

El *Rijcharismo* en el Altiplano peruano como una experiencia pionera de salud intercultural en América

"Rijcharismo" movement in the Peruvian high plateau as a pioneer intercultural health experience in the Americas

Dr. Gustavo Aliaga Rodríguez

Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Ciencias Sociales. Mazatlán, México.

RESUMEN

Introducción: de 1933 a 1949, las comunidades altipampinas de Puno en Perú articularon un movimiento de sanidad-rural indígena llamado *Rijcharismo*, como respuesta a la precaria situación sociosanitaria que tenían. El movimiento se legitimó en el respeto a la cultura ancestral, en el diálogo intercultural con sus líderes y curadores tradicionales y en su identidad indígena.

Objetivo: reinterpretar el significado del movimiento *Rijchary* en el ámbito de la salud, la educación y la participación comunitaria.

Métodos: se revisaron fuentes históricas secundarias, fotografías, testimonios y entrevistas publicadas. Se usó el método hermenéutico y heurístico para sistematizar y reconstruir los hechos.

Resultados: los brigadistas *rijcharis* y su líder empoderaron a las comunidades en su cuidado sanitario a través de la participación, la atención primaria de salud y la fundación de escuelas rurales estableciendo por primera vez un binomio social entre la salud y la educación. Editaron la revista de sanidad-rural, *Runa Soncco*, donde los indígenas trazaron con tono crítico artículos sobre la salud rural y los problemas sociales de la altipampa. El *Rijcharismo*, a pesar del reconocimiento internacional, no tuvo resonancia en el Estado peruano ni en la ciencia médica de la época, así, cuando las autoridades locales junto con los grupos de poder sintieron sus intereses políticos amenazados, trataron de descabezar el movimiento.

Conclusiones: el *Rijcharismo* es una experiencia pionera de interculturalidad en América, de desarrollo endógeno, participación comunitaria y atención primaria de salud, que permitió a las comunidades altipampinas de Puno, un acceso real al control de los procesos que afectaban su salud.

Palabras clave: salud intercultural, participación comunitaria, atención primaria de salud, historia de la medicina, promoción de la salud, salud pública.

ABSTRACT

Introduction: from 1935 to 1949, the communities living in Puno high plateau, Peru, organized a rural native health movement called Rijcharismo, as a response to the terrible social and health situation that they were facing. The movement was recognized on account of the respect to its ancestral culture, the inter-culture dialogue with its native leaders and traditional healers and its native identity.

Objective: this paper intended to re-interpret the meaning of the Rijchary movement in the field of health, education and community involvement.

Methods: secondary historical sources, photos, testimonies and published interviews were reviewed. The hermeneutic and heuristic methods were used to systematize and to reconstruct the events.

Results: rijcharis brigades and their leader empowered the communities to care for health through participation, primary health care and founding of rural schools; in this way, social duality of health and education was set. Runa Soncco, a rural health journal, was edited in which the natives critically drew up articles on rural health and the social problems in the high plateau. Despite acknowledgement on the international arena, neither the Peruvian state nor the medical sciences of the time was really interested in this important movement, so, when the local authorities and the ruling circles considered that their political interests were at risk, they intended to behead this movement.

Conclusions: Rijcharismo is a pionner experience of inter-culture relation in the Americas, of endogenous development, community involvement and primary health care; it allowed the communities dwelling in the Puno high plateau to have real access to the management of processes affecting their health.

Keywords: intercultural health, community involvement, primary health care, history of medicine, health promotion, public health.

INTRODUCCIÓN

Al empezar el siglo xx, Perú estaba gobernado por un pequeño grupo de familias aristocráticas dueña de los medios de producción (la industria agropecuaria, las finanzas y la minería) con una limitada capacidad para industrializar el país y con un fuerte menosprecio hacia todas aquellas razas que no eran blancas.

Las ciencias médicas, al reconocer el modelo determinista unicausal del proceso salud-enfermedad, organizó la sanidad pública a través de masivas campañas de vacunación obteniendo avances importantes en la lucha contra las enfermedades infectocontagiosas, a expensas de simplificar los aspectos sociales y colectivos.

Las políticas sanitarias latinoamericanas respondían a las exigencias del capitalismo europeo y estadounidense, de disponer una fuerza laboral sana que les permita asegurar sus inversiones en los países receptores.

Puno, uno de los departamento de menor desarrollo industrial del Perú, tenía una economía agropecuaria poco tecnificada y una población mayoritariamente indígena y analfabeta; donde tres estamentos convivían bajo una violenta tensión social: el comunitario-indígena, el feudalismo-terrateniente y el capitalismo mercantilista-

comerciante, a ellos se sumaban el gamonalismo^a patriarcal y el clero católico de mayor predominio en el Perú y marcadamente conservador.

La difícil situación social y sanitaria de las comunidades indígenas del altiplano puneño dio lugar a la aparición del *rijcharismo*. Un movimiento sanitario que se articuló sobre las bases comunitarias altipampinas y el encuentro respetuoso de los saberes médicos indígenas y occidentales.

El *rijcharismo* fue un movimiento sanitario anterior a las prácticas colectivas de la década de los cuarenta como la lucha contra la pobreza en los Estados Unidos de Norteamérica (EE. UU.)¹ y las experiencias latinoamericanas en salud de los años cincuenta y sesenta.

El objetivo del presente estudio es reinterpretar el significado del movimiento *rijchary* en el campo de la salud, la educación y la participación comunitaria, durante la década de los 30 del siglo xx en el altiplano puneño del Perú.

MÉTODOS

Se revisaron fuentes históricas secundarias como investigaciones en libros y revistas científicas, así como fotografías, testimonios y entrevistas. Se usó el método hermenéutico y heurístico para sistematizar y reconstruir los hechos.

Parte de la bibliografía revisada trata los hechos a través de un personaje, en este caso, se han centralizado en la persona de *Manuel Núñez Butrón*, de quien reconocemos su carisma como líder y sus cualidades de organizador del *rijcharismo* en un medio geográfico adverso como el altiplano del Perú.

El Comité de Educación Médica Continua del Colegio Médico del Perú ha reunido varias series de fotografías de la época sobre la vida de *Manuel Núñez Butrón* y el movimiento *Rijchary*, que pueden ser consultadas.^b

RESULTADOS

EL ESPACIO GEOGRÁFICO DEL ALTIPLANO DEL PERÚ

El altiplano andino es una elevada planicie de Sudamérica rodeado de cadenas de montañas con una altitud media de 3 700 metros sobre el nivel del mar (msnm), que se extiende por el sureste del Perú, el occidente de Bolivia y el norte de Argentina y de Chile.

Su considerable altitud, las precipitaciones tropicales de diciembre a marzo y la nieve que cae en enero y febrero determinan un clima frío y seco (media: 10 °C).²

El territorio está en constante desertización, con una productividad reducida por las actividades económicas no sustentables que eliminan del suelo las sustancias nutritivas y favorecen la acumulación de las tóxicas.³

El altiplano peruano está ubicado en la región de Puno, entre la cordillera oriental y occidental de los andes centrales, su altitud va de los 3 812 a los 5 500 msnm, de clima frío y seco (5 °C a 13 °C).⁴

Las tierras para el cultivo son escasas y su producción limitada. La puna, a más de 4 000 msnm, es ideal para la crianza de la alpaca y la vicuña, cuyas fibras alcanzan altos precios en el mercado exterior.

Tres grupos étnico-culturales coexisten en el espacio geográfico puneño: indígenas, mestizos y blancos; a su vez, los indígenas se dividen en quechuas y aymaras.

Puno sigue siendo una de las regiones menos desarrolladas y pobres de Perú. El intervalo de pobreza monetaria en el 2013 fue de 29,5-32,4 %. La mayor incidencia de pobreza se relacionó con la condición étnica (quechuas y aymaras).⁵

PUNO A INICIOS DEL SIGLO XX

De 1895 a 1913, Puno experimentó una reactivación de su economía pecuaria. El comercio de lanas de camélidos, cuyo principal destino era el mercado europeo, alcanzó su mayor índice de exportación en 1918 para luego mostrar un lento descenso por la crisis económica mundial.⁶

Ante la demanda creciente del comercio internacional de lanas, los hacendados y gamonales del altiplano puneño despojaron a las comunidades de sus tierras a través de la fuerza o de procesos judiciales apañados.

De 1876 a 1915, el número de haciendas en Puno había aumentado de 705 a 3 219.⁷ Esta expansión no contribuyó a la mayor productividad de la tierra ni una mejor calidad de la fibra de lana exportada. El estímulo del mercado en vez de convertir al terrateniente en un capitalista reforzó su mentalidad feudal y su poder monopólico impidiendo el acceso de las comunidades indígenas al mercado pecuario.^{8,9}

Algunos comuneros interesados por integrarse al mercado de las lanas solicitaron, al Gobierno de Lima, el envío de maestros para aprender a leer, escribir y cálculo básico, en escuelas que ellos mismos habían construido, incluso ofrecían pagar el sueldo del profesor, pero los gamonales frustraron sus planes.⁶

Los hacendados no solo utilizaron la fuerza para afianzar su poder frente a las comunidades, algunos gamonales de Puno habían creado a su alrededor un aura de magia que asociaban con eventos sobrenaturales y poderes chamánicos.^{8,10}

Los comuneros apelaron a la justicia sin éxito; entonces, algunos se hicieron delincuentes o se unieron a los levantamientos campesinos, otros promovieron la construcción de escuelas y buscaron nuevos aliados al favorecer el ingreso de los adventistas estadounidenses que llegaron desde 1913 al distrito de Platería en Puno.^{6,11}

En 1902, el cacique adventista *Manuel Zúñiga Camacho* fundó la primera escuela rural en la parcialidad de *Utawi laya* (Platería), donde enseñó a leer y escribir, a interpretar la Biblia, la higiene personal y además atendía a los enfermos.

Zúñiga sirvió en el ejército y viajó por los EE. UU. y Chile, consideraba que la educación era la única forma de salvación del alma y un medio para liberarse de la opresión del gamonal, el terrateniente y el sacerdote. En 1904, fue encarcelado por el poder político y obligado a abandonar la escuela.^{12,13}

Desde 1909, los adventistas de Argentina visitaron a los indígenas del altiplano intentando cambiar algunas de sus costumbres como el abuso del alcohol y de la hoja de coca, a través de la promoción y el fortalecimiento de la autoestima sobre una base de religiosidad y espiritualidad cristiana.¹⁴

Al ver que perdían ascendiente sobre los indígenas, las autoridades políticas y católicas de Puno hostigaron a los adventistas y a sus colaboradores.

En 1915, el Congreso de la República del Perú promulgó una ley de tolerancia religiosa; ese mismo año estalló en Puno una de las tantas rebeliones; esta vez, dirigida por un oficial del ejército y miembro de la Iglesia Metodista, el mayor *Teodomiro Gutiérrez Cuevas*, alias *Rumi Maqui* (Mano de Piedra), quien quiso crear un estado federal bajo la apariencia de reivindicar el *Tawantinsuyo*.¹⁵

El Ejército peruano tenía ciertos efectos "modernizadores" en los indígenas enrolados; quienes, después de licenciarse, regresaban con nuevas ideas, hábitos, conocimientos técnicos y una actitud más disciplinada con los problemas de su comunidad.

El indigenismo aparece en Perú en los años 20 y 30. Fue una ideología simplificada en una idealización del Incario, más contestataria al centralismo oligárquico que reflexiva sobre la situación social del indígena;¹⁶ trascendió luego en utopía, dejando una huella en las ciencias sociales, las artes y las ciencias médicas.

Durante las primeras décadas del siglo xx, llegaron también las ideas eugenésicas al Perú. El racismo *científico* se fundamentó en los focos de desarrollo ubicados en la costa peruana atribuidos a la *raza* blanca-criolla, considerándola superior y progresista; en cambio, el indígena de la sierra era una *raza* degenerada e incapaz, condenada al servilismo, a delinquir y a carecer de derechos.¹⁷

CONDICIONES SOCIOSANITARIAS DEL INDÍGENA ALTIPAMPINO DE PUNO A INICIOS DEL SIGLO XX

La población indígena se distribuye en pequeños núcleos dispersos, alejados unos de otros por precarias vías de comunicación que dificultan las acciones sanitarias.

El indígena es, en esencia, un habitante rural, agricultor para su autoconsumo y pastor del rebaño de los terratenientes; en ocasiones, es artesano, sombrerero, zapatero o albañil.¹⁸

Como pastor debía reubicarse tres o cuatro veces por año en busca de pastos frescos para los rebaños del patrón, por eso su vivienda era precaria y temporal: dos habitaciones de unos cuatro metros cuadrados, paredes de piedra unidas con barro, techo de paja brava sobre un armazón de palos y piso de tierra. La altura de los cuartos "rara vez permitía permanecer erguido dentro de ella; rodeando esta rústica vivienda, estaban los corralones para el ganado."¹⁸

Su dieta es rica en carbohidratos (papa, quinua, cebada y otros) y baja en proteínas (carne seca y rara vez fresca). El vestido es sumario; hecho de bayeta (tela de lana tejida por ellos mismos).

El varón viste una camisa que se cambia muy rara vez, un pantalón que a veces es de dos caras, de tal modo que de un lado sirve para el diario y del otro para alguna fiesta [...] en los pies usa sandalias (ojotas) y ocasionalmente zapatos. Las mujeres usan un camisón y varias polleras; lo que nunca les falta es su *llicla* o manta para cargar sus menesteres o su niño que siempre lleva a la espalda; los niños llevan una camisa, un faldellín y un gorro.¹⁸

El parto se realiza en su vivienda o en el campo. Las tasas de mortalidad materna e infantil se presumían altas, al igual que el índice de fecundidad. La población rural no estaba totalmente censada.

El niño crece templando su cuerpo y su alma con los rigores del frío, del hambre, de la desnudez, de la lluvia; sin embargo, muchos sucumben en medio de mortíferas epidemias de viruela, tos convulsiva, tífus exantemático, sarampión y otras enfermedades [...].¹⁸

Desconocen la existencia de microbios y parásitos. Creen que las enfermedades son producidas por el espíritu de los cerros, de las casas abandonadas, el arcoiris o los lugares sagrados (como tumbas antiguas) si no han recibido su habitual ofrenda; también, por la hechicería, el daño o el alma de los antiguos muertos.

Se debe distinguir entre el indio colono y el indio comunero. "El colono es más cumplidor de su deber, más rico, más trabajador con experiencia y católico. El comunero es sucio, flojo, libre y susceptible a aceptar otras religiones".¹⁹

La Dirección General de Salubridad adscrita al Ministerio de Fomento organizaba la salud pública del Estado. Durante esos años no se manejaba las acciones sanitarias con un nivel ministerial, ni se apreciaba la participación social, mucho menos de los pueblos indígenas por quienes se sentía un gran menosprecio.

Los médicos se formaban en un espíritu asistencialista que no fomentaba la labor preventiva excepto la vacunación. El médico recién egresado rehuía el medio rural debido al abandono estatal en que se hallaban las zonas rurales del altiplano.

El censo de 1940 dio para Puno, una población censada de 548 371, una omitida de 98 014, dando 646 385 de población total; densidad poblacional de 9 habitantes/km². El 87 % vivía en un medio rural.²⁰ El 94,1 % era indígena; el 88,8 % de los mayores de 5 años solo hablaban quechua y el 10,6 %, quechua y español.²¹

En las capitales de las provincias de Puno, un reducido porcentaje de viviendas tenían servicios de agua y desagüe: promedio de 7,4 % y 4,3 % respectivamente. El hacinamiento y el analfabetismo registraron altos índices en todas las provincias: promedio de 53,9 % y 85,1 % respectivamente.²²

En todo Puno, existían solo 26 profesionales sanitarios y cada uno debía atender 24 860 personas,¹³ pero la realidad era muy diferente, cuando *Núñez Butrón* ingresó a trabajar como médico titular en las provincias de Azángaro y Huancané tenía que atender una población cerca de los 200 000 habitantes.²³

¡RIJCHARISMO!

La indiferencia del Estado por los indígenas llevó a *Núñez Butrón* y un grupo de colaboradores^d instruidos y capacitados a organizar, en 1933, una brigada sanitaria-rural en la parcialidad de Isla (Juliaca) donde vacunaron contra la viruela, exigieron el aseo de la ropa y la higiene personal, rasuraron el cabello, indagaron por el estado de los enfermos infectocontagiosos y controlaron las defunciones.¹⁹

El *Rijcharismo*^e se fundó sobre la base comunitaria indígena y el recurso humano operativo de preferencia fue el reservista del ejército, quien mantenía la disciplina y el espíritu activo en armonía con el ideario y la acción sanitaria.

A un nivel simbólico, acorde con el pensamiento indígena, el *Rijcharismo* le *declaró la guerra* al piojo (transmisor del tifus), al alcohol (que bestializa) y a la pleitomanía (que divide) *sus armas* fueron el jabón, el peine, el lápiz y el cuaderno.¹⁹

Desde 1926, *Núñez Butrón* había viajado a caballo, en motocicleta y auto por las comunidades altipampinas invitándolos a participar en las campañas de vacunación pero con resultados poco significativos.

Entendió que era necesario ir al campo, comunidad por comunidad, a vacunarlos allí; así se enfrentó al primer problema: la desconfianza, ¿por qué un *mistí* que tenía un modo diferente de vivir quería hacerle bien a los indios?

Núñez Butrón decidió acercarse a los curadores tradicionales, aplaudir su labor, regalarles ropa limpia, conversar de salubridad en su lengua nativa y, nunca, ridiculizar sus tratamientos sino reformarlos, poco a poco, a uno más científico.²⁴

Los primeros *rijcharys* convivieron con *Núñez Butrón* en su casa de Juliaca y se convencieron del valor de la medicina oficial. Este hombre *rijcharizado* "era el mejor portavoz científico."²⁴ al volver a su comunidad le creían, ganaba adictos y así se formaba otra brigada de sanitaristas-rurales. La participación de las mujeres fue subalterna; sin embargo, entre los *rijcharys* destacó *Josefa Aquino*.²⁵

Hubo un largo trabajo de acercamiento y convivencia con los líderes comunales, basado en el diálogo intercultural y la participación que permitió el empoderamiento (*el despertar social*) de los indígenas en los procesos de su salud.

La labor profiláctica en Isla estimuló a las comunidades vecinas a presentarse ante *Núñez Butrón* para ofrecer sus servicios. Cuando las filas *rijcharistas* aumentaron, todos los domingos por la mañana se convocaba a una asamblea, donde de dos a cuatro horas se enseñaba y se aprendía de medicina rural: "Nuestra misión más parecía de aprender que de enseñar [...]"²⁴ también se hablaba de métodos para aprender a leer y escribir, cómo organizar las escuelas, incluso formas para ganar e invertir el dinero.

En su mejor momento, el movimiento abarcó las provincias de Puno, Huancané, San Román, Azángaro y Lampa (Fig.).



Fig. Mapa provincial de Puno. Se destaca en líneas rojas el área de influencia del *Rijcharismo* que abarcó una superficie territorial conocida de 3 123 km².

Al lograr la participación de las comunidades indígenas en la planificación y en la acción de las actividades sanitarias, el *Rijcharismo* vio la importancia de unir EDUCACIÓN y SALUD, pilar fundamental de la salud pública de hoy.

Con este objetivo se fundaron escuelas rurales *rijcharis* donde se enseñaba a leer, escribir, diferentes oficios (agricultura, ganadería, hacer medias, correas, esteras y sandalias, elaborar quesos y otros), la geografía de la parcialidad, con que pueblos se puede comerciar y como llegar a ellos, se implementaron también bibliotecas ambulantes y espectáculos de teatro al aire libre en lenguaje nativo.²⁴

El *Rijcharismo* tuvo también su lado autoritario. Con la ayuda policial se obligó a los indígenas a bañarse en el río y a cortarse el pelo, y en la estación de tren de Juliaca se les exigió el certificado de vacunación antivariólica para la venta de boletos.¹⁴ Estas medidas fueron toleradas gracias al paternalismo y el carisma caudillista de *Núñez Butrón*.

Algunas casas comerciales donaron cuadernos, jabones, lápices y peines que se repartieron gratuitamente entre los indígenas. El Jefe del Comando Sanitario, Dr. *Luís Ugarte*, permitió prorratear el sueldo de un sanitario entre cuatro *rijcharis*.¹⁹

En 1935, *Núñez Butrón* financió con su peculio y la ayuda de algunos amigos, la revista sanitarista rural *Runa Soncco*,⁹ el vocero *de los indios i (sic) para los indios*²⁶ donde intentó (o quizás logró) articular la salud indígena con la occidental.²⁷

LOS ENEMIGOS DEL *RIJCHARISMO*

La mayoría de las actividades del *Rijcharismo* eran en el ámbito rural pero sus efectos empezaron a sentirse también en las ciudades y a ser mal vistos por los grupos de poder.

A la lucha contra el consumo de alcohol por los adventistas se sumaron los *rijcharis*; y eso, iba en contra de los intereses de los comerciantes de este producto y de los hacendados que pagaban el jornal de los indígenas con alcohol.

La lucha contra la pleitomanía disminuyó los litigios así como los clientes de leguleyos, tinterillos, picapleitos, rábulas, abogados y funcionarios; estos últimos, cobraban a los comuneros el trabajo que el Estado les pagaba. "[...] nosotros somos enemigos del pleito y para vergüenza de nuestra patria, muchos viven de él."²⁸

Las actividades sanitarias del *Rijcharismo* se fundamentaron en el trabajo gratuito de los comuneros. El escaso apoyo económico recibido no lo hacía sostenible. "Funcionó desde 1933 hasta 1949 en que nuestra situación económica no respondía a las necesidades de la campaña. El trabajo gratuito del campesinado también llegó a quebrantarse porque la lucha era larga [...]".¹⁹

El empoderamiento *rijchary* se oponía al proyecto de Estado-Nación de la aristocracia peruana de inicios del siglo xx, caracterizado por una ideológica política excluyente de las mayorías indígenas²⁹ y fundamentado en ideas eugenésicas del racismo científico.¹⁷

"Los amigos de estos males [...] luchan solapadamente y son cariñosos en la presencia de uno."¹⁹ Así, toda forma de ampliación ciudadana de la masa indígena era obstaculizada con gran disimulo. El gamonalismo es un buen ejemplo, porque al *controlar* a la masa indígena según los deseos de la clase gobernante, se convertía en una forma particular de inclusión para evitar formas generales de inclusión.

En 1937, una campaña de desprestigio contra *Núñez Butrón* lo mostraba "como subvertor (sic) e incitador de las masas campesinas, tildándolo de comunista y de ser peligroso para el gobierno."²³ La Subprefectura de Juliaca prohibió inaugurar más escuelas *rijcharis* haciéndolo responsable de cualquier desacato; a fines de ese año, *Núñez Butrón* fue trasladado fuera de Puno.^{14,23,28}

Los *rijcharys* tomaron conciencia de los problemas sociales que condicionaban la salud y empezaron a escribir o a dictar sus artículos con un tono bastante crítico y, en algunos casos, claramente racista.¹⁴ *Núñez Butrón* fue trasladado de su cargo cuando el tono crítico de *Runa Soncco* alcanzó su punto más alto.

Durante su ausencia, *Runa Soncco* dejó de editarse aunque se continuó haciendo *Rijcharismo* con menos intensidad. Hasta el momento, no se tienen datos históricos de las actividades del movimiento sin *Núñez Butrón*.

Cuando regresó a Juliaca, parte del *Rijcharismo* se había perdido. Volvió a editar *Runa Soncco* (1945-1948) y a trabajar con las brigadas pero manteniendo un perfil bajo.

"Consultados los jefes para seguir nuestra campaña, nos respondieron que no hiciéramos nada contra el alcohol ni contra el pleito. Esos tenían defensores tremendos y que nuestra campaña debería ser solo contra el PIOJO (sic)".²⁴

A fines de los 40, la plataforma cultural del *Rijcharismo* empezó a declinar. Las ideas estadounidenses sobre el crecimiento económico y la modernización socavaron el indigenismo, y la expansión de la industria farmacéutica opacó a la medicina indígena.¹⁴

A pesar del reconocimiento internacional (Chile, Argentina, México y Francia),¹⁹ el *Rijcharismo* no tuvo resonancia en el Estado peruano ni en la ciencia médica de la época, quienes estuvieron orientados más hacia la construcción de hospitales y la alta tecnología.¹⁴

La figura de *Núñez Butrón* es gravitante. Nació en Samán (Puno) en 1899, hijo natural reconocido de un sacerdote católico y de una mujer mestiza de clase media.¹⁴ Desde muy joven, sintió la imperiosa necesidad de "no vivir por vivir. [sino] Vivir para las generaciones venideras [...]".³⁰ Fue discriminado por su origen indígena, lo que le generó un problema de identidad durante toda su juventud.

Estudió en la Universidad de Barcelona (España) de 1921 a 1925, donde la educación médica revaloró los condicionantes sociales de la salud, influenciada por la 1ra. Guerra Mundial (1914-1918), la Revolución de Octubre (1917), la emergencia del socialismo y la crisis del liberalismo.³¹ Tras dejar el movimiento *rijchary*, *Núñez Butrón* continuó ejerciendo la medicina en Juliaca hasta su muerte en 1952.

Finalmente, se puede concluir que la religión, la educación y la base castrense son condiciones para el desarrollo de la identidad, la ciudadanía y su movilización social, por lo que su control, estará bajo el poder de las clases dominantes y cualquier intento de subvertir ese orden será disimuladamente anulado. El *Rijcharismo* fue una experiencia pionera en América, de participación comunitaria, atención primaria de salud, interculturalidad y desarrollo alternativo de características endógenas, que permitió a las comunidades altipampinas de Puno un acceso real al control de los procesos que afectaban su salud. El sustrato social del *Rijcharismo* fue la masa indígena revalorada por una educación básica fundada en valores y ciudadanía, impregnada por una fuerte fe religiosa y un indigenismo provincial. El proceso de construcción, organización y sostenimiento del *Rijcharismo* supo combinar y aprovechar creativamente los espacios sociales de verticalidad y de horizontalidad. Para la acción sanitaria se precisó de la verticalidad de los reservistas. El empoderamiento se dio en la horizontalidad del diálogo intercultural con los líderes y curadores, las asambleas dominicales y los artículos de la revista *Runa Soncco*. El legado histórico del movimiento *Rijchary* se encuentra en cada uno de los diez números de la revista, publicados de 1935 a 1948, esperando pacientemente la investigación que les haga justicia. A la usanza del *Hatun Rijchary* (Gran *Rijchary*), *Manuel Núñez Butrón*, recordemos hondamente las palabras con las que solía concluir sus asambleas dominicales: "¡*Rijcharyichis!*, ¡*Rijcharisun!*, ¡*Rijcharisun puni!*" (¡Despertad!, ¡Despertemos!, ¡Estemos siempre despiertos!).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanabria G. Participación social en el campo de la salud. Rev Cubana Salud Pública. 2004 [citado 25 Dic 2014];30(3). Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol30_3_04/spu05304.htm#cargo
2. Aceituno P. Elementos del Clima en el Altiplano Sudamericano. Rev Geofísica. 1996 [citado 14 Ene 2013];44. Disponible en: <http://www.dgf.uchile.cl/biblio/paperfenomenoni%F1o/varios/Revista%20Geof.%20N%BA44.pdf>
3. Rivasplata P. Desertificación y desertización en el altiplano andino peruano: comparación de manejo del territorio por las sociedades pretéritas [tesis]. España: Universidad Internacional de Andalucía; 2012 [citado 15 Ene 2013]. Disponible en: http://dspace.unia.es/bitstream/10334/2271/1/0382_Rivasplata.pdf
4. Comité Regional de Defensa Civil de Puno. Plan de Operaciones de Emergencia Región Puno. Puno: Predes Fondo Editorial; 2008 [citado 18 Ene 2013]. Disponible en: http://www.indeci.gob.pe/planes_proy_prg/p_operativos/p_oper_emerg/2008/04_planes_regionales/poe_puno.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe Técnico: Evolución de la Pobreza Monetaria 2009-2013. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2014 [citado 5 Abr 2015]. Disponible en: http://www.inei.gob.pe/media/cifras_de_pobreza/informetecnico.pdf
6. Rengifo G. Exportación de lanas y movimientos campesinos en Puno 1895-1925 [tesis]. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 1990 [citado 23 Ene 2013]. Disponible en: http://casadelcorregidor.pe/descarga/Rengifo-B_Tesis%20Puno.pdf
7. Flores A. La oligarquía arequipeña y los movimientos campesinos. En: Kapsoli W, compilador. Los movimientos Campesinos en el Perú 1879-1965. Lima: Delva Editores; 1977. p. 223.
8. Jacobsen N. Mirages of Transition. The Peruvian Altiplano 1780-1930. Berkeley: University California Press; 1993 [citado 21 Ene 2013]. Disponible en: <http://publishing.cdlib.org/ucpressebooks/view?docId=ft3v19n95h&chunk.id=d0e1326&toc.depth=1&toc.id=d0e1326&brand=ucpress;query=lizares#1>
9. Maltby L. Indian Revolts in the Altiplano and The Conquest of the land 1895-1925 [tesis]. Chicago: Harvard University; 1972.
10. Burga M, Flores A. Apogeo y crisis de la República Aristocrática. Lima: Rikchay; 1991.
11. Teel C. Revolutionary Missionaries in Peru: Fernando and Ana Stahl. Spectrum. 2009 [citado 23 Ene 2013];18(3). Disponible en: <http://spectrummagazine.org/node/1892>
12. Portugal J. El primer educador indígena: Manuel Z. Camacho. Puno: José Portugal; 2012 [citado 23 Ene 2013]. Disponible en: <http://joseportugalcatacora.blogspot.mx/2012/10/manuel-z-camacho.html>

13. Quilla E, Barreda E, Choque W. La primera escuela rural Manuel Z. Camacho. Secc Cultural. Los Andes: Puno; 2010 [citado 23 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.losandes.com.pe/Cultural/20100131/32548.html>
14. Cueto M. El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo xx. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1997 [citado 24 Ene 2013]. Disponible en: <http://archivo.iep.pe/textos/DDT/regresoepidemias.pdf>
15. Orrego J. La rebelión de Rumi Maqui (1915). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú; 2010 [citado 26 Ene 2013]. Disponible en: <http://blog.pucp.edu.pe/item/32921/la-rebelion-de-rumi-maqui-1915>
16. Marchena J. José Carlos Mariátegui. Madrid: Edit Quorum; 1987.
17. Mendoza W, Martínez O. Las ideas eugenésicas en la creación del Instituto de Medicina Social. An Fac Med. 1999;60(1):55-60.
18. Frisancho D. Jatun Rijchari: Manuel Núñez Butrón, precursor de la Medicina Rural. Lima: Editorial Juan Mejía Baca; 1981.
19. La Gran Cruzada. Manuel Núñez Butrón [entrevista]. Med Social. 1952; 11(14):10-3.
20. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Sociodemográfico del Departamento de Puno. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2007 [citado 28 Ene 2013]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0838/libro27/cap01.pdf>
21. Salomon F. Literacidades vernáculas en la provincia altiplánica de Azángaro. Puno: Biblioteca de la Casa del Corregidor; 2004 [citado 29 Ene 2013]. Disponible en: http://casadelcorregidor.pe/colaboraciones/biblio_Salomon.php
22. Ureta A. El saneamiento urbano en el Perú. Bol Escuela Ingenieros Perú. 1946;(19):3-76.
23. Frisancho D. Manuel Núñez Butrón y el "Rijcharismo". Acta Méd Peruana. 2001 [citado 29 Ene 2013]; 18(2). Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/acta_medica/2001_n2/manu_nu%C3%B1ez.htm
24. Un Rijchary. Labor Rijchary. *RunaSoncco*. 1948;14(10):8-16.
25. Colegio Médico del Perú, Comité de Educación Médica Continua. Dr. Manuel Núñez Butrón. Pionero de la Atención Primaria en el Mundo. Lima: Colegio Médico del Perú; 2011 [citado 28 Dic de 2014]. Disponible en: <http://alarv3.wix.com/manuelnunezbutron#!albumphotos20001=6>
26. Rijcharys. Editorial. *Runa Soncco*. 1937;3(6):2.
27. Arroyo-Hernández H. Runa Soncco. Manuel Núñez Butrón y su proyecto de educación sanitaria. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2013 [citado 27 Dic 2014];30(2):336-9. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342013000200029&script=sci_arttext

28. Delgado G. Doctrina y acción "rijchari" de Manuel Núñez Butrón. Med Social. 1953;12(20):8-10.
29. Gonzales O. El Estado peruano durante el siglo xx. Aspectos teóricos y periodización. Anuario Estudios Amer. 2001;58(2):611-32.
30. Núñez M. Necesidades del Trabajo. Esbozos (órgano de los estudiantes carolinós). Puno, 20 de Noviembre de 1917.
31. Bustos C. Cuatrocientos años de la Salud Pública en el Perú: 1533-1933. Lima: UNMSM; 2002 [citado 26 Dic 2014]: 366-70. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/libros/Medicina/cua_salud/cap3.pdf

Recibido: 30 de diciembre de 2014.

Aprobado: 11 de abril de 2015.

Gustavo Aliaga Rodríguez. Universidad Autónoma de Sinaloa, Facultad de Ciencias Sociales. Mazatlán, México.

Dirección electrónica: gualro@yahoo.es

* Investigación histórica.

^a El gamonalismo fue un sistema de explotación indígena de rasgos feudales, similar al caciquismo mexicano y al coronelismo brasileño. Una especie de quinta columna de los gobernantes en la población indígena.

^b Disponible en: <http://alarv3.wix.com/manuelnunezbutron>

^c La costumbre de masticar (o *chacchar*) la hoja de coca se debe a razones culturales y religiosas. El efecto energizante permite soportar los rigores del clima y la geografía de los Andes.

^d Los primeros brigadistas fueron: *Juan Koakira* (reservista y líder de Isla), *Eustaquio Rodríguez Aweranka* (reservista e indigenista) y *Melchor Cutipa Koaquira* (adventista con primaria completa).

^e *Rijcharismo* deriva de la voz quechua *rijchariy* que significa "despierta", aludiendo a la condición de *inconsciencia social* en la que se encontraba el indígena por falta de educación y salud básica.

^f *Misti* es voz quechua, significa "mestizo", y sirve para identificar a la persona que es de ciudad, habla castellano y viste saco, corbata y calzado, y se ha formado en la cultura occidental.

^g *Runa Soncco* es voz quechua, quiere decir, literalmente, *Corazón de indio*, pero no es así; *Runa Soncco* quiere decir el hombre que tiene amor por los indios y quiere dar solución a sus problemas.