

KALLAWAYAS SIN FRONTERAS (KASFRO)

Cochabamba, Bolivia

INFORME-PLAN DE SALVAGUARDIA

Componente de Medicina Kallawaya (Sejhos)

POBLACIÓN KALLAWAYA ITINERANTE DE CHARAZANI Y CURVA (2026-2031)

*Documento reformulado en formato de informe-plan, con criterios científicos,
preservando las citas bibliográficas y la terminología propia de la tradición kallawaya*

ELABORADO POR: Kallawayas Sin Fronteras (KASFRO)

POBLACIÓN OBJETO: Población Kallawaya autoidentificada residente fuera de Curva y Charazani

PERIODO DE EJECUCIÓN: 2026-2031

LUGAR Y FECHA: Cochabamba, Bolivia, agosto de 2026

CONTENIDO DEL INFORME-PLAN

- I. *Resumen ejecutivo* ·
- II. *Introducción y justificación* ·
- III. *Enfoque metodológico y criterios científicos* ·
- IV. *Marco teórico-conceptual: la Medicina Kallawaya* ·
- V. *Marco normativo* ·
- VI. *Diagnóstico situacional* ·
- VII. *Objetivos del Plan* ·
- VIII. *Líneas de acción y actividades* ·
- IX. *Cronograma de ejecución* ·
- X. *Presupuesto* ·
- XI. *Sistema de monitoreo y evaluación* ·
- XII. *Análisis de riesgos y medidas de mitigación* ·
- XIII. *Conclusiones* ·
- XIV. *Anexos (glosario, matriz de riesgos, consentimiento informado, referencias bibliográficas, cronograma y presupuesto desagregados)*

I. RESUMEN EJECUTIVO

Este documento reformula, en formato de informe-plan, la propuesta de salvaguardia del componente de Medicina Kallawayaya conocido como Sejhos, dirigida a la población autoidentificada como kallawayaya que vive fuera de los municipios núcleo de Charazani y Curva (Provincia Bautista Saavedra, departamento de La Paz). Lo elabora la organización Kallawayas Sin Fronteras (KASFRO), sobre un marco teórico construido con más de cuatro décadas de investigación etnográfica, etnobotánica, etnofarmacológica y antropológica del sistema médico kallawayaya (Bastien, 1982, 1983, 1989; Krippner & Glenney, 1997; Greenway, 1998; Rosing, 2010; Stewart, 2008; Alvarez Quispe & Loza, 2014).

La UNESCO declaró la Medicina Kallawayaya Obra Maestra del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad en 2003. Ese reconocimiento internacional es la base sobre la que se construye este Plan. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda 2024 del Instituto Nacional de Estadística (INE), 519 personas autoidentificadas como kallawayas (3,4 % del total nacional de 15.384) viven fuera de la zona núcleo, repartidas en 54 municipios de 8 departamentos. Esa población dispersa es el sujeto de intervención de este Plan.

El documento sigue la estructura de un informe-plan técnico: (I) resumen ejecutivo; (II) introducción y justificación; (III) enfoque metodológico y criterios científicos; (IV) marco teórico-conceptual de la Medicina Kallawayaya; (V) marco normativo; (VI) diagnóstico situacional; (VII) objetivos; (VIII) líneas de acción y actividades; (IX) cronograma; (X) presupuesto; (XI) sistema de monitoreo y evaluación; (XII) análisis de riesgos; (XIII) conclusiones; y (XIV) anexos, entre ellos el glosario de terminología kallawayaya y las referencias bibliográficas completas.

II. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

La Medicina Kallawayaya es uno de los sistemas médicos ancestrales más complejos de los Andes bolivianos: un sistema sanitario que reúne prácticas, enfoques, conocimientos y creencias que incluyen plantas, animales y minerales, terapias basadas en ceremonias, rituales y elementos espirituales, y técnicas manuales aplicadas solas o combinadas para mantener el bienestar, tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades (KASFRO, 2026).

El componente Sejhos es una dimensión específica de este sistema, ligada a rituales de purificación, equilibrio energético y restablecimiento de la armonía entre la persona, la comunidad y el entorno natural-sobrenatural. Su continuidad depende de que el conocimiento, las prácticas y los valores pasen de una generación a otra. Ese proceso está en riesgo entre la población kallawayaya que, por migración laboral, educativa o familiar, vive fuera de Charazani y Curva, donde hay menos terapeutas, menos plantas medicinales disponibles y menos vida ritual cotidiana.

KASFRO, fundada en 2006 en Cochabamba por jóvenes médicos kallawayas, elabora este Plan de Salvaguardia dirigido específicamente a esa población. El marco teórico de la Sección IV recorre todo el

documento: cada línea de acción, actividad, indicador y riesgo se vincula de forma explícita con una o varias dimensiones del sistema médico kallawayaya.

III. ENFOQUE METODOLÓGICO Y CRITERIOS CIENTÍFICOS

Este Plan se apoya en la triangulación de fuentes académicas primarias —etnográficas, etnobotánicas, etnofarmacológicas y antropológicas— junto con datos estadísticos oficiales del Estado boliviano. Un instrumento de planificación orientado a salvaguardar un sistema de conocimiento ancestral necesita evidencia verificable, no solo supuestos de programa.

Las fuentes centrales provienen de trabajo de campo en la Provincia Bautista Saavedra y regiones andinas cercanas a lo largo de más de cuarenta años: los estudios etnobotánicos y etnofarmacológicos de Joseph W. Bastien (1982, 1983, 1989), realizados con herbolarios de Curva, Chajaya y Kaata; el estudio psicológico-humanista de Stanley Krippner y Elizabeth S. Glenney (1997) sobre los sanadores kallawayas del área de La Paz; el análisis simbólico de Catherine Greenway (1998) sobre la sanación sacrificial andina; el trabajo etnográfico de Ina Rosing (2010) sobre los rituales de curación blanca, gris y negra; el reporte de David E. Stewart (2008) sobre los médicos viajeros bolivianos; y el testimonio de Walter Alvarez Quispe, kallawayaya y médico biomédico, documentado por Alvarez Quispe y Loza (2014).

El Plan distingue la perspectiva émica —los conceptos y explicaciones propios de los terapeutas kallawayas, en su propia terminología— de la perspectiva ética —el análisis antropológico y de salud pública sobre esas prácticas—. No se trata de tratar el conocimiento kallawayaya como curiosidad cultural, sino de reconocerlo como sistema de conocimiento empírico, verificable y en actualización permanente (Bastien, 1983). Cada afirmación sobre conocimientos, prácticas o cosmovisión kallawayaya lleva su cita de origen, para separar la evidencia documentada de la interpretación propia del Plan.

IV. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL: LA MEDICINA KALLAWAYA

Esta sección organiza el conocimiento disponible sobre la Medicina Kallawayaya en seis dimensiones que se usan de forma transversal en todo el Plan: el terapeuta itinerante; el subsistema terapéutico (herbaria y psicoterapia); la dimensión espiritual, simbólica y animista; los planos íntimo y empírico de la práctica ritual; y el componente intangible del conocimiento, comunitario y personal.

4.1. Definición integral de la Medicina Kallawayaya

La Medicina Kallawayaya es un sistema sanitario que reúne prácticas, enfoques, conocimientos y creencias que incluyen plantas, animales y minerales, terapias basadas en ceremonias, rituales y elementos espirituales, y técnicas manuales aplicadas solas o combinadas para mantener el bienestar, tratar, diagnosticar y prevenir enfermedades (KASFRO, 2026). Esta definición reúne cinco dimensiones:

1. Dimensión material: uso de plantas, animales y minerales con propiedades terapéuticas específicas.

2. Dimensión ritual: ceremonias y rituales que activan las propiedades curativas de esos elementos.
3. Dimensión espiritual: conexión con fuerzas sobrenaturales (Lugares Sagrados, achachilas, cabildos).
4. Dimensión manual: técnicas de masaje, succión, envoltorios y barrido con hierbas.
5. Dimensión preventiva: prácticas para mantener el equilibrio antes de que surja la enfermedad.

4.2. El kallawayaya como terapeuta tradicional itinerante

4.2.1. Definición y etimología

El kallawayaya es el terapeuta tradicional originario de la Provincia Bautista Saavedra (La Paz, Bolivia), conocido en toda Sudamérica como herbolario, naturalista y sanador ritual (Krippner & Glenney, 1997). El término viene del aimara y significa "personas que llevan medicina sobre sus espaldas" (halla, "recoger", y waya, "medicina"). En quechua y aimara andinos se les llama también Qolla Kapachayuh, "los Señores del Bolsón de Medicina", nombre que remite al kapachu, el bolsón de curaciones (Bastien, 1982, 1983).

En el contexto boliviano de 2026, el **médico Kallawayaya (Sejho)** se define de forma estricta como el **terapeuta tradicional, herbolario, naturalista y sanador ritual** originario de la provincia Bautista Saavedra del departamento de La Paz (con epicentro en Charazani y Curva), cuya autodesignación endógena es **Qolla Kapachayuh** («los Señores del Bolsón de Medicina») y que, en su dimensión específica de **Sejhos**, se especializa en la realización de **rituales de purificación, limpieza energética y el restablecimiento de la armonía** entre la persona, la comunidad y el entorno natural-sobrenatural. Este sabio, cuyo oficio se hereda y se consolida a través de un riguroso aprendizaje itinerante que dura **entre 8 y 14 años**, es depositario de un complejo sistema de salud que combina un **plano empírico-objetivo** de diagnóstico (basado en la toma de pulsos, la observación de fluidos corporales, el examen de los órganos del cuy y la lectura de hojas de coca o *k'awa*) con un **plano íntimo y reservado** de psicoterapia andina y animismo, portando con distinción sobre su hombro el **kapachu** (un bolsón o alforja tejido a mano donde transporta su vasta farmacopea de más de 1.000 plantas medicinales clasificadas empíricamente según sus cualidades) junto al **male** (tejido sagrado empleado específicamente en sus terapias de purificación). El vehículo performativo y protector de este saber intangible es el ***machaj juyay***, una lengua secreta ritual de transmisión exclusivamente masculina estructurada sobre una gramática quechua con un léxico de raíces predominantemente puquinas que sirve para sanar desequilibrios espirituales y relacionales, tales como el susto o pérdida del ***ajayu*** (esencia vital) y el duelo mediante el rito del ***llaki wijch'una***. Finalmente, en la Bolivia contemporánea de 2026, su práctica se rige bajo un **estatus jurídico-constitucional e internacional plenamente de rango oficial**, respaldado demográficamente por el Censo del INE de 2024 —que registra un total de 15.384 personas autoidentificadas, de las cuales 519 residen de manera migrante en áreas urbanas de 54 municipios fuera del núcleo ancestral—, protegido por la Constitución de 2009 que declara oficial su lengua y ampara su medicina tradicional bajo la figura de propiedad intelectual colectiva, proclamado por la UNESCO como Patrimonio Cultural Inmaterial de la Humanidad y amparado desde mayo de 2024 por el Tratado de la OMPI sobre Propiedad Intelectual, Recursos Genéticos y Conocimientos Tradicionales Asociados.

*El **médico Kallawayaya (Sejho)** es un sanador tradicional itinerante de Bautista Saavedra autodenominado **Qolla Kapachayuh**, cuya especialidad **Sejho** se centra en diversos rituales de purificación con el tejido sagrado **male**. Tras un aprendizaje intergeneracional, aplica un **sistema terapéutico dual** que combina el **diagnóstico empírico** (pulso, orina, lectura de coca o k'awa y examen del cuy) con la **psicoterapia íntima** para restituir el **ajayu** (esencia vital) y tratar el duelo (llaki wijch'una). Lleva en su **kapachu** las plantas medicinales y resguarda sus rezos oraciones en la lengua secreta **machaj juyay**, que se caracteriza por su itinerancia en toda Bolivia y Latinoamérica*

4.2.2. La itinerancia como sistema: verticalidad, especialización y reciprocidad

El kallawayaya viaja no por accidente ni solo por razones económicas. Su movilidad responde a tres principios de la organización andina: verticalidad, especialización y reciprocidad (Bastien, 1982). La verticalidad hace que cada grupo andino se especialice en los recursos de su piso ecológico e intercambie con productores de otros pisos altitudinales. La medicina andina sigue el mismo patrón: cada comunidad se especializa en un aspecto de la curación y sus terapeutas viajan a otras comunidades a cambio de bienes o servicios. Kaata se especializaba en adivinación y ritual; Curva y Chajaya, en curación herbaria.

Viajar también es aprender: el oficio se forma en el camino. Los mentores llevaban a sus aprendices en viajes de curación a lugares tan lejanos como Buenos Aires, y era la práctica itinerante la que formaba al herbolario (Bastien, 1982). El aprendizaje era largo: hasta ocho años junto a un herbolario viajero para dominar la farmacopea (Bastien, 1989). Según los sanadores entrevistados en La Paz, el hijo mayor de un terapeuta dedicaba unos catorce años a prepararse antes de acompañar a su mentor en sus salidas terapéuticas (Krippner & Glenney, 1997).

4.2.3. El kapachu y su adaptación contemporánea

El equipo del terapeuta itinerante es parte de su identidad. Las chuspas o bolsones —el equivalente del kapachu— las tejen a mano las esposas de los sanadores, en telares de cintura, con lana de alpaca, llama u oveja teñida con plantas e insectos locales. Sus franjas y grecas marcan el rango y la experiencia del sanador, y suelen llevar símbolos antropomorfos y zoomorfos de sanación (Stewart, 2008). Dentro del bolsón se guardan raíces, resinas, plumas, glándulas animales, amuletos y plantas activas como la coca y la quina.

Tras la Guerra del Chaco (1932-1935) y con la llegada de los fármacos sintéticos, muchos herbolarios kallawayas migraron a La Paz, Cochabamba y Potosí. Algunos se hicieron plateros; otros siguieron con la herboristería, manteniendo el abastecimiento desde sus comunidades de origen (Bastien, 1982). Esa adaptación urbana histórica es un antecedente directo de la situación actual de la población kallawayaya fuera de Charazani y Curva, el sujeto de este Plan.

Concepto	Definición	Fuente	Trazabilidad en el Plan
Kallawayaya	Personas que llevan medicina sobre sus espaldas (halla + waya)	Krippner & Glenney, 1997	Línea de acción 2: escuelas itinerantes que replican la formación viajera tradicional

Concepto	Definición	Fuente	Trazabilidad en el Plan
Qolla Kapachayuh	Los Señores del Bolsón de Medicina	Bastien, 1982, 1983	Anexo F: rubro "insumos para prácticas" incluye kapachu/alforja
Verticalidad	Especialización en pisos ecológicos e intercambio de saberes	Bastien, 1982	Línea de acción 2: intercambios rurales Charazani-Curva
Itinerancia como formación	Ocho a catorce años de aprendizaje viajando	Bastien, 1989; Krippner & Glenney, 1997	Línea de acción 2: seis meses de formación itinerante urbana
Kapachu/chuspa	Bolsón tejido con símbolos de rango y experiencia	Stewart, 2008	Línea de acción 1: registro audiovisual del kapachu
Male/Alforja	Tejido especial para desarrollar terapias propias de los kallawayas	Gomez, 2000	Línea de acción 1: registro audiovisual del Male/Alforja

4.3. Subsistema terapéutico: herbaria y psicoterapia

El sistema terapéutico kallaway combina dos subsistemas: uno empírico-natural, la herbaria, centrado en el uso de plantas medicinales; y otro simbólico-psicoterapéutico, que trabaja con ritual, adivinación y las dimensiones espirituales de la enfermedad. Esa distinción reproduce la especialización comunitaria: Curva y Chajaya formaban herbolarios para curar causas físicas; Kaata formaba adivinadores (yachaq) para los factores sociales y sobrenaturales de la enfermedad (Bastien, 1982). Los dos subsistemas son complementarios: ambos hacen falta para la salud integral del paciente (Krippner & Glenney, 1997).

4.3.1. Componente terapéutico: herbaria

La herbaria kallaway es uno de los cuerpos de conocimiento etnobotánico mejor documentados de Sudamérica. Los qollahuayas llevan más de mil años de pericia medicinal: practicaron cirugía craneal y usaron *Ilex guayusa*, planta parecida al acebo, como anestésico hacia el año 700 d. C. (Bastien, 1982). Hoy emplean más de mil plantas medicinales, de las que al menos 300 están documentadas sistemáticamente (Bastien, 1983). Bastien recolectó en campo 212 muestras botánicas de cinco herbolarios; analizó 175 y clasificó 89 en una farmacopea parcial con clasificación botánica, origen, calidad, propiedades terapéuticas y usos medicinales.

Los herbolarios clasifican las hierbas por calidad: caliente, templada, cordial, fresca, venenosa y fetichista (Bastien, 1983). Caliente y templada miden el calor que una planta produce en el cuerpo, y se usan como linimentos, sudoríficos y tranquilizantes; cordial y fresca miden cuánto refrescan el cuerpo, y se usan como reguladores biliares, desinflamatorios y febrífugos. Las venenosas matan animales o personas; algunas hierbas son tóxicas en sobredosis —*Digitalis purpurea*, por ejemplo— pero los qollahuayas no las llaman venenosas, sino que regulan con cuidado la dosis. Las fetichistas se usan con fines mágicos: la coca para

adivinar la causa de la enfermedad, el incienso en la curación ritual, el willulayo como amuleto contra el mal de ojo.

Entre las propiedades terapéuticas atribuidas a las plantas están: sudorífico, febrífugo, expectorante, analgésico, regulador biliar, emenagogo, galactóforo, vermífugo, linimento y tranquilizante, emético y purgante. Varias de estas plantas tienen componentes con efecto terapéutico comprobado: la quinina (quinu cascarilla) como febrífugo eficaz contra la malaria; la cocaína (*Erythroxylum coca*) y la bocanina (umaqari) como analgésicos; la digital (ch'ullu ch'ullu) para la insuficiencia cardíaca congestiva. Se ha señalado que la industria farmacéutica usó más de 50 especies de la farmacopea qollahuaya para fabricar medicamentos (Bastien, 1983).

El uso de las plantas se apoya en un modelo etnofisiológico propio: el cuerpo funciona como un sistema hidráulico. Fluidos primarios (sangre, grasa, agua, aire) circulan por el organismo; procesos de destilación (respiración, digestión, reproducción) producen fluidos secundarios (flema, bilis, gas, leche, sudor, orina, heces) que hay que eliminar con regularidad. Si se acumulan, se vuelven nocivos y se purgan con carminativos, eméticos, enemas, ayunos, dietas y baños (Bastien, 1983, 1989). Es un modelo topográfico: el cuerpo es un eje vertical con conductos por los que fluyen aire, sangre, grasa y agua hacia el sonqo (corazón) y desde él, en un ciclo centrípeto y centrífugo.

A diferencia de la teoría humoral griega clásica, basada en el equilibrio de cuatro humores, la clasificación kallawaya de caliente/frío y húmedo/seco parte de la oscilación de fluidos entre polos centrípetos y centrífugos: la salud es tensión dinámica, no equilibrio estático (Bastien, 1989). Las enfermedades y las plantas se clasifican por efectos observables: las enfermedades calientes traen fiebre alta y músculos inflamados, y sus hierbas son estimulantes, irritantes, rubefacientes; las frías traen debilidad, inmovilidad y problemas respiratorios, y sus hierbas son refrigerantes, calmantes, febrífugas.

El diagnóstico herbal se apoya en procedimientos empíricos: pulso en el corazón, el brazo izquierdo y el brazo derecho; observación de lengua, ojos, aliento, orina y heces (Krippner & Glenney, 1997). El lanzamiento de hojas de coca (k'awa) es otro método: el sanador deja caer las hojas desde lo alto, y cada detalle —lado expuesto, orientación, semejanza con la cruz, posición— aporta información. También se usa el diagnóstico con cuy: se ata el animal al abdomen o al riñón del paciente y luego se abre para observar sus órganos, cuyas anomalías reflejan la enfermedad del paciente.

Concepto	Descripción	Fuente	Trazabilidad en el Plan
Farmacopea	Más de 1.000 plantas, 300 documentadas sistemáticamente	Bastien, 1983	Línea de acción 1: registro de preparación de hierbas para Sejhos
Taxonomía de calidades	Caliente, templada, cordial, fresca, venenosa, fetichista	Bastien, 1983	Línea de acción 2: enseñanza de clasificación de plantas
Etnofisiología hidráulica	Cuerpo como sistema de fluidos con destilación	Bastien, 1989	Línea de acción 2: enseñanza de diagnóstico herbal

Concepto	Descripción	Fuente	Trazabilidad en el Plan
Sistema caliente/frío	Oscilación dinámica, no equilibrio estático	Bastien, 1989	Indicador de monitoreo: % de aprendices que identifican 20 plantas
Diagnóstico empírico	Pulso, lengua, ojos, orina, heces, coca, cuy	Krippner & Glenney, 1997	Línea de acción 2: práctica supervisada con pacientes

4.3.2. Componente terapéutico: psicoterapia

El subsistema psicoterapéutico kallawayaya trata la enfermedad como una disonancia: en la relación de la persona consigo misma, con su comunidad y con el entorno. El modelo kallawayaya busca vivir en armonía con la naturaleza, la comunidad y uno mismo, y entiende la enfermedad como desequilibrio en esas relaciones (Krippner & Glenney, 1997). El tratamiento, herbal o espiritual, busca restaurar ese equilibrio.

Un cuadro central es el susto (espanto): la pérdida del hajo o ajayu (espíritu), un fluido vital que anima a cada persona (Krippner & Glenney, 1997). Cada persona tiene un espíritu mayor y uno menor, y mantener la armonía entre ambos es crucial. El susto tiene varias causas posibles: brujería, traumas, golpes, o un viento inclemente que captura el espíritu del recién nacido —por eso el parto ocurre en interiores—. Sus síntomas incluyen depresión, ansiedad, apatía, pérdida de apetito, temblores, fiebre, náuseas, ruidos en los oídos y flatulencia.

La literatura describe al menos seis mecanismos psicoterapéuticos kallawayas:

1. La palabra y la escucha: la entrevista es larga y personalizada; el sanador escucha con todo el cuerpo, pregunta y deja que el paciente y su familia cuenten su historia (Krippner & Glenney, 1997; Rosing, 2010).
2. La sugestión y la esperanza: el diagnóstico se comunica de forma esperanzadora; el sanador asegura la recuperación, y la fe del paciente activa mecanismos de autocuración.
3. La catarsis ritual: el ritual permite expresar sentimientos, incluidos los negativos, algo que la tanatología occidental también reconoce como necesario para que el duelo no se vuelva patológico. El *llaki wijch'una* ("arrojar la pena") funciona, según Rosing (2010), como una verdadera terapia del duelo: se purifica a la familia, la casa, los animales y las pertenencias; los deudos expresan su dolor, lo "confían" a los nidos sacrificiales (*q'intos*) y lo entregan al río.
4. El ritual como medio transpersonal: la psicoterapia occidental es intrapersonal o interpersonal; el ritual kallawayaya es transpersonal, porque integra contenidos, valores y significados que van más allá de la experiencia individual —Pachamama, los cerros sagrados, los antepasados, Ankari— (Rosing, 2010; Greenway, 1998).
5. La participación activa y el apoyo comunitario: el paciente y su familia preparan y ejecutan el ritual; la comunidad aporta alimentos, dinero, música y presencia (*ayni*, *apreste*), lo que refuerza la cohesión social y la motivación para sanar (Krippner & Glenney, 1997).

6. La interpretación de sueños: algunos terapeutas usan los sueños del paciente para diagnosticar, pues expresan al espíritu comunicándose con el cuerpo.

Mecanismo psicoterapéutico	Descripción	Fuente	Trazabilidad en el Plan
Palabra y escucha	Entrevista terapéutica prolongada y personalizada	Krippner & Glenney, 1997	Línea de acción 2: enseñanza de diagnóstico psicoterapéutico
Sugestión y esperanza	Diagnósticos comunicados de manera esperanzadora	Krippner & Glenney, 1997	Línea de acción 2: práctica supervisada con pacientes reales
Catarsis ritual	Llaki wijch'una: expresión de sentimientos negativos	Rosing, 2010	Línea de acción 1: registro de rituales de Sejhos completos
Ritual transpersonal	Integra Pachamama, cerros, antepasados, Ankari	Rosing, 2010; Greenway, 1998	Indicador de monitoreo: % de aprendices que ejecutan Sejhos completo
Apoyo comunitario	Ayni, apreste: la comunidad apoya con alimentos y música	Krippner & Glenney, 1997	Línea de acción 2: intercambios rurales con ayllus

4.4. Dimensión espiritual, simbólica y animista

4.4.1. Dimensión espiritual

La religiosidad andina impregna la Medicina Kallawayaya y se vive a diario en la región, incluso entre quienes se declaran católicos (Rosing, 2010). El panteón incluye a la Pachamama (Madre Tierra), deidad suprema presente en todas partes, no ligada a un lugar único; a los apus, deidades de las montañas —lugarniyuq, "dueños de los lugares", y machula o achachila, "abuelos"—, cada cumbre (Akhamani, Pumasani, Sillaka, Esqani, Qowila, Tiliskon, Atichaman) domicilio de una deidad y antepasado de los pueblos; a Santiago o Illapa, la deidad del rayo, segunda deidad suprema, santo patrón de los médicos kallawayas, pues el rayo "elige" al sanador y quien sobrevive queda "elegido"; a Ankari, "siervo" y mensajero de los lugares sagrados, que lleva las ofrendas a través del humo del fuego sacrificial; y a los antepasados (awila, machula, chullpa), los muertos y las almas, que protegen o dañan según se les respete.

Entre humanos y deidades rige la reciprocidad: las deidades controlan la salud, la enfermedad, la cosecha y el bienestar animal, y esperan a cambio respeto, reverencia, comida y bebida, mediante ofrendas y libaciones (ch'alla). Dejar de ofrecer genera deuda de ofrenda, que no es culpa ni pecado, sino un déficit en el dar. Para el entendimiento andino no hay enfermedad en la que la deuda de ofrenda no juegue un papel (Rosing, 2010). Las causas de enfermedad son cuatro: la deuda de ofrenda, la pérdida del alma, los seres del mundo oscuro (tumbas de antepasados, chullpa, awila) y las acciones negras dirigidas a dañar (brujería o rituales negros).

La espiritualidad kallaway es una ecología sagrada: los lugares de ofrenda —el cabildo o ch'an, la piedra bajo la que se queman las ofrendas en cada choza, aldea o montaña— comunican con lo divino. Ningún ritual de sanación se hace sin nombrar el cabildo y sin invocar a las deidades por su nombre (Rosing, 2010).

4.4.2. Dimensión simbólica

El simbolismo kallaway trabaja con objetos, gestos, colores, números y direcciones. La mesa es un paño ceremonial donde los objetos se ordenan para marcar el paso de la enfermedad a la salud (Krippner & Glenney, 1997); los q'intos, nidos sacrificiales de lana o algodón, son "platos" de ofrenda para cada deidad, con hojas de coca, sebo de llama, incienso y claveles (Rosing, 2010); la mesa de doce q'intos de la curación blanca lleva un nido para Ankari (con un huevo), para el cabildo de la casa, para Santiago, para los antepasados y para los lugares sagrados.

La coca es el ingrediente más importante de todo ritual kallaway: crece, según esta cosmovisión, entre el mundo humano y el mundo de los espíritus. Las hojas se seleccionan enteras y sin defectos, se colocan en los nidos con el lado bueno hacia arriba, y los residuos de masticación se entregan al río o a la encrucijada. El feto de llama es la ofrenda sacrificial de mayor peso: símbolo de inocencia, ofrecer al inocente quita la culpa. El sebo de llama (untu) se usa solo en la mesa blanca; el de cerdo, oveja o vaca, en los rituales negros o en el llaki wijch'una.

El color y la dirección también hablan: el hilo hilado a la izquierda se ata al cuello, las muñecas y los tobillos de los deudos para "atrapar" la desgracia, y luego se rompe y se arroja al río; la izquierda se asocia con la desgracia y la expulsión, y el negro con el duelo y los rituales negros. Los rituales se hacen de noche, en lugares apartados: los días "buenos" para la mesa blanca son miércoles, jueves, sábado y lunes; martes y viernes, "malos", son para la mesa negra y el llaki wijch'una; agosto es el mes en que "el cielo está abierto" y las ofrendas se reciben mejor. El río, por último, es el destino de la desgracia, el duelo y la enfermedad: ahí se lavan los deudos, se frotan con piedras y se cambian de ropa.

4.4.3. Animismo: el retorno del ajayu

El animismo kallaway sostiene que todo lo vivo tiene una fuerza animadora, presente en los cuerpos humanos, en el paisaje (montañas, tierra, estrellas) y en los restos de los antepasados (huesos, almas errantes). Esa fuerza puede perderse, disminuir o aumentar por interferencia de ancestros, espíritus de la tierra, vientos malignos o la mala voluntad de otros (Greenway, 1998). El ajayu (también hajo, animu, ujayu) es el principio vital: un fluido que da energía emocional y puede dispersarse (Krippner & Glenney, 1997; Bastien, 1989). El susto o mancharisqa separa el alma del cuerpo, y la persona queda "salvaje" (salqa), incapaz de comportarse como tal (Greenway, 1998).

La terapéutica animista culmina en los rituales de llamada o retorno del alma (animu qayay): el sanador arma un despacho —un atado sacrificial que representa al paciente como "no-persona", sin grasa, sin sangre, sin espíritu— y lo ofrece a los apus a cambio de la fuerza vital que reinfunde en el paciente (Greenway, 1998). El momento culminante es la "devolución" del alma: el sanador sopla tres veces en una

botella, hace sonidos y pasa el humo del atado quemado por el cuerpo del enfermo, "reintroduciendo" el espíritu. El paciente percibe, ve, huele y oye el retorno del espíritu: el ritual produce una transformación real que restaura su identidad plena. El retorno del ajayu es, en el fondo, la restauración del vínculo cuerpo-espíritu y de todos los lazos sociales y cósmicos de la persona (Greenway, 1998).

Dimensión	Elementos clave	Fuente	Trazabilidad en el Plan
Espiritual	Pachamama, apus, Santiago/Illapa, Ankari, antepasados, reciprocidad	Rosing, 2010	Línea de acción 1: protocolo respeta la dimensión espiritual (no se graban oraciones internas)
Simbólica	Mesa, q'intos, coca, feto de llama, colores, direcciones, días	Rosing, 2010; Krippner & Glenney, 1997	Línea de acción 2: enseñanza del significado de cada símbolo
Animismo	Ajayu, susto, animu qayay, despacho, retorno del alma	Greenway, 1998	Línea de acción 2: práctica supervisada de rituales de retorno del ajayu

4.5. Plano íntimo y plano empírico en la práctica ritual

4.5.1. Plano íntimo

El plano íntimo cubre lo subjetivo, lo relacional y lo reservado de la curación:

1. Confidencialidad y secreto: los rituales se hacen de noche, en lugares apartados o semisecretos, y no se comentan en público (Rosing, 2010). Los sanadores tienen además una lengua secreta, el machaj-juyai ("lengua de los colegas"), de unas 12.000 palabras, con léxico sobre todo pukina y gramática quechua, que hablan entre ellos y en los rituales para proteger su conocimiento de personas ajenas (Krippner & Glenney, 1997).
2. Relación terapéutica personalizada: el sanador conoce a sus pacientes por nombre, visita sus casas, conoce su historia familiar. El diagnóstico se anuncia junto con el paciente y su familia, que reciben tareas concretas. La confianza y la fe del paciente son claves en el tratamiento (Krippner & Glenney, 1997).
3. Vulnerabilidad del sanador: quien ejecuta un llaki wijch'una asume un riesgo, porque la desgracia y el duelo pueden "contagiarse"; por eso no vuelve directo a su casa tras la purificación, se lava, se cambia de ropa y se protege con sus propios nidos (Rosing, 2010).
4. Dimensión afectiva: el ritual es un espacio de consuelo donde los deudos lloran, narran y reciben apoyo, mientras el sanador sostiene emocionalmente a la familia frente a la enfermedad y la muerte.

4.5.2. Plano empírico

El plano empírico cubre los conocimientos y procedimientos basados en observación, experimentación y verificación de causa y efecto:

1. Observación sistemática: la farmacopea kallawaya "es una ciencia en cuanto se basa en la observación y la investigación empírica de causa y efecto", cuerpo de conocimiento que "disminuye o se expande con el tiempo" (Bastien, 1983).
2. Procedimientos diagnósticos objetivos: pulso, temperatura, observación de lengua, ojos, orina y heces; examen de órganos internos del cuy (Krippner & Glenney, 1997).
3. Verificación por resultados: los herbolarios se hacen profesionales "curando efectivamente a la gente, construyendo una reputación y manteniendo una clientela suficiente" (Bastien, 1982). El pago depende del resultado: el sanador exitoso puede cobrar hasta cuatro veces más.
4. Intercambio y contraste de conocimiento: los herbolarios intercambian plantas y saberes entre el campo y la ciudad, y han incorporado elementos de la biomedicina —la penicilina para la sífilis, por ejemplo— cuando la evidencia empírica muestra su eficacia (Bastien, 1982). Florentino Álvarez, herbolario de Chajaya, trataba la sífilis con penicilina y se negaba a usar remedios herbales que sabía ineficaces para esa enfermedad.
5. Especialización empírica comunitaria: la distinción entre herbolarios (empíricos) y adivinadores (rituales) refleja la división del trabajo: unos tratan causas físicas con recursos naturales, otros, factores sociales y sobrenaturales (Bastien, 1982).

4.6. Componente intangible: conocimiento comunitario y personal

4.6.1. Conocimiento comunitario

El conocimiento kallawaya es, ante todo, un patrimonio colectivo transmitido por tradición oral durante siglos:

1. Transmisión intergeneracional: los ancianos de Curva y Chajaya enseñan a sus hijos dónde crecen y qué propiedades tienen las hierbas entre los 6.000 y 19.000 pies de altitud (Bastien, 1982). El conocimiento pasa de padres a hijos —el hijo mayor tiene el deber de convertirse en sanador— mediante un aprendizaje práctico que puede durar catorce años (Krippner & Glenney, 1997).
2. Lengua ritual secreta: el machaj-juyai es un bien comunitario que protege el conocimiento frente a personas ajenas a la tradición (Krippner & Glenney, 1997).
3. Especialización comunitaria: el conocimiento se reparte entre comunidades complementarias —Kaata para el ritual y la adivinación, Curva y Chajaya para la herbaria— (Bastien, 1982), una forma de "control vertical" del saber ligado a los recursos de cada zona.
4. Reconocimiento institucional: en 2003 la UNESCO declaró la cosmovisión kallawaya Obra Maestra del Patrimonio Oral e Intangible de la Humanidad (Rosing, 2010; Alvarez Quispe & Loza, 2014). El expediente se preparó bajo la dirección del Instituto Boliviano de Medicina Tradicional Kallawaya y el Viceministerio de Cultura, con la participación de Walter Alvarez Quispe. Según esta misma fuente, Bolivia fue el primer país de América Latina en despenalizar la medicina tradicional, incluso antes de la Declaración de Alma-Ata (1978) (Alvarez Quispe & Loza, 2014).

4.6.2. Conocimiento personal

El conocimiento kallaway es también un saber personal, encarnado y probado en la práctica:

1. La práctica como criterio de verdad: "la clave para ser un herbolario exitoso es la práctica, la experiencia real de poder relacionar las propiedades medicinales de ciertas plantas con los síntomas de varias enfermedades" (Bastien, 1982). El estatus profesional se gana curando y construyendo reputación.
2. Memoria prodigiosa: los herbolarios guardan en la memoria datos complejos sobre cientos de plantas —nombres, lugar de hallazgo, cualidades, preparaciones, usos, síntomas tratados, "vida media" en el organismo—, aprendidos en la práctica durante aprendizajes de hasta ocho años con un herbolario viajero (Bastien, 1989). Louis Girault recogió, sobre todo de un solo herbolario kallaway, información de más de 600 plantas medicinales con patrones de uso complejos.
3. Vocación y elección: el sanador es "llamado" por los lugares sagrados, el rayo, los gemelos o una enfermedad grave; el machu (lugar sagrado asignado) debe aprobar, y sin esa aprobación el sanador sería "devorado" (Rosing, 2010). Marcos Apaza, ritualista puro, se describía como "hijo y siervo de los lugares sagrados".
4. Conocimiento resguardado: el conocimiento personal se protege con celo. En los congresos kallawayas posteriores a la declaratoria de la UNESCO se propusieron normas para prohibir entregar hierbas y conocimiento médico a personas ajenas y no nativas de la región (Rosing, 2010).
5. Hibridación personal: el conocimiento personal puede mezclar trayectorias distintas, como la de Walter Alvarez Quispe, kallaway y médico biomédico graduado en La Habana, que combinó su doble formación para defender legalmente la medicina tradicional (Alvarez Quispe & Loza, 2014).

Tipo de conocimiento	Características	Fuente	Trazabilidad en el Plan
Comunitario	Transmisión intergeneracional, lengua secreta, especialización comunitaria	Bastien, 1982; Krippner & Glenney, 1997	Línea de acción 2: intercambios rurales Charazani-Curva (territorio como escuela)
Personal	Práctica como criterio de verdad, memoria prodigiosa, vocación	Bastien, 1982, 1989; Rosing, 2010	Línea de acción 2: escuelas itinerantes (formación personal viajera)

V. MARCO NORMATIVO

El Plan se apoya en este conjunto de normas nacionales e internacionales, cada una vinculada a una o varias dimensiones del marco teórico de la Sección IV:

Norma	Año	Dimensión del marco teórico	Aplicación en el Plan
Constitución Política del Estado (CPE)	2009	Todas las dimensiones	Artículo 98: reconoce el derecho a la medicina tradicional. Artículo 99:

Norma	Año	Dimensión del marco teórico	Aplicación en el Plan
			protege el patrimonio cultural tangible e intangible
Convención de la UNESCO para la Salvaguardia del Patrimonio Cultural Inmaterial	2003	Conocimiento comunitario y personal (transmisión oral)	Reconoce el patrimonio cultural inmaterial como "conocimientos y prácticas" transmitidos oralmente, en línea con la definición de Medicina Kallawayá
Ley del Patrimonio Cultural Boliviano (Ley N.º 530)	2014	Conocimiento comunitario (propiedad colectiva)	Define el patrimonio cultural inmaterial incluyendo los "conocimientos tradicionales", parte del componente intangible del conocimiento kallawayá
Decreto Supremo N.º 5471	2025	Conocimiento comunitario (propiedad colectiva)	Reglamenta la protección del patrimonio cultural inmaterial comunitario, aplicable al conocimiento comunitario kallawayá como propiedad colectiva
Política Nacional de Salud Intercultural D.S. 29601	2028	Herbaria, psicoterapia, plano empírico	Permite articular las prácticas kallawayas en centros de salud públicos (líneas de acción 5.2.1, 5.3.1 y 5.3.4)

Nota técnica: antes de presentar este Plan a instancias oficiales, KASFRO debería verificar la numeración exacta de los artículos constitucionales citados (98 y 99) y el contenido preciso del Decreto Supremo N.º 5471 y de la Política Nacional de Salud Intercultural de 2023, contra sus textos oficiales publicados.

VI. DIAGNÓSTICO SITUACIONAL

6.1. Contexto demográfico: Censo 2024

Según el Cuadro N.º 5 del Censo Nacional de Población y Vivienda 2024 del INE: el total nacional de personas autoidentificadas kallawayas es 15.384; de ellas, 14.865 (96,6 %) viven en Charazani y Curva, la zona núcleo; y 519 (3,4 %) viven fuera, repartidas en 54 municipios de 8 departamentos. Esta población dispersa es el sujeto de este Plan.

Departamento	Kallawayas fuera de zona núcleo	% del total fuera de zona núcleo
La Paz (fuera de Bautista Saavedra)	417	80,3 %

Departamento	Kallawayas fuera de zona núcleo	% del total fuera de zona núcleo
Cochabamba	43	8,3 %
Santa Cruz	32	6,2 %
Potosí	10	1,9 %
Beni	5	1,0 %
Tarija	4	0,8 %
Chuquisaca	3	0,6 %
Oruro	3	0,6 %
Pando	2	0,4 %
TOTAL	519	100 %

La concentración en La Paz (80,3 %) encaja con los patrones históricos de migración urbana descritos en 4.2.3, y la presencia en Cochabamba (8,3 %) explica por qué KASFRO tiene sede en esa ciudad. En conjunto, estos datos muestran una dispersión geográfica que rompe los mecanismos tradicionales de transmisión —que dependían de la cercanía territorial y de la itinerancia dentro de la región andina— y justifica los mecanismos alternativos de transmisión urbana que desarrolla la Sección VIII.

VII. OBJETIVOS DEL PLAN

7.1. Objetivo general

Garantizar la viabilidad y la transmisión intergeneracional del componente de Medicina Kallawayaya (Sejhos) —la herbaria (más de 1.000 plantas), la psicoterapia (susto, retorno del ajayu), las dimensiones espiritual, simbólica y animista (panteón andino, reciprocidad), los planos íntimo y empírico (secreto, observación), y los conocimientos comunitario y personal (transmisión oral, práctica como criterio de verdad)— entre la población autoidentificada kallawayaya que vive fuera de Charazani y Curva, mediante documentación, formación, fortalecimiento organizativo e incidencia pública, ejecutados por KASFRO junto con los ayllus tradicionales y los actores estatales competentes, entre 2026 y 2031.

7.2. Objetivos específicos

Cada línea de acción de la Sección VIII responde a uno de estos objetivos específicos:

1. Documentar y sistematizar el componente Sejhos en sus nueve dimensiones, con un archivo audiovisual y escrito accesible para las próximas generaciones.
2. Fortalecer la transmisión intergeneracional del conocimiento kallawayaya en contexto urbano, con escuelas itinerantes e intercambios rurales que repliquen la formación viajera tradicional.

3. Consolidar la capacidad organizativa de KASFRO y su red de delegados en los 54 municipios donde vive población kallawaya fuera de zona núcleo.
4. Visibilizar la Medicina Kallawaya ante la sociedad no kallawaya, y promover su comprensión y respeto.
5. Incidir en el diseño y la implementación de políticas públicas de salud intercultural que reconozcan el sistema médico kallawaya de forma integral.

VIII. LÍNEAS DE ACCIÓN Y ACTIVIDADES

8.1. Línea de acción 1: documentación y sistematización del Sejhos

Dimensiones: herbaria (farmacopea, taxonomía), psicoterapia (susto, mecanismos), espiritual (panteón, reciprocidad), simbólica (mesa, q'intos, coca), animismo (retorno del ajayu), planos íntimo y empírico (secreto, observación), y conocimientos comunitario y personal (transmisión, práctica).

Actividad	Dimensión(es)	Descripción	Producto
1.1.13-1.1.19. Registro audiovisual	Todas	Grabación de 20 rituales completos, con cada dimensión registrada	20 videos, 50 horas de audio
1.1.20-1.1.22. Sistematización escrita	Todas	Manual del Sejhos con un capítulo por dimensión	Manual de 100 páginas
1.1.24. Plataforma digital	Todas	Archivo accesible con filtros de búsqueda por dimensión	Plataforma en línea

8.2. Línea de acción 2: transmisión intergeneracional en contexto urbano

Dimensiones: conocimiento comunitario (intercambios rurales, territorio como escuela), conocimiento personal (escuelas itinerantes, formación viajera), herbaria (identificación de plantas), psicoterapia (diagnóstico, mecanismos), y planos íntimo y empírico (secreto, observación).

Actividad	Dimensión(es)	Descripción	Producto
2.1.6-2.1.9. Escuelas itinerantes	Conocimiento personal, herbaria, psicoterapia	Cuatro ciudades, seis meses, teoría y práctica	40 aprendices por cohorte
2.2.2, 2.2.4, 2.3.2, 2.3.4, 2.4.2. Intercambios rurales	Conocimiento comunitario, espiritual	Viajes formativos a Charazani, Curva, Pelechuco, Apolo y Larecaja	40 aprendices por viaje
2.1.18-2.1.21. Práctica supervisada	Planos íntimo y empírico, animismo	Atención de pacientes reales, con supervisión de terapeutas experimentados	15 pacientes por ciudad

8.3. Línea de acción 3: fortalecimiento organizativo de KASFRO y sus redes

Dimensiones: conocimiento comunitario (red de delegados como "padres guías", lengua secreta) y conocimiento personal (formación de delegados itinerantes, práctica como criterio de verdad).

Actividad	Dimensión(es)	Descripción	Producto
3.1.7-3.1.11. Formación de delegados	Conocimiento comunitario	Formación de delegados en los 54 municipios identificados por el Censo 2024	Red operativa de delegados
3.2.1. Convenios con universidades	Conocimiento personal	Investigación conjunta sobre diagnóstico kallaway	3 convenios institucionales

8.4. Línea de acción 4: visibilización y difusión pública

Dimensiones: simbólica (educación al público, mesa, q'intos), espiritual (respeto a los rituales, panteón andino) y herbaria (ferias de plantas, farmacopea).

Actividad	Dimensión(es)	Descripción	Producto
4.1.3, 4.1.5, 4.2.1. Ferias	Herbaria, simbólica	Stand con demostraciones y venta de plantas medicinales	8 ferias, 5.000 visitantes
4.2.2. Documental	Todas	Documental de 45 minutos con narrativa integral del Sejhos	1 documental
4.3.1. Campaña en redes sociales	Simbólica, espiritual	50 videos que explican las distintas dimensiones	10.000 seguidores

8.5. Línea de acción 5: incidencia en políticas públicas de salud intercultural

Dimensiones: todas (reconocimiento integral del sistema: herbaria, psicoterapia, espiritual, simbólica, animismo, planos íntimo y empírico, conocimientos comunitario y personal).

Actividad	Dimensión(es)	Descripción	Producto
5.2.1, 5.3.1, 5.3.4. Pilotos	Todas	Atención en centros de salud con enfoque intercultural integral	4 pilotos, 1.000 pacientes
5.4.3. Propuesta normativa nacional	Todas	Propuesta de reconocimiento legal del sistema médico kallaway completo	Propuesta en trámite

IX. CRONOGRAMA DE EJECUCIÓN (2026-2031)

La ejecución se programa a cinco años (2026-2031), organizada en fases anuales para cada línea de acción. El cronograma mes a mes, con su columna de "dimensiones del marco teórico" por actividad, va en el Anexo E.

X. PRESUPUESTO

El presupuesto total estimado para 2026-2031, en bolivianos (Bs.), se desglosa así:

Rubro	Total (Bs.)	Dimensiones principales
Personal	835.200	Todas (coordinación integral)
Documentación	208.800	Herbaria, psicoterapia, espiritual, simbólica, animismo
Escuelas itinerantes	626.400	Conocimiento comunitario/personal, planos íntimo/empírico
Fortalecimiento de KASFRO	348.000	Conocimiento comunitario (red de delegados)
Visibilización	348.000	Dimensión simbólica, espiritual, herbaria
Incidencia política	313.200	Todas (reconocimiento integral)
Gastos administrativos	208.800	Soporte transversal
Contingencia (10 %)	271.440	Todas
TOTAL	3.159.840	—

El desglose por actividad va en el Anexo F.

XI. SISTEMA DE MONITOREO Y EVALUACIÓN

Cada una de las nueve dimensiones del marco teórico tiene su propio indicador, con línea base 2026 y meta 2031, para medir el avance de forma diferenciada:

Dimensión	Indicador	Línea base (2026)	Meta 2031
Herbaria	% de aprendices que identifican 20 plantas para el Sejhos	10 %	80 %
Psicoterapia	% de aprendices que ejecutan el Sejhos completo	5 %	75 %

Dimensión	Indicador	Línea base (2026)	Meta 2031
Espiritual	% de terapeutas que mantienen oraciones diarias	60 %	90 %
Simbólica	% de pacientes que comprenden el simbolismo del ritual	20 %	60 %
Animismo	% de rituales donde se reporta retorno del ajayu	70 %	95 %
Plano íntimo	% de terapeutas que reportan conexión profunda con el paciente	50 %	85 %
Plano empírico	% de pacientes que reportan mejoría	65 %	90 %
Conocimiento comunitario	% de aprendices que participan en intercambios rurales	0 %	100 %
Conocimiento personal	% de aprendices que desarrollan variantes propias	0 %	50 %

XII. ANÁLISIS DE RIESGOS Y MEDIDAS DE MITIGACIÓN

Del marco teórico de la Sección IV se derivan estos riesgos para la salvaguardia del Sejhos, cada uno con su dimensión afectada y su mitigación:

Riesgo	Dimensión afectada	Mitigación	Fuente
Pérdida de plantas medicinales	Herbaria	Bancos de semillas, cultivo urbano	Bastien, 1983
Estigmatización de los rituales	Espiritual, simbólica	Campaña de educación pública	Rosing, 2010
Migración que interrumpe la transmisión	Conocimiento comunitario	Intercambios rurales periódicos	Bastien, 1982
Falta de financiamiento continuo	Todas	Diversificación de fuentes (UNESCO, Estado, cooperación internacional)	Alvarez Quispe & Loza, 2014
Cambio climático afecta la disponibilidad de plantas	Herbaria	Bancos de semillas, cultivo en macetas	Bastien, 1989

Esta matriz debe revisarse cada año durante la ejecución, sumando los riesgos que aparezcan en cada fase.

XIII. CONCLUSIONES

PRIMERA. La Medicina Kallawaya es un sistema médico complejo, documentado por más de cuatro décadas de investigación etnográfica, etnobotánica y antropológica. Su componente Sejhos necesita mecanismos específicos de salvaguardia frente a la dispersión geográfica y la migración urbana que muestra el Censo 2024.

SEGUNDA. El marco teórico —las dimensiones material, ritual, espiritual, manual y preventiva; los subsistemas herbario y psicoterapéutico; los planos íntimo y empírico; y los conocimientos comunitario y personal— da una base conceptual sólida y trazable a cada línea de acción, actividad e indicador del Plan.

TERCERA. La población kallawaya fuera de Charazani y Curva (519 personas, 3,4 % del total nacional, en 54 municipios de 8 departamentos) es un sujeto de intervención bien delimitado, cuya dispersión geográfica exige mecanismos alternativos de transmisión, como las escuelas itinerantes urbanas de la Línea de Acción 2.

CUARTA. El marco normativo nacional e internacional —Constitución Política del Estado, Convención de la UNESCO de 2003, Ley N.º 530, Decreto Supremo N.º 5471 y Política Nacional de Salud Intercultural— da fundamento jurídico suficiente al Plan, sin perjuicio de la verificación normativa señalada en la Sección V.

QUINTA. El sistema de monitoreo y evaluación, organizado por dimensión, permite medir el impacto del Plan sobre cada componente del sistema médico kallawaya, en vez de reducirlo a indicadores genéricos de cobertura.

SEXTA. Se recomienda ejecutar este Plan de Salvaguardia entre 2026 y 2031, bajo la conducción de KASFRO, en articulación permanente con los ayllus tradicionales de Charazani y Curva, las universidades convenidas y las instancias estatales de salud intercultural, patrimonio cultural y educación.

XIV. ANEXOS

Anexo A: Glosario de terminología kallawaya

Término	Definición	Dimensión	Fuente
Ajayu	Esencia de vida o alma que retorna en el ritual de animismo	Animismo	Krippner & Glenney, 1997; Greenway, 1998
Kapachu	Bolsón tradicional del kallawaya para transportar remedios	Herbaria, conocimiento personal	Bastien, 1982, 1983
K'awa	Lectura de hojas de coca con fines diagnósticos	Plano empírico, conocimiento personal	Krippner & Glenney, 1997

Término	Definición	Dimensión	Fuente
Q'owa	Ofrenda dirigida a la Pachamama	Dimensión espiritual	Rosing, 2010
Male	Tejido Sagrado para ritual de purificación y limpieza energética	Todas las dimensiones	KASFRO, 2026
Sejhos	Médico o sabio kallaway	Conocimiento comunitario/personal	Bastien, 1982
Ch'ukay	Acción de succionar energías negativas del cuerpo	Plano empírico, animismo	Krippner & Glenney, 1997
Achachila	Espíritu de los cerros, protector de la comunidad	Dimensión espiritual	Rosing, 2010
Machaj-juyai	Lengua secreta de los colegas (unas 12.000 palabras)	Conocimiento comunitario	Krippner & Glenney, 1997
Llaki wijch'una	Terapia del duelo: "arrojar la pena"	Psicoterapia, dimensión simbólica	Rosing, 2010

Este glosario no es exhaustivo. Debe ampliarse durante la Línea de Acción 1 (documentación y sistematización), con los términos que se registren en los rituales documentados.

Anexo B: Matriz de riesgos

La matriz de riesgos y mitigación está en la Sección XII.

Anexo C: Protocolo de consentimiento informado (extracto)

El protocolo completo, aplicable en la Línea de Acción 1, debe incluir la identificación de las partes, el objeto de la documentación, el alcance de la grabación y las condiciones de participación voluntaria. Dos cláusulas ya sistematizadas en la propuesta original protegen específicamente el conocimiento kallaway:

Cláusula 3. El presente ritual de Sejhos se documenta respetando las nueve dimensiones del sistema terapéutico kallaway: herbaria, psicoterapia, dimensión espiritual, dimensión simbólica, animismo, plano íntimo, plano empírico, conocimiento comunitario y conocimiento personal. El terapeuta puede pedir que ciertas dimensiones (por ejemplo, el plano íntimo, las oraciones internas o el machaj-juyai) no se graben (Rosing, 2010; Krippner & Glenney, 1997).

Cláusula 5. El conocimiento documentado es propiedad intelectual colectiva de la Nación Kallaway, conforme al concepto de conocimiento comunitario del marco teórico de este Plan. KASFRO actúa como custodio del archivo; los derechos morales pertenecen a la comunidad (Bastien, 1982; Alvarez Quispe & Loza, 2014).

La versión definitiva del protocolo debe completarse con las cláusulas restantes (identificación de las partes, alcance y duración del consentimiento, mecanismos de revocación), revisarse jurídicamente y validarse con los ayllus tradicionales de Charazani y Curva.

Anexo D: Referencias bibliográficas

- Alvarez Quispe, W. A., & Loza, C. B. (2014). Medicinas tradicionales andinas y su despenalización: entrevista con Walter Alvarez Quispe. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, 21(4), 1475-1486.
- Bastien, J. W. (1982). Exchange between Andean and Western medicine. *Social Science & Medicine*, 16(7), 795-803.
- Bastien, J. W. (1983). Pharmacopeia of Qollahuaya Andeans. *Journal of Ethnopharmacology*, 8(1), 97-111.
- Bastien, J. W. (1989). Differences between Kallawaya-Andean and Greek-European humoral theory. *Social Science & Medicine*, 28(1), 45-51.
- Greenway, C. (1998). Objectified selves: An analysis of medicines in Andean sacrificial healing. *Medical Anthropology Quarterly*, 12(2), 147-167.
- Krippner, S., & Glenney, E. S. (1997). The Kallawaya healers of the Andes. *The Humanistic Psychologist*, 25(2), 212-229.
- Rosing, I. (2010). White, grey and black Kallawaya healing rituals.
- Stewart, D. E. (2008). Médicos viajeros bolivianos. *Canadian Medical Association Journal*, 178(5), 602.
- KASFRO. (2026). Definición institucional de la Medicina Kallawaya. *Kallawayas Sin Fronteras*, Cochabamba, Bolivia.

Nota técnica: esta bibliografía corresponde a los antecedentes usados para elaborar el Plan. KASFRO debería completar los datos editoriales de Rosing (2010) —volumen, editorial, páginas—, hoy incompletos en la fuente original, antes de presentar el documento a instancias oficiales.

Anexo E: Cronograma detallado de actividades (2026-2031)

El cronograma mes a mes, con su columna de "dimensiones del marco teórico" por actividad de las cinco líneas de acción de la Sección VIII, debe desarrollarse como documento operativo aparte, a cargo del equipo de coordinación de KASFRO.

Anexo F: Presupuesto desagregado

El desglose del presupuesto por actividad, dentro de cada rubro de la Sección X, debe desarrollarse como documento operativo aparte, en coordinación con el área administrativa de KASFRO.

Es cuanto se informa para fines consiguientes.

Elaborado por:

Kallawayas Sin Fronteras (KASFRO)
Cochabamba, Bolivia