel caso di morte del paziente.

In questa situazione influisce, da una parte, la forte convinzione che la natura del male è diversa da quella che considera il medico convenzionale; dall'altro, l'alto costo (per quanto basso possa sembrare a noi, anche nella circostanza in cui il trasporto alla città e una parte dei costi dell'assistenza medica ospedaliera globale vengano coperti dal posto medico di campagna da cui proviene il paziente) che, in proporzione, è richiesto alla famiglia dell'ammalato, inasprisce le richieste di “sicurezza” che vengono avanzate alla medicina occidentale. Curiosamente questo desiderio di “sicurezza” e il certificato di garanzia mai l'ho visto comparire nella sfera dello *yatiri* rurale. Non si dubita mai del “potere” di cui il “maestro” rituale è testimone e la affidabilità delle sue pratiche concorda con la sanzione sociale e culturale di cui sono oggetto. Il medico, nei confronti dello *yatiri*, si trova in una posizione iniziale di forte svantaggio, perché non è integrato nella società nella quale pretende di mettere in pratica le proprie conoscenze; deve dimostrare, in primo luogo, la propria competenza. Si ritiene che non sia abile solo a causa del suo prestigio sociale e deve conquistarsi il riconoscimento dei pazienti giorno per giorno. Qualsiasi errore commetta può essere un colpo di spugna su mesi di dedizione esclusiva.

Il modo di agire delle istituzioni ospedaliere induce molteplici allontanamenti e perdite di fiducia. I contadini aymara si lamentano della forma “clandestina” con la quale il medico manipola e diagnostica. Non confida niente ai pazienti, opera in segreto senza dare informazioni su quello che succede. Questo atteggiamento può essere messo in relazione alla scarsa conoscenza della lingua aymara (*jaqi aru*) che hanno i medici tirocinanti che lavorano nell'altopiano. L'interesse per il sangue, l'uso del fonendoscopio, che i contadini aymara pensano non servire ad altro al medico che a giocare, perché egli, in genere, non dà giustificazioni di ciò che fa, stabilisce un distacco marcato dalle forme di diagnosi locale, quali la lettura di coca, *wank`u*, orina ed anche la “lettura della vena”, che sono dotate di molto più prestigio che non l'impiego del freddo “fonendo”.

Se tutto ciò fosse poco, i pazienti si confrontano da soli, senza i familiari ad alcuni trattamenti ospedalieri. Gli assistenti portano l'ammalato altrove e proibiscono l'entrata dei familiari che lo accompagnano, circostanza che instaura il dubbio di un abuso fraudolento nelle istituzioni ospedaliere. Dato che i familiari non possono vedere quello che succede, le equipe mediche "abusano" dell'ammalato, prelevando sangue in eccesso, «per darlo ad altri». Le istituzioni sanitarie sono considerate non come centri di assistenza alla salute, ma come centri di abusi ed iniquità, nei quali si offende l'ammalato chiamandolo "indio", sbattendogli in faccia la propria malattia ed il dolore, come conseguenze della cattiva alimentazione e della trascuratezza e sporcizia alla quale sarebbe abituato, come se l'ammalato fosse colpevole del proprio dolore, e, proprio per il fatto che è "indio", il personale sanitario e le infermiere si prendono il lusso di esprimere pareri e giudizi di valore sulla vita e l'intimità dei pazienti (TAHIPAMU 1994, DIBBITS 1994).

Io non vado al posto medico perché mi assistono male, mi urlano addosso, mi dicono "perché fai ammalare tuo figlio; sicuramente ti sei ubriacato, sicuramente non hai dato da mangiare a tuo figlio. Perché hai tanti figli se non li puoi mantenere? Credi che le malattie si curano solo con le erbe?". Questo mi dicono, per questo non vado; mi trattano male.

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

[María, 35 anni. Informazione fornita da Willi C. Chacón (Pisac Perú)].

La gente va negli ospedali e, quando dicono che la vogliono operare, vanno via, si curano con le erbe.

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

[Ignacio Kaillanti].

Sono frequenti i casi, che vengono raccontati, di ammalati che scappano dai centri ospedalieri nei quali stavano per subire una amputazione o un intervento chirurgico e guariscono con trattamenti medicinali basati sulla terapia tradizionale, consigliati dallo *yatiri*.

Il caso del figlio di Paz Mariano è noto a Tuqi Ajllata Alta; la gamba destra si stava cronicizzando, odorava male e un colore scuro si distribuiva sulla superficie. I medici dicevano che aveva una cancrena ed era necessario tagliarla. L'intrepido ragazzo, vedendo i preparativi per l'amputazione, se ne scappò dal recinto dell'ospedale e tornò alla propria comunità, dove sentì il parere di suo "zio" Ignacio, *yatiri*, che lo curò con terra vergine del

achachila Qapiqi, in particolare della cima, usando terreno sul quale nessuna persona aveva camminato mai e collocando una massa compatta di tale terra sulla superficie malata della gamba. Sembrava che avesse camminato in un “cattivo luogo” e per questo la sua gamba era ammalata; con l’impasto di terracotta, poco a poco, la gamba acquisì un aspetto migliore fino alla guarigione completa, cosa che permise al ragazzo di marciare a Santa Cruz de la Sierra per fare il gelatiere.

Vari casi simili a quello del figlio di Paz Mariano sono frequenti nell’altopiano e rappresentano testimonianze chiare, ponendosi nella prospettiva aymara, del modo in cui le tecniche mediche più violente siano inappropriate, nei confronti delle efficaci possibilità di recupero della salute date dalle pratiche mediche tradizionali. I medici sono famosi per la velocità con la quale tagliano e per la facilità con la quale sezionano membra, senza considerare il parere del paziente in una fase preliminare. Più che un servizio sanitario, sembra che esercitino un servizio di “abuso” fraudolento di cui i pazienti aymara sono, in alcuni casi, le vittime.

D’altra parte, l’ospedale conserva una connotazione di estraneità, e, secondo i dati riferiti dall’Equipo de Salud Altipiano, questo crea un impatto sulle nascite. Le donne aymara vogliono partorire in casa, nella posizione consona e a contatto con la terra. I figli nati nell’ospedale o nel posto medico, proprio per la probabile attenzione igienica, non smettono mai di essere «estranei» (Dr. Rubén Montero, comunicazione personale) perché sono nati fuori dalla casa. Allo stesso tempo, le misure preventive e il trattamento farmacologico che si offre ai bambini, altera le loro condizioni fisiologiche.

Alcuni *yatiri* mi hanno detto che i bambini nati negli ospedali, ai quali sono stati applicati dei trattamenti e che sono stati medicati con i farmaci, già non rispondono alle cure tradizionali, dato che, quando il corpo si abitua alle droghe dell’ospedale, può essere curato solo con droghe.

Il concetto del tempo nel servizio medico in ambito rurale contrasta fortemente con le visite dello *yatiri*. Il servizio di ambulatorio, al quale le equipe sanitarie rurali sono obbligate, dedica intere giornate a campagne di prevenzione incentrate sull’assistenza di base, sui servizi generali di salute e odontologia, e così persegue l’obiettivo di rendere redditizio al massimo l’ambulatorio, assistendo il maggior numero di casi nel minor tempo possibile. In questo senso, le tavole statistiche di vaccinazione e dei servizi di assistenza di base richieste dai finanziatori esterni, dalle quali dipende a volte la continuità dell’aiuto sanitario, non favoriscono assolutamente la qualità del servizio offerto.

Nelle società aymara, gli *yatiri* dedicano una notte intera ad un paziente; difficilmente lo *yatiri* accetterà di assistere più di un paziente per sessione curativa e per giorno, (al contrario di ciò che si può vedere negli *yatiri* stabilitisi a La Paz e El Alto); prende parte ai modi abituali di integrazione nel mondo aymara. Il trattamento è una parte del panorama culturale, tanto che non possono essere ovviate le forme abituali di cortesia e le dimostrazioni di “affetto” che compongono la visita stessa dello *yatiri*, intendendo l'*akulli* della coca, il fumare sigarette, bere qualcosa e condividere un pasto con l'ammalato e la sua famiglia, mentre lo *yatiri* raccoglie tutte le informazioni sul caso, dategli dalla famiglia e avvalorate opportunamente con la diagnosi fatta per mezzo della coca.

Lo *yatiri* può solo accettare i casi medici che conosce e quelli per cui si sente all'altezza. Il criterio universalista dei medici, che sembrano conoscere tutto, provoca un certo rifiuto per l'arroganza che contiene e che genera e la concezione ambiziosa delle proprie conoscenze, associata all'interesse dei medici a guadagnare a tutti i costi. Lo *yatiri* non può accettare i casi che le foglie di coca non confermino che sono “per lui”. Lo *yatiri* ambizioso, che si interessi al denaro in maniera smisurata e si fa pagare molto, non dovrà aspettare a lungo di ricevere le accuse velate di essere *layqa*, stregone, il che produce gravi danni, da parte della comunità e dei suoi pazienti.

L'esercizio della autorità medica nel contesto aymara è diverso dai servizi sanitari formali. Nella medicina urbana convenzionale deleghiamo la decisione della cura al medico; è lui che decide le dimissioni e i ricoveri medici; senza dubbio, nel mondo aymara non è così, è la persona che soffre che riconosce se è stata curata o meno. L'impostazione è molto più corretta nel nostro caso, dato che è il paziente colui che sta male, a lui tocca definire come si sente e se il trattamento è stato soddisfacente o meno; lo *yatiri* gli chiede il parere, domanda, dopo aver effettuato il trattamento, «... sei sano?», invece il medico di solito afferma con prepotenza: «... Sei sano, non hai niente!». Indubbiamente quando la gente va al posto medico sarà per qualcosa! In questo senso allontanare i pazienti in malo modo, insistendo che sono sani, dà luogo alla diffusione, tra i contadini, della diceria che il medico non “capisce”, per cui difficilmente potrà rispondere alle aspettative di assistenza di base che persegue.

Nella concezione occidentale, la medicina è talmente tecnica che abbiamo delegato la salute agli “esperti”, i medici, senza riflettere sul valore della realtà sociale e umana importante. «”Sano, sano”, dice il medico, però sono ammalato», commenta un paziente dopo una visita nel posto medico.

Il paziente deve confermare i risultati della terapia; è lui che deve verificare la propria guarigione, non il medico.

L'esercizio dell'autorità terapeutica nella pratica aymara si radica nella pratica dello *yatiri* ed alla fine nella soddisfacente guarigione del paziente, però quest'ultimo possiede la competenza ultima per riconoscere la propria situazione medica, successivamente confermata o smentita dalle diagnosi ottenute nelle foglie di coca.

D'altra parte bisogna considerare il contesto sociale e culturale collegato alle definizioni di "essere sano" o "essere ammalato" nella prospettiva aymara. È possibile che il piano medico o fisiologico, nelle analisi effettuate nel posto medico, non rilevino niente, ma questo non significa che il paziente non sia ammalato. La malattia o il problema di salute ha molteplici forme di rappresentazione nella cultura aymara. La malattia in non poche circostanze si crea nella famiglia ed è nello spazio domestico che deve essere diagnosticata e curata opportunamente. Il caso di Petrona Velázquez, comare di Sorata, chiarisce sufficientemente questa circostanza.

Petrona Velázquez arrivò a casa del suo compare Carmelo Condori nell'altopiano per farsi "curare". Arrivava dopo varie ore di viaggio da Sorata fino a Ajllata Grande; il suo malessere era nel corpo affaticato; lo stomaco era "raffreddato" e le causava molti dolori. Tuttavia, in questa sintomatologia la paziente includerà gli avvenimenti che, secondo la propria opinione, corroborata posteriormente dal "maestro", componevano il quadro clinico della malattia. La sua casa è stata assalata tre volte. Nella prima occasione le avevano rubato conigli, nella seconda polli e, nella terza, il mais. Questa circostanza si considera "scatenante" della malattia di cui soffre Patrona, che si manifesta con dolori di stomaco e stato di avvillimento.

Gli *yatiri* aymara sono interpellati in relazione ai problemi ed ai conflitti più vari, poiché si richiede la loro esperienza ed il consiglio. C'è gente, in un certo senso "ammalata", cioè con problemi, gente "afflitta" che cerca un orientamento e non ha dubbi di rivolgersi allo *yatiri* affinché risolva o allevi una così grande insicurezza. Questo tipo di traslazione di problemi medici verso cause sociali confonde le equipe mediche convenzionali, che eliminano il problema con un deciso "sano!", senza percepire la causa che il paziente vede come origine della propria pena.

Le campagne di prevenzione sanitaria e assistenza di base specie nell'ambito delle campagne di vaccinazione, meritano un'attenzione speciale, viste le solite difficoltà per effettuarle, malgrado i titoli trionfalistici della stampa con cui in genere si gonfiano le suddette campagne. Il vaccino,

così come l'iniezione, possiede un valore ambiguo nella prospettiva aymara. Da una parte si riconosce il suo "potere" per le malattie del medico, potere questo che a volte rincara anche il prezzo; dall'altra produce una certa diffidenza e sospetto. Il commento di Manuel Quispe, maestro in contesto rurale in un paese vicino al lago Titicaca, risulta interessante: «Per umiliarci, per farci diventare docili, per non farci avere famiglia, per questo è il vaccino!». Bisogna collocare il commento di Manuel nel contesto specifico della docenza in una situazione rurale aymara e, in questo senso, le modalità di gestione della salute proposta dallo Stato e affini producono un conseguente rifiuto e la diffidenza, in quanto ci si aspetta dallo Stato che rinforzi i processi di integrazione forzata contro gli interessi contadini. Pedro Mamani, tuttavia, essendo anch'egli maestro in contesti rurali personifica l'ambiguità più estrema in quando critica, in parte, le proposte del governo, per difenderle successivamente con una certa autorità. Non avrebbe dubbi nell'eliminare i rappresentanti del sindacato dei maestri, presumibilmente "venduti" ai partiti politici e, nonostante ciò, appoggia qualsiasi manifestazione da loro convocata. Clemente Condori è più cauto nelle sue opinioni ed, essendo anche rappresentante dei maestri di campagna, difende le proposte del governo e le appoggia basandosi sulla recente normativa di Partecipazione Popolare, per l'investimento di capitali verso le comunità contadine. Pedro Chura concorda nell'interesse per la Legge di Partecipazione Popolare ma non nella Riforma Educativa né nelle proposte di bilinguismo dello Stato. Il suo "collega" e parente Jaime Chura, anche egli maestro in scuole di campagna, è convinto che la Legge di Capitalizzazione inciderà con nuove tasse per i contadini. Dunque, tutto questo *mare magnum* di posizioni opposte, contraddittorie e complementari, indica allo stesso tempo fino a che punto il sindacato dei maestri di campagna sia straordinariamente eterogeneo. D'altra parte, lo stesso Pedro Quispe, contrariamente alle sue manifestazioni pubbliche, non esitò ad anticipare la mia azione sanitaria portando i suoi figli all'Ospedale di Achacachi per vaccinarli contro i sintomi di alcuni casi potenzialmente epidemici di un ceppo di tosse convulsa, che ebbe luogo in Ajillata.

Tuttavia, l'interpretazione di Manuel ci pone di fronte ad un altro problema importante, ovvero la dimensione "politica" della medicina. Il rapporto tra competenze sulla salute tradizionali e statali presuppone la necessità stabilire anche una linea di carattere politico che impatta sulle relazioni di potere esistenti tra tutti gli attori sociali facenti parte della catena terapeutica: ministero della Salute, istituzioni ospedaliere, medici, ausiliari sanitari, yatis e pazienti. Questo tipo di diffidenza che ha origine in una situazione in cui i rapporti di potere entrano in gioco, si vede ugual-

mente nelle reazioni ambigue prodotte dalla donazione alimentare internazionale, causa, secondo molti, del livello di denutrizione caratteristico delle popolazioni aymara, specialmente nei distretti urbani⁽⁴⁷⁾. Indubbiamente le popolazioni aymara ed i diversi gruppi etnici che formano la Bolivia hanno fondate ragioni storiche per “dubitare” di quello che lo Stato propone loro, così come dei fondi e degli aiuti internazionali. Superare questi sospetti non è semplice a mio parere, a meno che vengano rinforzati gli spazi di dialogo interculturale.

Manuel Coa, “residente” nell’altopiano, originario del Cantón de Ajllata Grande, era affetto di una complessa ulcera sanguinante. Ebbe un impressionante sbocco di sangue che l’obbligò a recarsi con urgenza al posto sanitario più vicino alla sua residenza abituale in Villa Huayna Potosí di El Alto. Lì fu trattato in maniera molto brusca, venne spinta la barella che lo trasportava contro la parete ed egli “parcheggiato” nei corridoi. I suoi parenti non lo poterono accompagnare. Gli fecero una flebo e l’analisi del sangue. Quando non ne poté più, sbottò con l’infermiera: «E come farete l’estrazione? Vediamo un po’. Non ho più sangue!». L’infermiera rispose con violenza: «Scemo! Se non avessi del sangue... saresti morto!».

Il valore del sangue, la sua quantità e gli usi fraudolenti che si imputano alle estrazioni del sangue, presentano una marcata interpretazione culturale. Il tipo di relazione “ad urla”, che non considera le diverse prospettive culturali rispetto alla problematica del sangue, che non è soltanto tecnica, non favorisce la comprensione e nemmeno l’avvicinamento ragionevole delle due parti.

Che sangue avrò! Per venderlo me lo stanno estraendo. Mettono pure il sangue per “altri”... non vede?.

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

Manuel Coa non si accontenta del trattamento convenzionale. L’hanno già avvertito che deve operarsi e il costo di questa operazione è di diverse migliaia di bolivianos... «da dove li prenderò? Dove li cerco, mi dica un po’...?»». Siccome Manuel è yatiri considera che esistono prove ragionevoli che indicano che il male che ha è di tutt’altra natura. È convinto che si tratta degli *saxras* (maligni) come dimostra il fatto che diversi gatti neri si sono avventati sul suo letto, “asustándolo”⁽⁴⁸⁾ e provocando la malattia. «I dottori non capiscono e per questo chiediamo dall’altra parte». Qual è quell’“altra parte” di cui parla Manuel? È la medicina aymara. Per questo fece pervenire un avviso urgente a uno dei principali ch’amakanis della sua comunità, pregandolo di visitarlo quanto prima. Carmelo Condori si

presentò nella casetta di Villa Huayna Potosí con il suo *tari* di coca e le sue *mesas* cerimoniali. Dopo il commento sul trattamento e gli abusi di cui era stato oggetto all'ospedale, Manuel criticò il fatto di doversi mettere un'altra flebo che avrebbe dovuto pagare poco tempo dopo. Il *ch'amakani* non era d'accordo sul fatto che la vena ed il corpo fossero "aperti" in quella maniera, pensando che non avrebbe potuto reggere tutto il liquido che gli gocciolava dentro in un colpo solo. D'altra parte, lo zelo ospedaliero sull'analisi del sangue si spiegava con l'uso fraudolento e con l'impiego del sangue per altri pazienti, a caro prezzo. Manuel decise di non tornare più in ospedale, perché il medico «non sa». Ringraziò invece della presenza di Carmelo che, senza dubbio, l'avrebbe curato in modo efficace con qualche purificazione del *wank'u* (porcellino d'India) insieme al "pagamento" di una *ch'iyara mesa*⁽⁴⁹⁾ (offerta nera).

Il figlio di Andrés Mamani è caduto dalla bici. I suoi arti inferiori sembrano accorciarsi, sintomo inequivocabile, nella prospettiva aymara, di essere stato preso dalla terra; gli fa molto male la testa. Gli chiedo se è andato dal dottore, ma non si fida dei medici che lavorano nel contesto rurale: «Sono solo degli apprendisti, dei principianti». Ancora una volta si coniuga il fatto della poca esperienza con una marcata mancanza di competenza nel trattare certe malattie, quelle considerate più rischiose dalla gente, definite come autentiche sindromi culturali.

Consideriamo adesso l'opinione di Germán Mamani Tallakawa, yatiri de El Alto de La Paz, esattamente della zona di Faro Murillo: «I medici non curano di Pachamama, di katxa... fiaccano tutto e causano la morte!». Quest'affermazione di Germán relaziona le malattie considerate come sindromi culturali proprie dal contesto culturale aymara e andino, con l'incapacità del medico convenzionale di occuparsene. Quello che mi interessa è mettere in relazione la testimonianza di Germán con le pratiche mediche convenzionali e l'esito fatale. I medici «fiaccano e causano la morte». Questa asserzione di Germán è relazionata con la tendenza ad aprire il corpo, gli interventi chirurgici, che danno come risultato un corpo fiacco, debole, più incline alla malattia, secondo le costruzioni culturali aymara sul proprio corpo fisico. Basti considerare che un certo tipo di strategie, abituali nelle pratiche mediche formali, sono considerate sconvenienti, dal punto di vista aymara, per l'esposizione dei corpi dei pazienti, che rimangono deboli e vulnerabili alla malattia.

Da questo punto di vista non deve sorprenderci che l'ospedale venga considerato come il posto in cui la gente va a morire piuttosto che a guarire. I medici naturalmente si lamentano di questa interpretazione, e insistono sul fatto che molti casi, che avrebbero potuto essere presi per tempo, ar-

rivano in ospedale troppo tardi, lasciando a loro la responsabilità quasi di operare un miracolo, dato che, quando ricevono il malato, a stento possono fare qualcosa per lui. È possibile che, anticipando un po' la morale di questo articolo, se le equipe mediche fossero abituate a riconoscere le interpretazioni aymara della malattia, la natura della loro diffidenza e dei loro sospetti, così come la logica delle costruzioni terapeutiche, forse l'ospedale, il posto sanitario o il medico formale non sarebbero l'ultimo anello della catena nel trattamento della salute umana nell'altopiano, lì dove il posto medico esiste senza essere integrato né socializzato negli impegni quotidiani della comunità. Finché il servizio sanitario formale costituisce più un sospetto di controllo politico ed un elemento di disgregazione della comunità che un centro di salute, sarà difficile che diventi qualcosa di più del prologo di alcune morti (anche se non tutte) dei contadini aymara.

La lotta per la vita ha i suoi limiti. Quest'aspetto, senza dubbio, è difficile da riconoscere partendo da una prospettiva esterna incentrata sul presupposto "la vita a tutti i costi". Quando si è fatto tutto ciò che è ragionevole per recuperare il malato, senza avere un esito favorevole, sembra che le società aymara alzino le mani; non ci si deve spingere oltre. Il malato resta legato al suo destino, accompagnato dai suoi cari che lo vegliano fino alla morte. Questa concezione di "morte dignitosa" è tremendamente conflittuale per le società occidentali, tenendo conto dei problemi legali e amministrativi che stanno provocando argomenti come l'applicazione dell'eutanasia. L'impegno occidentale per proseguire in una lotta ormai persa, in una prospettiva culturale, produce un tremendo malessere nelle famiglie degli malati.

Nella città e nei settori rurali in cui i posti sanitari sono, in un certo senso, integrati nella collettività, il malato cerca, nel mercato della salute, le diverse opzioni. Invece, nelle zone dell'altopiano, in cui i posti medici a stento intervengono nei processi di integrazione e socializzazione, i parenti scartano l'opzione della medicina convenzionale dato che la convinzione generalizzata è che in queste circostanze il trattamento medico arrecherà altri problemi, e addirittura sospettano che si possa abusare del malato.

I limiti nelle pratiche mediche aymara, quando si crede che la morte sia inevitabile, proteggendo il malato nel contesto domestico per rendere più gratificanti i suoi ultimi giorni, devono farci riflettere su questa attuale rivalutazione della "morte dignitosa" che sta avendo luogo nel contesto occidentale, al di là del garbuglio di tubi, respiratori, elettrodi e computer, tristi compagni di viaggio (l'ultimo) dei pazienti terminali che agonizzano nelle moderne aziende ospedaliere.

Morire a casa, tra i propri cari, esattamente come si è nati, al caldo del *qhiri awicha* (camino contadino), o morire ignoto, tra “sconosciuti” nell’ospedale, sembra essere la diatriba che si profila tra i cosiddetti malati terminali, dal punto di vista aymara, sebbene non si sia consultato nessun professionista medico sul caso.

Da parte di coloro che esercitano l’azione medica convenzionale sono frequenti i pregiudizi e i dispetti verso le medicine etniche; nelle loro riflessioni non rientra affatto l’obbiettivo di una disciplina, quale la medicina, che si mostri vicina alle scienze umanistiche e sociali, dato che proprio gli essere umani, che partecipano a fitte reti di comportamenti sociali, costituiscono il suo strumento abituale di lavoro e analisi.

La medicina costituisce una parte importante del tessuto che le società umane tessono e che viene chiamato cultura.

Il profondo sentimento umanista che pervade le pratiche mediche aymara, come quelle di altri gruppi indigeni americani, la loro dedizione e le logiche che la interpretano, la dettagliata osservazione di certi principi farmacologici isolati nelle specie vegetali del proprio ambiente, dovrebbero farci riflettere sull’umanizzazione della medicina occidentale; sui nostri pazienti ugualmente sottomessi a costruzioni culturali complesse rispetto alle malattie e sulle loro proposte di guarigione, in rapporto con le possibilità di una maggiore soddisfazione dei servizi sanitari delle nostre istituzioni ospedaliere, che derivi dal riconoscimento dei bisogni e delle carenze esperite dagli utenti.

Le medicine etniche, come nel caso della medicina praticata dagli indigeni aymara, non possono essere lasciate nelle mani di persone poco scrupolose e di “esotisti” illuminati che sostengono principi di carattere transculturale in applicazioni mediche che rispondono a richieste concrete, sorte in contesti culturali precisi, ben delimitati e che rispondono a bisogni e costruzioni culturali specifiche, nelle quali risultano efficaci.

Altra cosa è lo studio dei principi farmacologici contenuti nelle specie naturali impiegate e il dosaggio pertinente. Da una parte, per l’antropologia è gratificante confrontare le diverse opzioni presentate dai gruppi etnici americani in relazione al trattamento della malattia. Gratificante nel senso di una resistenza ed un freno alle pretese di globalizzazione culturale che la fanno da padrone di questi tempi.

Ma, dall’altra parte, ciò è preoccupante per la politica e l’autorità esercitata dai diversi strumenti degli Stati pluriculturali latinoamericani ed i singulti di sviluppo più o meno implicati nelle proposte governative di certe

sottosegreterie come quella esistente in Bolivia («Genere, etnie e generazioni») e di alcune Organizzazioni non Governative (ONG) per lo sviluppo, quando devono affrontare situazioni critiche di salute in abituali contesti di marginalità come quelli in cui versano i gruppi indigeni contemporanei.

Le penose statistiche riferite al parametro di mortalità infantile, in gran parte delle zone occupate dai gruppi indigeni, pone seri problemi etici sull'esercizio dell'antropologia e della medicina convenzionale. La difficoltà di creare spazi di dialogo interculturale accresce la distanza ed i raffronti tra i guaritori tradizionali indigeni e i servizi formali di salute. Le peculiarità culturali non sono considerate oppure lo sono ma in modo orgoglioso dalle equipe sanitarie professionali, forzate a compilare alcuni registri statistici per assicurarsi il proprio finanziamento.

In questo contesto, l'importanza della conoscenza della lingua indigena e delle concettualizzazioni native sulla malattia da parte delle equipe di salute che lavorano negli spazi rurali non sarà mai sufficientemente sottolineato. L'inserimento graduale, senza violenza, nella sfera sociale; il far parte delle attività abituali delle comunità indigene renderà possibile uno spazio di dialogo in cui la medicina e la malattia siano oggetto di riflessione da prospettive diverse. La multiculturalità obbliga la ricerca di soluzioni personalizzate nel trattamento della malattia, favorendo le possibilità di contatto e dialogo tra la medicina convenzionale e le diverse medicine native.

Risulta complicato dare suggerimenti, soprattutto quando il tema è così complesso come quello dei rapporti interculturali nella salute; comunque oso qui proporre un piccolo saggio di suggerimenti per le equipe di salute che lavorano nelle comunità indigene.

1. Conoscenza della lingua locale. Quanto più saremo in grado di comprendere e di farci capire nella lingua locale, tanti maggiori vantaggi otterremo nel trattamento assistenziale creando, contemporaneamente, reti di empatia e integrazione nell'area. Lo sforzo, malgrado le difficoltà, risulta gratificante e riconosciuto dai pazienti. Dà impulso ai rapporti di affinità, indispensabili per creare rapporti di mutua fiducia tra l'equipe medica, i guaritori locali e i pazienti. Inoltre, costituisce un aspetto basilare di qualsiasi programmazione interculturale rispetto alla salute, così come è successo nell'area educativa (interculturale bilingue).

2. Conoscenza dell'Antropologia Sociale in generale e dell'Antropologia Medica in particolare. La loro inclusione nei curricula universitari della carriera medica allevierebbe lo "scontro culturale" che i laureati in medicina subiscono nel confrontarsi con realtà culturali così diverse da quelle da

cui provengono. Permette all'equipe sanitaria di riconoscere dei principi non universali, e quindi permeati di un certo relativismo, nella concettualizzazione e nel trattamento terapeutico della malattia. Può servire per ridurre gli atteggiamenti paternalistici e prepotenti, comuni nell'uso asimmetrico del potere sanitario. Obbliga sia il medico che l'ausiliare sanitario a conoscere l'ambito culturale nel quale realizzeranno il lavoro, dunque non si sorprenderanno delle interpretazioni su salute e malattia e potranno stabilire un rapporto più equilibrato con i pazienti. L'imprescindibile rispetto verso le forme native di malattia e guarigione, così come la loro conoscenza, permetteranno loro in molte occasioni di stabilire sinergie strategiche tra le tecniche tradizionali e le forme di guarigione clinica che saranno favorevoli ai pazienti. La conoscenza dell'ambiente e delle peculiarità culturali della propria giurisdizione eviterà la turpitudine dei giudizi di valore ingiustificati su aspetti quali l'igiene o il pudore e gli "scherzi", da cui solo può derivare una diminuzione della fiducia da parte dei malati. D'altra parte, aiuterà ad una migliore pianificazione dei servizi di salute, nei programmi e negli obiettivi.

3. Condividere con i guaritori nativi e con i pazienti. Non stabilire gare di competitività o "mercato" con loro. Potenziare gli incontri di avvicinamento e dialogo con i medici nativi e con i pazienti. Lo scambio con i medici locali dev'essere il più orizzontale e simmetrico possibile in un contesto in cui predomini il rispetto mutuo e la consapevolezza di stare di fronte a persone di prestigio e dal forte riconoscimento sociale.

Il contatto con i pazienti e con i loro parenti dev'essere il più scrupoloso possibile, con fluidità nella lingua locale e dedicando il tempo necessario a spiegazioni dettagliate. Indicare con precisione ragionevole l'uso dei farmaci e delle risorse cliniche opportune. Spiegare il senso delle analisi, il perché del loro uso e ragionare approfonditamente, prima della diagnosi, sul tipo di malattia di cui il paziente soffre. È necessario parlare di tutti i dettagli che il paziente richieda sulle possibilità che si offrono all'equipe medica in ogni situazione.

Ricevere un paziente in fretta e senza un'efficace assimilazione di concetti produce una grande angoscia e inquietudine nei pazienti. È necessario, specie con le donne, rispettare il pudore che possono provare per le richieste di analisi; in nessun caso invadere con prepotenza la sfera intima. Non responsabilizzare mai il paziente del suo stato precario di salute. Possedere sufficienti conoscenze della cultura locale per poter comprendere le caratteristiche della vita quotidiana del posto e non stupirsi delle abitudini igieniche, culinarie, lavorative o dei modi che presentano i pazienti e che posso-

no rendere più o meno incompatibile qualsiasi suggerimento di controllo periodico nel posto medico.

Attenzione con il farraginoso gergo medico⁽⁵⁰⁾!

D'altra parte è necessario eliminare qualsiasi traccia di prepotenza e imposizione nelle proposte di sviluppo dei programmi. Questo consiglio può sembrare banale ma così come a volte diciamo "gli è uscito fuori l'indio!" quando la gente beve e agisce in modo irrazionale o violento, probabilmente dovrebbero dirci "gli è uscito fuori il bianco!" nel momento in cui ci troviamo con una piccola quota di potere, come rappresentanti dell'autorità statale e nell'uso della parola durante una assemblea in cui frequentemente si richiedono "sì o sì" azioni da parte della comunità con scarso margine di manovra per i "beneficiari"⁽⁵¹⁾.

4. Evitare la mobilità del personale sanitario per periodi inferiori ai tre anni. I pazienti chiedono qualità alle equipe mediche, e continuità. Non è semplice abituarsi a nuove facce ed a caratteri diversi ogni anno. In questo senso, un ben magro favore è l'"anno di provincia" per avere il titolo nazionale⁽⁵²⁾. Porre l'assistenza sanitaria in termini simili all'"esilio forzato" non sembra la formula più adeguata per compiere in modo soddisfacente un servizio come quello sanitario. Nel modello della riforma educativa esiste già un antecedente in questo senso con contratti di permanenza di almeno tre anni (Xavier Albó, comunicazione personale). Per questo risulta indispensabile sviluppare i necessari stimoli economici e di servizi di base. Non si può esigere dalle equipe mediche una vocazione di servizio e sacrificio, non riconosciuto, per tutta la vita. Come abbiamo già indicato, l'interesse e gli stimoli che offre il mondo rurale aymara sono piuttosto scarsi per un professionista della medicina che abbia il logico desiderio di specializzarsi e continuare la sua formazione. Vaccinare, suturare e ricomporre braccia rotte finisce per sfinire ed annoiare anche il medico più servizievole e convinto. D'altra parte, dovrà essere lo Stato, ancora una volta, a conferire dignità alla figura del medico rurale e potenziare le sue attività con i mezzi economici adeguati per un opportuno sviluppo delle sue competenze.

5. Appoggio costante agli ausiliari nativi del posto. Il loro lavoro risulterà essenziale per la graduale integrazione del posto medico nel seno della comunità. Essi costituiscono il punto di congiunzione tra la medicina tradizionale e l'assistenza clinica dei pazienti, rafforzando nel tempo il clima di fiducia e affinità che esiste tra i due circoli.

6. Periodicamente, nell'assemblea comunitaria, informare a proposito della programmazione, dei piani strategici e delle campagne di vaccinazione.

Stabilire chiaramente gli obiettivi e i mezzi impiegati nei vari casi. Prendere le decisioni in modo consensuale, con il parere unanime della comunità. I suggerimenti devono essere partecipativi; non ha molto senso pensare i programmi interculturali di salute negli uffici dei ministeri e mandare i rappresentanti ad applicarli se, preventivamente, non si tiene conto del parere delle comunità e loro stesse non possono formulare suggerimenti e richieste attraverso le autorità rappresentative nei Consigli allargati cantonali, provinciali e dipartimentali, per poter elaborare un Piano Strategico Nazionale di Medicina e Salute Interculturale, raccogliendo tutta l'informazione possibile sulle lamentele, i conflitti con le équipe istituzionali di salute, le carenze sanitarie, le priorità e i suggerimenti, ecc., dalle comunità implicate. Ciò significa che, in primo luogo, si dovrebbe conoscere quello che le comunità richiedono in materia di salute dallo Stato, quali sono i criteri specifici nell'assistenza sanitaria, le principali esigenze ed i bisogni. Diversamente, staremmo ancora a "pizzicare" il sedere altrui senza chiedere il permesso né consultare, per prima cosa, l'interessato.

In questo modo si eviterebbe l'abituale emarginazione degli interessati nei programmi ministeriali, la loro apatia, la mancanza di interesse ed il "sospetto" sugli ambiziosi progetti emanati dallo Stato. La politica sanitaria interculturale e i suoi caratteri di applicazione devono essere legati ai desideri formulati precedentemente dai rappresentanti delle nazioni originarie della Bolivia, come passo previo al disegno di qualsiasi piano strategico.

7. L'esperienza dei maestri rurali in educazione bilingue e di altri possibili mediatori culturali, disponibili in ogni contesto locale, potrebbe essere ugualmente considerata nei programmi di medicina ed interculturalità. La presenza dei maestri nelle comunità rurali e la loro rilevanza nelle assemblee comunitarie possono risultare opportune per ricavare le opinioni dell'assemblea ed introdurre spazi di dialogo e negoziazione nel dominio interculturale della salute. Allo stesso tempo la loro attività lavorativa permetterebbe di includere le proposte relative alle campagne di prevenzione sanitaria, previo consenso dei capi famiglia e delle autorità comunitarie, nelle attività scolastiche.

8. Bisogna tener presente, comunque, la dimensione sociale che la malattia può adottare e i criteri di decisione consensuali, non solo con il paziente, ma anche con la famiglia, e addirittura con il proprio ambiente sociale comunitario. La decisione sulla salute dei cittadini acquista un senso sociale che bisogna rispettare. Le decisioni sulla vita e la morte sono di entità sociale, non dipendono esclusivamente dall'ammalato e meno ancora

dall'equipe di salute. Questo malgrado le lamentele delle equipe convenzionali che vorrebbero poter agire con somma urgenza, trasferendo i pazienti gravi per l'immediato ricovero negli ospedali della capitale. Le decisioni di tale importanza sono valutate con calma e cautela da parte del paziente e della sua famiglia, dei supporti medici locali e, a seconda dei casi, della stessa autorità comunitaria. Meritano considerazione i criteri di "qualità" di vita esibiti nel seno della comunità di fronte alle soluzioni estremamente organiche e tecnologiche delle equipe sanitarie.

9. Creazione della figura del medico rurale. Sostituzione del "servizio di leva", che si camuffa nell'attuale "anno di provincia", con un corpo specifico di medici rurali specializzati nell'assistenza sanitaria interculturale. Non possiamo pensare o esigere che tutta l'accademia medica boliviana sappia le lingue indigene e addotti nozioni di antropologia e interculturalità nell'esercizio della salute, ma forse non sarebbe per niente strano che un corpo medico rurale specializzato in programmi di medicina interculturale, reso dignitoso nel suo lavoro dallo Stato, con la formazione pertinente e il giusto riconoscimento sociale, sia la punta di lancia di un nuovo accordo per l'assistenza sanitaria tra i rappresentanti delle nazioni originarie della Bolivia. Il resto del corpo medico non dovrebbe passare senza voglia, forzatamente, l'esilio dell'"anno di provincia", né i cittadini patire sulla propria pelle l'"apprendimento", la loro prepotenza e maleducazione. Sarebbe importante poter accogliere nelle facoltà di medicina un numero maggiore di rappresentanti indigeni nella carriera medica, così come considerare un'area accademica specifica di Medicina Interculturale, con il riconoscimento e l'onorabilità corrispondenti. Spetta ai ministeri della Salute e della Pubblica Istruzione fare un considerevole sforzo, riconoscendo l'area di Medicina Interculturale e rilasciando borse di studio a studenti che abbiano interesse ad esercitare questa specializzazione nelle zone rurali.

In questo senso, offrire borse di studio ai migliori studenti, diplomati nelle aree rurali e che, desiderosi di intraprendere la carriera medica, non possono farlo per mancanza di risorse, sarebbe veramente opportuno. Si deve considerare che, molto probabilmente, la presenza di più membri locali nei posti medici rurali renderebbe più facile, come nel caso dell'educazione interculturale bilingue per i maestri, qualsiasi politica interculturale nell'ambito della salute. Indubbiamente l'applicazione di questa premessa richiede decisioni politiche, economiche e sociali corrispondenti. Il pericolo della specializzazione medica rurale consiste nel discredito che potrebbe presentare questa categoria di fronte al resto dell'accademia medica; cioè il trasferimento all'ambito della salute del problema già constatato nell'ambito educativo con i professori di "primo livello" (nei centri urbani)

e di “secondo” (nell’ambito rurale). Se non vogliamo configurare ugualmente medici di prestigio (urbani) ed altri screditati (rurali) è necessario da una parte dare dignità e prestigio, con i meriti corrispondenti al medico rurale (stipendi e bonus di campo), ma, dall’altra, realizzare lo sforzo politico, economico ed accademico opportuno per spingere la specializzazione di medicina interculturale nelle facoltà di medicina del Paese.

Identificare l’interculturalità in salute con l’ambito rurale costituisce un errore madornale. La presenza di emigranti nelle città boliviane, provenienti da spazi culturali diversi costringe a considerare ed applicare le prospettive interculturali in medicina negli ambulatori, centri di salute ed ospedali urbani (FERNÁNDEZ 2001).

10. Diffusione di questi precetti a tutti gli ambiti dell’azione statale, consegnandoli alla corrispondente campagna d’informazione. La *wiphala* politica, sociale e culturale, rappresentativa della pluralità boliviana, deve riconoscere ugualmente la diversità applicata all’area della salute, propiziando gli spazi di incontro e dibattito opportuni tra pazienti, parenti, guaritori, ausiliari e medici, con la legalizzazione di uno Stato pluriculturale e multilingue (ALBÓ 1999).

Probabilmente questo tipo di chiarimenti possono giustificare la loro ragione d’essere in un modo molto più trasparente e meno congetturale: semplicemente basterebbe che, chi legge, rifletta sul tipo di assistenza medica che gli piacerebbe ricevere, in quanto persona, in una situazione di emergenza sanitaria e non in quanto “indio di merda”. Facciamo lo sforzo di immaginare le difficoltà ed i problemi che comporterebbe accettare la presenza di “stranieri”, o comunque persone lontane dal nostro circolo più intimo, che non conoscano la nostra lingua, che non agiscano secondo le nostre norme, che ci chiedano i nostri figli per conficcare loro aghi e che non siano in grado di capire il vero senso delle nostre malattie. Sono convinto che sarei uno dei primi a scappare dalla loro influenza o, forse... a lanciare la prima pietra nel caso si avvicinassero troppo.

Le forme differenti che acquisisce la medicina aymara riflettono la propria deontologia nell’ambito stretto della cultura. Una medicina d’accordo con norme etiche e morali che sancisce il rapporto reciproco con l’ambiente dell’altopiano, con gli esseri che ci proteggono, con la famiglia, con il modo di agire e le richieste sociali; una medicina preoccupata della sussistenza e lacerantemente realistica rispetto ai limiti che non deve oltrepassare nella lotta per la vita; favorevole a far vivere e morire a casa, circondato dai cari. Una medicina a scala umana, preoccupata per la

persona malata anziché per l'iscritto al servizio sanitario, per i suoi soldi o per l'organo fisiologicamente indisposto. Il suggerimento di Cleofé, ausiliare clinica aymara, «... ique vaya pues chachawarmi...!», semplifica in misura estrema i conflitti, le tensioni e le rivalità che l'esercizio del potere sulla guarigione e la salute porta con sé nell'altopiano aymara.

Raulito Condori si trova già nel Giardino di Gesù, luogo in cui arrivano le anime dei bambini e delle bambine defunti, secondo la tradizione aymara; lì inaffia le piante e cura il suo giardino con la piccola scopa di *ichu* che tata Cruz gli costruì, insieme con le *ojotas* (i sandali tradizionali) e un minuscolo *chicote* (frusta). Tutto è andato a finire all'interno della piccola bara perché lo usi diligentemente. Mentre non vengono considerati gli aspetti multiculturali della salute, di sicuro ci saranno molti Raulito, i cui genitori non vorranno avvicinarsi al posto medico né alle istituzioni sanitarie che, quasi gratuitamente, si trovano distribuite nell'altopiano, malgrado la gravità estrema in cui i loro figli si possano trovare. Mentre la classe medica continua a considerare le formule indigene come pura stregoneria, propria di gente ignorante, la Bolivia continuerà a fare un tragico raccolto di altri Raulito, perdendo ancora una volta il suo presente e il suo futuro come nazione, malgrado la sua attraente vetrina internazionale, plurilingue e multiculturale.

Se le misure strutturali non riescono a potenziare una politica di salute interculturale, continueremo a dipendere dalla vocazione, dalla sensibilità e dal criterio (a volte positivo, a volte negativo) di ogni attore della salute nel contesto rurale. Ispirandosi ad un cattivo idraulico, non si potrà fare altro che "rattoppare" una situazione endemica ed ingiusta, senza riuscire a cambiare per tempo le tubature.

Finiamo, tuttavia, con un soffio di speranza, come dimostrato dalla creazione del primo Master in Salute ed Interculturalità nella città di Potosí, con un ambizioso programma in ambito latinoamericano, i cui frutti saranno di enorme importanza nell'applicazione di politiche interculturali nella salute, sempre che si coinvolgano i rispettivi governi e la classe medica. Concludiamo, dunque, con le parole di Severino Vila, *kallawaya* (53) naturale di Charazani, che conosce bene i rapporti interculturali che, in tema di salute, si vedono tutti i giorni nella città di La Paz:

Non va bene [la relazione tra medici e kallawayas, N.d.A.]. Ad ogni modo... c'è un rapporto. C'è una relazione. Il governo ha già riconosciuto tutto. Quasi... lo stesso cammino; come dire "scientifici"

No está bien. De todos modos... hay relación. Hay relación. Ya ha reconocido el gobierno todo⁽⁵⁴⁾. Casi... el mismo camino; como decir científicos dicen. Los doctores... igual, muchas veces curan... pero muchas veces, tampoco no

dicono. I dottori... uguale, molte volte guariscono... ma molte volte non guariscono; questo è per l'uno e per l'altro. Adesso, il dottore, quando non può... il guaritore guarisce; il guaritore non può... il dottore guarisce. L'uno per l'altro. Non è, non posso nemmeno dire "il dottore non guarisce", guarisce anche; ognuno la sua persona; ogni maestro ha la sua tecnica per guarire, tipi diversi. Allora, uguale anche, i medici anche. I medici anche, alcuni non possono... allora il guaritore... lo guarisce! Questo sarebbe.

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

Note

^(*) Questo articolo costituisce un estratto dal libro *Médicos y yatiris: Salud e interculturalidad en el altiplano aymara* (FERNÁNDEZ 1999). Ringrazio Xavier Albó che mi ha permesso di riprodurne alcune parti. Il termine *chachawarmi* (coppia uomo e donna) in riferimento ai vincoli complementari necessari fra medicina aymara e medicina convenzionale lo devo a Cleofé Alaru, ausiliare aymara, protagonista di una delle testimonianze incluse nell'articolo.

⁽¹⁾ *Yatiri*: saggio, specialista dei riti aymara (HUANCA 1989; TSCHOPIK 1968; FERNÁNDEZ 1995a; FLORES, et al, 1999)

⁽²⁾ Filati di diversi colori e trame (alcuni connotati "a destra", altri in senso levogiro, "verso sinistra") usati nel trattamento terapeutico e cerimoniale di alcune patologie che implicano il cambiamento o la purificazione rituale del sofferente.

⁽³⁾ Porcellini d'India: vengono dissezionati per diagnosticare alcune sofferenze; sono anche inclusi in determinate terapie rituali (FRISANCHO 1988).

⁽⁴⁾ Offerte rituali complesse (GIRAULT 1988; FERNÁNDEZ 1995a).

⁽⁵⁾ Il termine locale, usato anche dall'Autore, è *posta medica*, o semplicemente *posta*, o *centro de salud* (centro di salute) o *posta sanitaria*. Abbiamo adottato per la traduzione italiana il termine "posto medico", che ci sembra in merito il più vicino al significato originale.

⁽⁶⁾ ESA: Equipe di Salute Altopiano, fondata dalla Compagnia di Gesù alla fine degli anni Sessanta.

⁽⁷⁾ Il posto di Qurpa e, in generale, l'Equipo de Salud Altiplano dipende dal Ministerio de Salud y Previsión della Bolivia attraverso la Prefectura di La Paz, che dota delle apparecchiature le postazioni dei medici. La città di Viacha (capitale della provincia Ingavi del Departamento di La Paz) collabora fornendo una ambulanza ed un autista. Il posto di Qurpa consta in un ambulatorio, una sala parto e assistenza materno-infantile, una piccola chirurgia per operazioni minori, la farmacia, una sala con quattro letti per i degenti in osservazione (i casi gravi se inviano agli ospedali di La Paz) ed un'area per l'equipe medica (composta da un medico titolare, un medico o due "nell'anno di provincia", un dentista e varie ausiliari di infermeria aymara. Il posto di Qurpa è connesso con gli altri posti medici, molto più piccoli e semplici, affidati ad un ausiliare di infermeria, attraverso un sistema radio che permette di diffondere avvisi e comunicare ogni tipo di emergenza.

⁽⁸⁾ Il fatto è dovuto al cambiamento abituale di équipe medica, che avviene alla fine dell'anno di tirocinio. (L'anno di tirocinio, detto anche "anno di provincia" viene compiuto dagli specializzandi in contesto rurale per ottenere il titolo valido a livello nazionale e, come dirà poi l'autore, si può pagare l'università per non farlo, così come il servizio di leva militare [N.d.T.]).

⁽⁹⁾ Termine aymara per indicare l'uso di masticare foglie di coca [N.d.T.]

⁽¹⁰⁾ Malattia che può essere letale, attribuita ad un personaggio solitario, che passa di luogo in luogo estraendo grasso e sangue dalle vittime, mentre dormono. Esiste una abbondante bibliografia sull'argomento (FERNÁNDEZ 2000).

⁽¹¹⁾ Lo *yatiri*, quando abbia accettato la propria designazione, non può tirarsi indietro (HUANCA 1990; FERNÁNDEZ 1995b).

⁽¹²⁾ Il termine "maestro" si utilizza in forma colloquiale riferito a colui che "sa". In contesti diversi tanto l'autista, il muratore, come lo stesso *yatiri*, sono trattati come "maestri".

⁽¹³⁾ Il *boliviano* è l'unità di moneta locale [N.d.A.].

⁽¹⁴⁾ I medici non hanno fiducia nelle loro conoscenze e non riconoscono l'importanza delle conoscenze locali. Si informano e beneficiano delle conoscenze altrui. Il senso dei brevi corsi di formazione, nella prospettiva dei supposti beneficiari, è fornire ai medici le conoscenze e non trarre beneficio dalle istruzioni che possono ricevere. I dottori non condividono le proprie conoscenze né spiegano in maniera adeguata ai pazienti. Gli Aymara considerano non simmetrico il valore del corso, pensano che non sia tenuto perché loro apprendano, ma perché apprendano i medici. La titolarità della conoscenza medica e delle competenze nel dominio della salute non sono chiare. I corsi di formazione non si considerano come pratiche di medicina preventiva nelle quali acquisire conoscenze, bensì nelle quali sono usurpate conoscenze da parte dei medici e degli assistenti sanitari. Bisogna porre molta attenzione alla formulazione e corretta spiegazione delle finalità che orientano i corsi.

⁽¹⁵⁾ Il medico non conversa con il paziente, non spiega adeguatamente il processo della malattia. Questo aspetto è molto criticato in relazione ad alcuni *yatiri* tradizionali. Coloro che fanno e preparano *mesas* e leggono la coca senza condividere con i pazienti in maniera precisa il caso, sono molto criticati: «non ha fatto più di questo». Una lettura delle foglie di coca "normale" può includere anche dieci consultazioni e interpretazioni diverse e durare per un periodo superiore ad un'ora. La elaborazione corretta di una cerimonia rituale completa prevede varie ore, a seconda del tipo di trattamento che viene richiesto e dalle diverse sedute da realizzarsi in giorni diversi. Durante la sessione il *yatiri* non si risparmia dal commentare le procedure che sta eseguendo con i propri accompagnatori.

⁽¹⁶⁾ *Wayruro. Abrus precatorius* (GIRAULT 1987:236 237).

⁽¹⁷⁾ Pane di San Nicola. Gallette che costituiscono parte della *mesa* cerimoniale (BERG 1985:170 171).

⁽¹⁸⁾ *Allamisa. Ambrosia peruviana* (GIRAULT 1987:444).

⁽¹⁹⁾ *Andres waylla. Cestrum hediondium* (GIRAULT 1987:388).

⁽²⁰⁾ *Qutu qutu*. Esistono due opzioni raccolte da Girault: *Baccharis Sp* (GIRAULT 1987:433); *Notholaena aurea* (GIRAULT 1987:107).

⁽²¹⁾ "Sciolta che scioglie". *Dendrophthora ramosa* (GIRAULT 1987:163).

⁽²²⁾ La medicina contro il *kharisiri* è molto costosa. Consiste in uno sciroppo lattiginoso che è molto importante far bere all'ammalato senza che sappia di quale medicinale si tratti. Stranamente pochi informatori hanno affermato di sapere con quali ingredienti si prepara il rimedio. Una risposta affermativa può avvicinare la propria persona all'immagine indesiderabile del *kharisiri*.

⁽²³⁾ La malattia del *kharisiri* si cura nello stesso contesto nel quale si produce, nel "segreto".

⁽²⁴⁾ Il disprezzo e la prepotenza culturale non sono buoni consiglieri nell'instaurarsi di spazi di dialogo interculturale. Lo scherno sui modelli aymara di malattia, cura e salute produce la sfiducia degli ammalati nei medici e, soprattutto, pone una interdizione alla capacità, alle conoscenze ed alle competenze curative degli stessi medici. Parlare con i medici è difficile, perché non sanno riconoscere, né capiscono, dalla prospettiva aymara, quale sia la natura del male.

⁽²⁵⁾ Già nel secolo XVI il cronista Molina ha documentato nei suoi scritti il panico che suscitava tra gli indigeni l'interesse degli spagnoli per il grasso degli indiani: «...el año de setenta y no atrás de aver tenido y creydo por los yndios que despaña avian enviado a este reyno por unto de los yndios para sanar cierta enfermedad que no se hallava para ello medicina sino el dicho unto, a cuya causa en aquellos tiempos andavan los yndios muy recatados y se estrañavan de los Españoles en tanto grado, que la leña, yerba o otras cosas no

lo querían llevar a casa de Español, por decir no los matase allá dentro para les sacar el unto» (CRISTÓBAL DE MOLINA /1581/1989). [«...nei primi anni Settanta, non prima, e avendo creduto gli indigeni che dalla Spagna avevano mandato in questo Paese persone per il grasso degli indigeni, per curare una certa malattia che non si risolveva con altra medicina se non il grasso, a causa della qual cosa gli indiani si tenevano molto a distanza dagli Spagnoli e si stupivano, al punto che non volevano portare la legna, erba o altro a casa degli Spagnoli, temendo di essere uccisi là dentro, per estrarne il grasso» (CRISTÓBAL DE MOLINA /1581/1989)].

⁽²⁶⁾ Il processo evolutivo riferito alle cause, alle manipolazioni e all'atteggiamento delle persone associate con i sintomi del *kharisiri* così come le materie biologiche che costituiscono l'oggetto di interesse (reni, grasso e sangue) possono vedersi nella biografia esistente (MOLINIÉ 1991; MOROTE 1988; ANSION (edit.) 1988; FERNÁNDEZ 2000).

⁽²⁷⁾ Non è grasso dei reni. Come adesso il *kharisiri* estrae il sangue, la terapia tradizionale non funziona come corrispondeva al passato.

⁽²⁸⁾ Interessante apprezzamento questo del *tata* Macario. Le forme che acquisisce la malattia tradizionale nell'altopiano condividono i caratteri del cambiamento culturale e del conflitto intergenerazionale che si amplia ai nuovi ambiti occupati dalle generazioni di giovani. Le nuove forme di vita che toccano la campagna "producono" *kharisiris*, la sparizione del soprappeso e del sangue aymara, le forme di vita tradizionali si vedono minacciate. Gli studenti hanno bisogno di molti "soldi" per potere realizzare i propri studi; qualcosa che può conseguirsi attraverso la domanda di sangue delle istituzioni ospedaliere, che approfittano dei *kharisiris*.

⁽²⁹⁾ Il paradossale del *kharikhari* attuale è che il suo "potere" lo riceve per contatto con il demonio, quando non molto tempo fa questo "potere" era concesso dal "padre", il *tata* cura e i suoi servi. Ancora in diverse parti delle Ande così si commenta: il *khariri* è il padre, il sacerdote. D'altra parte... fino a che punto non appare il *tata* cura come geloso bevitore di sangue... del sangue di Cristo? Fino a che punto questa tassa rituale non ha potuto influire sulla categorizzazione del *kharisiri* e, a sua volta, del padre come avido cercatore del sangue...? È interessante seguire questa pista che va dai reni e dal grasso del *tata* cura, al sangue del demonio ed alla istituzione ospedaliera del dottore. Altro esempio caratteristico rispetto all'importanza cerimoniale data al sangue in un contesto diverso da quello del *kharisiri* lo incontriamo in relazione alle battaglie cerimoniali o *timkus* documentate da Platt (1996:69) a Nord di Potosí.

⁽³⁰⁾ Ciò che implicitamente sta considerando Macario è che il *kharisiri* mangia la vittima; estrarle il grasso o il sangue è come divorare la vittima. Poiché il *kharisiri* non mangia l'aglio, per il suo odore nauseabondo, un buon modo di salvaguardare il nostro sangue è masticare aglio crudo. È necessario essere più astuti del furbo *kharisiri*.

⁽³¹⁾ *Sallqa*: astuto, selvaggio, furbo, ingannevole (DE LUCCA 1987:146). Per burlarsi del *kharisiri* che non smette mai di essere un ladro specializzato.

⁽³²⁾ Ulteriore contraddizione che incarna il personaggio; la riuscita del *kharisiri* si radica nella sorpresa dell'aggressione segreta. Per questo si copre il viso quando è scoperto. Risulta essere timido e pauroso.

⁽³³⁾ *Ajayu*: una delle tre entità animiche ("ajayu", "anima", "coraggio") che compongono la persona, nell'altopiano aymara. La perdita di una qualunque di queste presuppone problemi di salute di entità maggiore o minore per il proprietario, in dipendenza sia della disposizione dell'entità persa sia del tempo trascorso.

⁽³⁴⁾ È curioso: da una parte il medico non crede negli *ajayus*, da un'altra parte considera che chi cura dall'*ajayu* è un *layqa*, come dire "mago", nell'intento di screditare gli *yatiri*.

⁽³⁵⁾ Allusione specifica alla Trinità.

⁽³⁶⁾ Questo "noi" si riferisce alle "persone", gli *jaqi* aymara. Gli statunitensi ed i bianchi, in principio, non si ammalano di *ajayu*; o, per quanto lo facciano, i loro medici non lo considerano rilevante.

⁽³⁷⁾ *Ch'i'wi*: Sembianza (DE LUCCA 1987:49). Questa considerazione della trinità delle "sembianze" in questo settore dell'altopiano è molto vicina al concetto di persona ed alle sue chiavi morali, sociali e terapeutiche. In altri settori amerindiani, particolarmente in Mesoamerica, le entità animiche possiedono una ricca varietà di motivi iconografici, con enorme impatto nelle tipologie patologiche sofferte da Tzotzil e Tzeltal (PITARCH 1996).

⁽³⁸⁾ Il malato utilizza le differenti opzioni che il mercato terapeutico offre, tanto nell'ambito rurale come in quello urbano (FERNÁNDEZ 2001).

⁽³⁹⁾ Non c'è bisogno di dirlo, forte è la diffidenza che questa situazione mette in campo in relazione alle analisi del sangue nell'altopiano. Uno dei termini spagnoli con il quale si denomina il *kharisiri* è "operatore", situando il medico e le sue pratiche in chiara affinità con quelle del nefasto personaggio.

⁽⁴⁰⁾ La interpretazione e valutazione culturale sul concetto di "malattia" permette questo tipo di affermazioni. In questo caso Julio non vuol dire che non si è mai ammalato, bensì che, nella sua prospettiva, non si è ammalato "per l'ospedale", come dire: le malattie che ha avuto si sono risolte in casa con suo padre *yatiri*.

⁽⁴¹⁾ La medicina aymara è individualizzata, non si può assistere vari pazienti alla volta, di fatto non si tratta a più di uno per giorno o notte.

⁽⁴²⁾ La difficoltà abituale di comunicazione tra medico e paziente si riflette in questo aspetto.

⁽⁴³⁾ I contadini aymara chiedono qualità nell'assistenza delle equipe mediche e la loro continuità nel tempo.

⁽⁴⁴⁾ Nell'accezione specifica, il termine "residente" si applica ad un emigrante aymara nella città di La Paz. Gli emigranti aymara che si incorporano alle città, di La Paz ma specialmente di El Alto, ricevono la denominazione di "residenti".

⁽⁴⁵⁾ «Il medico, che abbia appena terminato gli studi e inizia l'"anno di provincia", pensa soprattutto al suo futuro, come porre le basi, che strumentari comprare... e succede che l'unica fonte iniziale di guadagni per tutto questo è il suo primo lavoro sul campo. Se non ha fonti proprie e una missione molto alta, la tentazione di lucrare con la propria professione, sulla pelle di clienti tanto poveri, è davvero alta» (Comunicazione personale di Xavier Albó).

⁽⁴⁶⁾ Questo aspetto caratterizza profondamente la deontologia dello *yatiri*, a partire dai sogni iniziatici (FERNÁNDEZ 1995b).

⁽⁴⁷⁾ Lola González Guardiola (comunicazione personale).

⁽⁴⁸⁾ *Asustar* ovvero "provocare il *susto*". Il *susto* è spesso definito come una sindrome di origine culturale. La maniera più semplice di tradurre il termine è "spavento", ma si tratta di qualcosa di più complesso, approssimativamente una alterazione degli equilibri interni che garantiscono la salute, a seguito di un avvenimento inatteso. Tale definizione è diffusa in gran parte del continente sud-americano ed assume accezioni specifiche nei vari ambiti. Per una trattazione ampia CARLOS ZOLLA (direttore), 1994, *Diccionario Enciclopédico de la Medicina Tradicional Mexicana*, Instituto Nacional Indigenista, México [N.d.T.]

⁽⁴⁹⁾ L'impiego dei porcellini d'India dissezionati per la diagnosi di malattie è una pratica diffusa in diverse regioni delle Ande; Frisancho Pineda (1988:59) raccoglie testimonianze di questa pratica a Puno (Perù) e la considera, a pieno diritto: «i raggi X degli Aymara».

⁽⁵⁰⁾ La professoressa Flora Losada dell'Universidad nacional di Jujuy mi raccontava, al riguardo, un aneddoto sufficientemente esplicativo in riferimento ai problemi che crea il gergo medico. Il rappresentante di salute raccomandò a una donna, che veniva dalla campagna, che si presentò nell'ambulatorio di pediatria con una *wawa* affetta da diarrea, di dare al bambino "cibo blando". Dopo pochi giorni la donna ritornò con il bambino peggiorato. Alla domanda del medico se avesse dato cibo blando alla *wawa*, la donna rispose di sì, «loco, guisos y fideos con salsa», cioè cibi pesanti, molto conditi e speziati e dunque per niente considerati "blandi" dal gergo medico, ma "blandi" (morbidi, teneri) da masticare.

⁽⁵¹⁾ Willy C. Chávez, professionista peruviano, che collabora con istituzioni di salute mentale nella zona di Pisac (Perù), mi raccontava recentemente una situazione che chiarisce bene l'arroganza e la prepotenza con cui non devono, in nessun caso, realizzarsi i programmi statali di salute. Nella comunità di Kullo Grande si presentarono delle rappresentanti di salute che si identificarono come "infermiere" senza essere in possesso del titolo, come si venne a sapere dopo tra i cittadini. Riporto l'informazione con le parole esatte:

La cosa sorprendente nella loro partecipazione fu quando cominciarono a chiedere come fosse possibile che i cittadini non assistessero al posto medico essendoci tanti ammalati. Molti di loro avevano prenotato degli appuntamenti. Pochi minuti dopo, sorprendendo tutti, le ausiliari cominciarono a leggere pubblicamente i nomi dei pazienti che stavano ricevendo un trattamento. I contadini nominati si infastidirono e commentarono tra loro che non era giusto leggere il loro nome davanti a tutti, trattandosi di questioni personali. Continuando il discorso, le infermiere considerarono che i contadini erano ingrati perché non davano valore ai loro sforzi per aiutarli ed al sacrificio di rimanere nella comunità senza nessuna comodità. Resero palese che alcune volte, quando si recavano alle case, nessuno le riceveva e alcune persone, secondo loro, chiudevano addirittura la porta in faccia. Successivamente, dissero che il Ministero della Sanità, con sede a Lima e per mezzo della Regione, imponeva che ci fossero dei volontari sia uomini che donne, per essere sottoposti ad interventi di vasectomia e di legatura delle tube, come parte del programma di Pianificazione Familiare. Secondo le ausiliari questa era la cosa migliore per i contadini, visto che avevano troppi figli, come i conigli, non erano in grado di nutrirli e li facevano morire. Davano loro, inoltre, dei poveri ignoranti che non sapevano niente. E che solo loro erano quelle che sapevano e possedevano la verità...

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

⁽⁵²⁾ La questione del controverso "anno di provincia" sembra essersi evoluta in Bolivia in peggio, secondo ciò che mi indica Xavier Albó, visto che, se prima il medico rimaneva durante un anno facendo bene o male il suo lavoro assistenziale, sembra che in momenti di crisi dovuta alle inondazioni subite nella regione di Viacha nel 2001, l'"anno di provincia" si sia ridotto solo ad alcune settimane di impegno specialistico.

⁽⁵³⁾ *Kallawaya*: medico indigeno proveniente dalla provincia Bautista Saavedra dove si riconosce l'esistenza di un'area culturale kallawaya, caratterizzata dalla pratica, ormai pluridecennale, della medicina itinerante, con una grande conoscenza delle specie vegetali e delle terapie cerimoniali (GIRAULT 1987; FERNÁNDEZ 1997). Sono riusciti a coordinare le loro funzioni nella città di La Paz, nella Sociedad Boliviana de Medicina Tradicional (SOBOMETRA).

⁽⁵⁴⁾ Si riferisce alle sentenze ministeriali che hanno confermato il riconoscimento istituzionale di SOBOMETRA.

[traduzione dallo spagnolo di Claudia Avitabile]

Riferimenti bibliografici

- ALBÓ Xavier (1999), *Iguales aunque diferentes*, CIPCA, UNICEF, La Paz.
 ANSION Juan (curatore) (1989), *Phistacos, de verdugos a sacaojos*, TAREA, Lima.
 DE LUCCA Manuel (1987), *Diccionario práctico aymara-castellano, castellano-aymara*, Edit. Los Amigos del Libro, La Paz - Cochabamba.

- BERG Hans van den (1985), *Diccionario religioso aymara*, Semillas II. CETA-IDEA, Iquitos.
- DIBBITS Inneke (1994), *Lo que puede el sentimiento*, TAHIPAMU, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (1995), *El banquete aymara: Mesas y yatiris*, HISBOL, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (1995b), *Imágenes, intelecto, palabras: El ojo del sueño en la formación de un "maestro" ceremonial aymara*, "Revista Andina" (Cuzco), 26, 1995, pp. 389-420.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (1997), *Testimonio kallawayá. Medicina y ritual en los Andes de Bolivia*, Edit. Abya-yala, Quito.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (1999), *Médicos y yatiris: salud e interculturalidad en el altiplano aymara*, CIPCA, ESA, Ministerio de Salud y Previsión Social, La Paz.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (2000), *Creencias populares y prácticas religiosas en España y América: "Sacamantecas" en los Andes del Sur. Una perspectiva comparada*, pp. 281-324, in Palma MARTÍNEZ-BURGOS - José Carlos VIZUETE MENDOZA (curatori), *Religiosidad popular y modelos de identidad en España y América*, Ediciones de la Universidad de Castilla - La Mancha, Cuenca.
- FERNÁNDEZ JUÁREZ Gerardo (2001), *Testimonio kallawayá. Medicina indígena en la ciudad de La Paz (Bolivia)*, "Asclepio. Revista de Historia de la Medicina y de la Ciencia" (Madrid), vol. LIII, n. 1, 2001, pp. 245-280.
- FLORES Policarpio et al. (1999), *El hombre que volvió a nacer*, PLURAL, Universidad de la Cordillera / ARMONÍA, La Paz.
- FRISANCHO David (1988), *Medicina indígena y popular*, Edit. Los Andes, Lima.
- GIRAULT Louis (1987), *Kallawayá. Curanderos itinerantes de los Andes. Investigación sobre prácticas medicinales y mágicas*, UNICEF-OPS/OMS, La Paz.
- GIRAULT Louis (1988), *Rituales en las regiones andinas de Bolivia y Perú*, CERES-MUSEF-QUIPUS, La Paz.
- HUANCA Tomás (1990), *El yatiri en la comunidad aymara*, CADA-HISBOL, La Paz.
- MOLINA Cristóbal de (1989), *Relación de las fábulas i ritos de los incas...* [1581], in URBANO H. - DUVIOL S., P. (curatori) *Fábulas y mitos de los incas*, Historia 16, Madrid.
- MOLINIE Antoinette (1991), *Sebo bueno, indio muerto. La estructura de una creencia andina*, "Boletín del Instituto Francés de Estudios Andinos" (Lima), 20, n. 1, 1991, pp. 79-92.
- MOROTE Efraín (1988), *Aldeas sumergidas. Cultura popular y sociedad en los Andes*, Biblioteca de la tradición oral andina, 9. Centro de Estudios Rurales Andinos Bartolomé de Las Casas, Cuzco.
- PITARCH Pedro (1996), *Ch'ulel. Una etnografía de las almas tzeltales*, Fondo de Cultura Económica, México.
- PLATT Tristan (1996), *Los guerreros de Cristo*, Edit. ASUR, 5/PLURAL, La Paz.
- TAHIPAMU (1994), *Hagamos un nuevo trato. Mujeres de El Alto Sur hablan sobre su experiencia de dar a luz en centros hospitalarios*, Gs/TAHIPAMU. Edit HISBOL, La Paz.
- TSCHOPIK Harry (1968), *Magia en Chucuito. Los Aymaras del Perú*, Instituto Indigenista Interamericano, México.

Scheda sull'Autore

Gerardo Fernández Juárez è professore titolare di antropologia sociale nella Universidad de Castilla - La Mancha (Spagna). Ricercatore associato del Centro de investigación y promoción del campesinado (CIPCA) di La Paz (Bolivia) e del Centro de estudios regionales andinos "Bartolomé de la Casas" di Cuzco (Perù). Ha realizzato lavori di

campo antropologici tra gli Aymara della Bolivia, con regolarità, dalla fine degli anni Ottanta, inerenti la cultura rituale e medica delle popolazioni dell'altopiano. Ha pubblicato, tra le altre cose: *El banquete aymaras: Mesas y yatiris*, Hisbol, La Paz, 1995; *Entre la repugnancia y la seducción. Ofrendas complejas en los Andes del Sur*, CERA, Cuzco, 1997; *Los kallawayas: Medicina indígena en los Andes bolivianos*, UCLM, Cuenca, 1998; *Médicos y yatiris. Salud e interculturalidad en el altiplano aymara*, OPS/OMS-CIPCA e Ministerio de Salud e Previsión Social, La Paz, 1999; *Aymaras de Bolivia. Entre la tradición y el cambio cultural*, Abya-Yala, Quito, 2002.

Riassunto

¡Que vaya pues chachawarmi! Salute e interculturalità nell'altopiano aymara della Bolivia

L'articolo riflette sulla necessità di applicare politiche interculturali alla salute in situazioni nelle quali il medico e l'ammalato non condividono uno stesso contesto culturale. Viene raccolta una esperienza concreta nell'altopiano aymara della Bolivia, dove opera l'Equipo de Salud Altiplano nella comunità di Qurpa (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz). La prospettiva aymara sulla salute e la malattia è notevolmente diversa dai parametri biomedici dei professionisti sanitari formati nelle università boliviane, senza alcun tipo di informazione antropologica rispetto al contesto culturale nel quale vanno a lavorare. Nella esperienza raccolta dall'Articolo, la lingua aymara, la concezione del corpo e della persona, l'origine delle malattie e le risorse terapeutiche, creano una barriera concettuale difficile da superare dai medici convenzionali. La proposta della ausiliare aymara di salute del posto medico di Qurpa "que vaya pues chachawarmi" riflette il desiderio di unire gli sforzi ed i meriti della medicina convenzionale con quelli specifici della medicina aymara, come se fosse una coppia "uomo e donna". Questo è un efficace riferimento simbolico che reclama un dialogo interculturale urgente rispetto al dominio della salute/malattia, non solo nell'altopiano aymara della Bolivia ma in molti luoghi del mondo.

Résumé

¡Que vaya pues chachawarmi! Santé et interculturalité en Bolivie sur le plateau d'Aymara

Cet article propose une réflexion sur l'exigence d'appliquer des politiques interculturelles à la santé dans les situations où le médecin et le malade ne partagent pas le même contexte culturel. Il s'appuie sur une expérience concrète du haut plateau d'Aymara,

en Bolivie, où travaille l'Equipo de Salud Altiplano dans la communauté de Qurpa (Province Ingavi du Département de La Paz). Le concept aymara de santé et de maladie se différencie considérablement des paramètres biomédicaux des praticiens qui ont fait leurs études dans les universités boliviennes et qui n'ont reçu aucun type d'information anthropologique sur le contexte culturel dans lequel ils sont appelés à intervenir. Dans l'expérience présentée, la langue aymara, la conception du corps et de la personne, l'origine des maladies et les ressources thérapeutiques créent une barrière conceptuelle que les médecins traditionnels ont du mal à franchir. La proposition de l'auxiliaire de santé Aymara du poste médical de Qurpa "que vaya pues chachawarmi" traduit le désir d'unir les efforts et les mérites de la médecine traditionnelle à ceux spécifiques de la médecine Aymara, comme s'il s'agissait d'un couple "homme - femme". C'est là une référence symbolique forte qui impose un dialogue interculturel urgent en matière de santé/maladie, non seulement sur le haut plateau bolivien d'Aymara mais dans de nombreuses régions du monde.

Resumen

¡Que vaya pues chachawarmi! Salud e interculturalidad en el altiplano aymara de Bolivia

El artículo pretende reflexionar sobre la necesidad de aplicar políticas interculturales en salud en situaciones en las cuales médico y enfermo no comparten un mismo contexto cultural. El artículo recoge una experiencia concreta en el altiplano aymara de Bolivia a través de la actuación del Equipo de Salud Altiplano en la comunidad de Qurpa (Provincia Ingavi del Departamento de La Paz). La perspectiva aymara sobre salud y enfermedad difiere notablemente con respecto a los parámetros biomédicos de los profesionales de salud egresados de las universidades bolivianas sin ningún tipo de información antropológica sobre el contexto cultural en el que van a realizar su labor. En la experiencia que recoge el artículo, la lengua aymara, la concepción del cuerpo y de la persona, el origen de las enfermedades y los remedios terapéuticos, suponen una importante barrera conceptual difícil de superar por los médicos convencionales. La propuesta de la auxiliar aymara de salud de la posta médica de Qurpa "que vaya pues chachawarmi" refleja el deseo de aunar los esfuerzos y méritos de la medicina convencional, con los propios de la medicina aymara, como si de una pareja "hombre y mujer" se tratara, eficaz recurso simbólico que reclama un diálogo inter-cultural urgente sobre el dominio de la salud y de la enfermedad, no sólo en el altiplano aymara de Bolivia sino en diferentes lugares del mundo.

Abstract

¡Que vaya pues chachawarmi! Health and intercultural aspects on the Aymara plateau in Bolivia

The article reflects on the need to apply intercultural policies to health in situations in which the physician and the patient do not share the same cultural context. The article examines actual experiences on the Aymara plateau in Bolivia, where the Equipo de Salud Altiplano works in the community of Qurpa (Ingavi Province, Department of La Paz). The Aymara perspective on health and illness is considerably different from the biomedical parameters of the health professionals trained at Bolivian universities, who have no type of anthropological information about the cultural context in which they go to work. In the experience examined by the article, the Aymara language, the perception of body and person, the origin of illness and treatment resources create a conceptual barrier that is difficult for conventional physicians to overcome. The proposal of the Aymara health auxiliary at the medical station in Qurpa – “*que vaya pues chachawarmi*” – reflects the desire to unite the efforts and merits of conventional medicine with the specific ones of Aymara medicine, as if they were a “male-female” couple. This is an effective symbolic reference that calls for urgent intercultural dialogue with respect to the domain of health/illness, not only on the Aymara plateau in Bolivia, but also in many other areas around the world.