

Salud/enfermedad y atención de enfermos de kharisiri en  
La Paz, Bolivia\*  
Health/illness and care of kharisiri patients in La Paz, Bolivia

Alvaro Corcino Aguilar Benitez  
Carrera de Sociología, Universidad Mayor de San Andrés, La Paz, Bolivia  
[alvaroaguilarbenitez@gmail.com](mailto:alvaroaguilarbenitez@gmail.com)  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-3384-7760>

Fecha de recepción: 8 de marzo de 2025

Fecha de aceptación: 27 de junio de 2025

\* Declaro no tener ningún tipo de conflicto de interés que haya influido en este artículo.

Resumen: La enfermedad del *kharisiri* es un conjunto de conocimientos sobre salud/enfermedad y atención en los Andes. Se dice que el *kharisiri* extrae la grasa a su víctima, quien, una vez recuperada del ataque, presenta ciertos síntomas y se enferma. En el artículo analizaremos el proceso de salud/enfermedad y atención de las personas que se denominan socialmente como *kharsutas*, a partir de su perfil social y sus derivaciones médicas. Este artículo tiene un enfoque cualitativo, ya que busca interpretar experiencias personales de enfermedad de los informantes a partir de 21 estudios de caso y 2 entrevistas complementarias que se realizaron en La Paz y El Alto en Bolivia. Como resultado podemos notar la influencia de las relaciones sociales en el proceso de sanación de los enfermos y los estratos medios y bajos a los que pertenece este grupo de personas que se denominan socialmente como *kharsutas*.

Palabras clave: Salud-enfermedad-atención, *kharsutas*, perfil social, derivaciones médicas, procesos sociales, medicina tradicional, La Paz-El Alto, Bolivia.

Abstract: The *kharisiri* illness is a body of knowledge concerning health/illness and care in the Andes. The *kharisiri* is said to extract fat from its victim, who, once recovered from the attack, presents certain symptoms and falls ill. In this article, we will analyze the health/illness and care process of people who are socially identified as *kharsutas*, based on their social profile and its medical implications. This article employs a qualitative approach, as it seeks to interpret the personal illness experiences of the informants through 21 case studies and 2 supplementary interviews conducted in La Paz and El Alto, Bolivia. The results highlight the influence of social relationships on the healing process of the sick, and the middle and lower social strata to which this group of people, socially identified as *kharsutas*, belong.

Keywords: Health-illness-care, *kharisiri*, social profile, medical referrals, social processes, traditional medicine, La Paz-El Alto, Bolivia.

## INTRODUCCIÓN

En áreas andinas del departamento de La Paz, los enfermos aparecen con síntomas como fiebre, vómitos, diarrea, dolor en la cabeza y en el estómago, entre otros. Estos enfermos llegan a sanarse mediante un remedio tradicional denominado remedio del kharisiri. Este remedio tradicional en forma líquida es depositado en una botella de vidrio, que es vendida generalmente en mercados donde expenden insumos de medicina tradicional en las ciudades de La Paz y El Alto. Días después de que el enfermo se ha sanado con el remedio, los familiares le comunican que ha sido atacado por el kharisiri, es decir que ha padecido la enfermedad del kharisiri. Estos enfermos son llamados kharsutas y, en la mayoría de los casos, logran sanarse.

En Bolivia hay pocas investigaciones que abordan los procesos de salud/enfermedad y atención. Esto debido a que la biomedicina<sup>1</sup> es la única ciencia que analiza los procesos de salud de la población, relegando este tipo de enfermedades a otras disciplinas como la antropología o sociología de la salud (Choquehuanca, 2022, p. 143). Sin embargo, investigaciones como las de Alba, Tarifa y los Jampiris de Raqaypampa (1993), Castellón (1997), Ramírez (2005), Tapia, Royder y Cruz (2006), Loza (2008), Albó (2009), Fernández (2010), entre otras, muestran un avance de la sociología y antropología médica en nuestro medio. Ante este vacío de investigaciones, autores como Spedding (2005/2011), Canessa (2006) y Pellegrini (2017) profundizaron en el estudio de los enfermos de kharisiri.

En la legislación nacional, la medicina tradicional se reconoce en las políticas públicas, como se aprecia en la Ley 459 de Medicina Tradicional<sup>2</sup>. Tanto el sistema biomédico estatal como la medicina tradicional comparten la misma legalidad y legitimidad. En la sociedad boliviana hay enfermos que pueden utilizar la medicina tradicional de forma preventiva o como sistema alternativo de salud. La interculturalidad refiere a las actitudes y relaciones de las personas o grupos humanos de una cultura con respecto a otro grupo cultural (Albó, 2009, p. 151). Entonces, la interculturalidad en la salud se refiere a las relaciones sociales que

---

1 De esta manera vamos a referirnos a la medicina profesional que se estudia en la universidad como disciplina académica.

2 Ley 459, Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana del Ministerio de Salud y Deportes, Estado Plurinacional de Bolivia.

mantienen diversos grupos culturales tomando en cuenta el respeto mutuo entre ellos en el ámbito de la salud.

El artículo se desarrolló a partir de los resultados de la investigación con enfermos de kharisiri en La Paz y El Alto titulada “Kharisutas, diagnósticos y remedios: análisis del comportamiento y las nociones sociales de los enfermos de kharisiri en La Paz”, realizada del 2018 al 2021 para acreditar la tesis de licenciatura en la carrera de Sociología de la Universidad Mayor de San Andrés<sup>3</sup>. El objetivo central de la investigación fue analizar las nociones y prácticas de salud/enfermedad de las personas que se denominaban socialmente como enfermos de kharisiri según estudios de caso del 2018 al 2021 en La Paz y El Alto. Buena parte del texto se desprende del estudio de tesis antes mencionado. A partir de este artículo se observa la influencia de las relaciones sociales en los procesos de salud que atraviesan los enfermos. Esto significa que los familiares junto al enfermo construyen e interpretan sus propios procesos de salud/enfermedad y atención en un contexto social específico, denominando a toda esta experiencia enfermedad del kharisiri.

El artículo se organiza en las siguientes secciones: primero, una revisión sobre la bibliografía de la enfermedad del kharisiri y el enfoque teórico respecto a las derivaciones y el perfil social; segundo, la metodología de la investigación; tercero, los resultados del proceso de salud y enfermedad de los kharisutas, el perfil social y las derivaciones de los enfermos. La última parte del artículo cierra con las secciones de discusión y conclusiones.

## MARCO TEÓRICO

Para analizar los procesos de salud/enfermedad y atención, primero vamos a analizar dónde acuden las personas cuando se sienten enfermas. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2012, de las 766.468 personas que habitan en La Paz, cuando presentan un problema de salud, acuden a farmacias o a la automedicación un 50,6%; a establecimientos públicos de salud, un 45,3%; a soluciones caseras, un 43%. En El Alto, de las 848.452 personas, acuden a farmacias o automedicación un 62,5%; a establecimientos de salud pública, un 52,1%; a soluciones caseras, un 52% (Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, 2012). Esto indica que

<sup>3</sup> La tesis de licenciatura contó con la tutoría del Dr. Hernán Pruden, docente de la Carrera de Sociología.

la mayoría de los enfermos de La Paz y de El Alto acuden primero a la automedicación, es decir, van a la farmacia a comprar algún fármaco para sanarse. En caso de que los enfermos no se puedan sanar con estos fármacos, recién acuden a soluciones caseras o a establecimientos de salud del sistema público.

En este caso vamos a abordar cómo los enfermos se dan cuenta de sus dolencias y lo que hacen para sanarse. Cuando una persona siente por primera vez que algo no está funcionando bien en su cuerpo y considera la posibilidad de estar “enferma”, busca interpretar lo que siente, en primer lugar, según sus propias experiencias y conocimientos (Freidson, como se citó en Becker, 2016, p. 92). A veces, los síntomas no desaparecen y el siguiente paso, para la mayoría de los enfermos, es acudir a su círculo familiar.

El enfermo, una vez que está consciente de sus limitaciones, cambia su rol social. Parsons describe cuatro aspectos del enfermo que se diferencian de una persona sana en el ámbito social. El primer aspecto es que el enfermo está exento de responsabilidades normales, según el grado de gravedad y la naturaleza de la enfermedad. El segundo aspecto es el hecho de que la persona que está enferma no puede hacer nada más que esperar para que mejore de salud. El tercer aspecto es el estado del enfermo como indeseable para sí mismo con la obligación de sanar, y el cuarto aspecto la obligación de buscar ayuda técnicamente competente para sanar (Parsons, 1976, p. 280).

En la enfermedad del kharisiri, una vez que el enfermo toma conciencia de su condición, es la familia la que actúa y gestiona los recursos necesarios para su recuperación. Son los familiares quienes le administran el remedio tradicional, lo que permite al enfermo sanar. En este contexto, la medicina tradicional no convencional se presenta como una opción eficaz, siendo elegida por los familiares como el pronóstico más favorable para lograr la sanación del enfermo.

Los familiares que entregan el remedio tradicional al enfermo son, en muchos casos, personas que no conocen de medicina, pero que reconocen la enfermedad del kharisiri debido a experiencias previas, ya sea porque sus familiares alguna vez se enfermaron o porque ellos mismos se enfermaron y conocen el remedio tradicional. A estos familiares que ayudan al enfermo se los puede denominar asesores, puesto que son personas de

la “comunidad local a las que recurre el enfermo en busca de ayuda y consejos” (Freidson, 1960, como se citó en Becker, 2016, p. 87) para que el enfermo pueda sanar su estado de salud.

A esta red de consultores potenciales que intervienen con consejos o consultas, guiando al enfermo dónde acudir, por ejemplo, a otro familiar, Freidson la denomina *derivación lega*; es una red que se encuentran en el entorno social del enfermo y la que guía al enfermo sobre qué remedios tomar para sanar su situación de salud (Freidson, 1960, p. 377).

Una vez que el enfermo logra sanar por el consumo del remedio tradicional, recién los familiares diagnostican la enfermedad del kharisiri; el entorno social cuenta al enfermo que el kharisiri lo atacó y que había padecido la enfermedad del kharisiri. En esta enfermedad, hay que tomar en cuenta que los conceptos de salud y enfermedad no son iguales a los conceptos de la biomedicina.

En la cultura andina hay otra concepción de lo que es la salud y la enfermedad. La grasa que se viene acumulando en el abdomen es parte de la fuerza de cada persona y esto representa vitalidad y un buen estado de salud (Canessa, 2006, p. 92; Fernández, 2008, p. 98). En el campo, el trabajo agrario, como el arado o la cosecha, implica un arduo desgaste físico y, en este contexto, la grasa es un elemento importante para trabajar. Sin embargo, hay diferencias en la grasa. Canessa menciona que hay un tipo de grasa abdominal que se la denomina como “sebo”, que es la grasa que el kharisiri busca y extrae a sus víctimas (Canessa, 2006, p. 97). La importancia de esta grasa reside en su utilidad; algunos autores mencionan que se utiliza como: lubricante de maquinaria pesada (Riviere, 1991), material para elaboración de cosméticos (Spedding, 2005/2011), para fabricar jabón o velas para iglesias, o el santo óleo (Canessa, 2006), o como mercancía de intercambio para pagar deudas estatales (Portocarrero et al., 1991). Esta utilidad de la grasa no se sustenta en imaginarios, sino en “entendimientos prácticos de usos difundidos de la grasa en el pasado recientemente relativo” (Canessa, 2006, p. 97).

La extracción de esta grasa provoca la enfermedad en las personas, el desequilibrio en la salud, ya que sin esta grasa no se pueden realizar tareas como el trabajo, entre otras actividades. Burman (2011, p. 137) señala que los andinos utilizan una faja llamada *wak’a* a la altura de la cintura, en los

riñones, para cuidarse del frío. Esta zona es por donde los kharisiris extraen la grasa a sus víctimas, y también por donde puede entrar el frío. Esta zona abdominal del cuerpo y la grasa corporal “sebo” son elementos importantes en el ámbito de la salud en los Andes.

En la literatura etnográfica sobre la enfermedad del kharisiri, aparece numerosa información sobre el kharisiri, pero pocas investigaciones que aborden la enfermedad. En los estudios sobre el kharisiri se analiza su identidad étnica en el contexto andino, viendo su figura como un personaje externo a la comunidad, un “otro” de la comunidad, como: el blanco o extranjero (Ansión, 1987, p. 176; Wachtel, 1992/1997, p. 53; Riviere, 1991, p. 24; Weismantel, 1997, p. 2; Martínez, 1998, p. 58), el sacerdote o cura (Morote Best, 1988, p. 160; Canessa, 2006, p. 98), la representación de la violencia colonial del español sobre el indígena (Ansión y Sinfuentes, 1989, p. 61; Mamani, 2017, p. 45; Fernández, 2008, p. 77) o como mercenario estatal (Portocarrero et al., 1991, p. 54).

Hay pocas investigaciones que abordan la enfermedad del kharisiri, es decir, a los kharsutas. Las investigaciones que más trabajaron con kharsutas fueron las de Spedding (2005/2011, 2014), aunque hubo otros autores que incluyeron en sus investigaciones un análisis de los enfermos de kharisiri, como Pellegrini (2017), Wachtel (1992/1997) y Canessa (2006). En cuanto a la enfermedad, quien abordó los síntomas, tratamientos y diagnósticos fue Spedding (2005/2011). La autora investigó a profundidad la enfermedad de kharisiri a partir de una base de datos que recopiló con estudiantes y profesores de la carrera de Sociología desde 1994 hasta la actualidad. En total, sistematizó 394 casos que fueron publicados en el libro *Sueños, kharisiris y curanderos*. Canessa (2006) y Wachtel (1992/1997) entrevistaron a kharsutas, pero no se enfocaron en los procesos de enfermedad que los informantes relataban, sino en la grasa que extraía el kharisiri de los enfermos.

En “Actualidad del kharisiri, variantes regionales y referentes biomédicos”, Spedding (2014, p. 1) profundiza algunos temas más de la enfermedad del kharisiri con base en nuevos estudios de caso recopilados. La idea central en esta última investigación es que la enfermedad del kharisiri, lejos de ser un exotismo tradicional rural, que está desapareciendo frente a la urbanización, el acceso a la biomedicina y la globalización, sigue vigente en la actualidad, mostrándonos que en la actualidad aparecen enfermos de

kharisiri con más frecuencia, dando a entender que esta enfermedad es un fenómeno más complejo.

## METODOLOGÍA

El texto analizará principalmente las derivaciones de los kharsutas. Para recopilar la información se utilizará una metodología cualitativa inductiva para interpretar las experiencias de los informantes. De esta manera se realizaron estudios de caso, entendidos como una forma de “rastrear las experiencias, acciones y características de una persona o de un grupo estructural ... con referencia a un tema preciso” (Yapu et al., 2010, p. 169). El total de estudios de caso que se realizaron fueron 21, los cuales se dividieron en dos grupos: el primer grupo (10 casos) compuesto por informantes que experimentaron la enfermedad personalmente, es decir, personas que se enfermaron de kharisiri en primera persona; y el segundo grupo (11 casos), compuesto por informantes que conocían la enfermedad del kharisiri a través de familiares, amigos, conocidos cercanos que se enfermaron de kharisiri. Además, se trabajó con entrevistas complementarias (2), para conocimiento en general de la enfermedad del kharisiri, realizadas a médicos tradicionales. En total, son 21 estudios de caso a informantes que se enfermaron de kharisiri y 2 entrevistas complementarias a médicos tradicionales que conocían la enfermedad del kharisiri (tabla 1).

En la tabla de informantes, los nombres que están marcados con un asterisco corresponden a aquellos casos que fueron utilizados para construir los relatos sobre los procesos de salud, enfermedad y atención de los enfermos, con el fin de analizar las derivaciones médicas. En total son 8 relatos.

En los casos de Leonel y del esposo de Giovanna, ambos se enfermaron más de una vez de la enfermedad del kharisiri. Leonel se enfermó tres veces, mientras que el esposo de Giovanna lo hizo en dos ocasiones. En total, los informantes fueron 23 personas: 12 mujeres y 11 varones. Respecto a la edad, 8 informantes son mayores de 50 años, 11 informantes están entre los 20 y 45 años, y hay 4 informantes cuya edad no se confirmó. Respecto a los lugares donde se conversó con los informantes, se categorizó las ciudades en general porque, a la hora de hablar con ellos, se hallaban en sus trabajos y algunas veces también los encontraba en sus hogares, haciendo seguimiento caso por caso. Por esta razón, se anotan las ciudades donde se hallaban mayormente.

Tabla 1. Informantes y entrevistas complementarias en La Paz y El Alto, Bolivia<sup>4</sup>

Nro.	Informante	Sexo	Edad	Enfermo	Lugar donde se recopiló la información
1	María*	Mujer	55	María	La Paz
2	Herber*	Varón	50	Herber	La Paz
3	Benito	Varón	60	Benito	La Paz
4	Magaly	Mujer	33	Magaly	La Paz
5	Lucy*	Mujer	42	Lucy	El Alto
6	Eulogio*	Varón	54	Eulogio	El Alto
7	Jacinta	Mujer	68	Jacinta	El Alto
8	Omar	Varón	28	Omar	La Paz
9	Jimmy*	Varón	30	Jimmy	La Paz
10	Benancio	Varón	60	Benancio	El Alto
11	Paola	Mujer	26	Padre (Alfonso)	La Paz
12	Morelia	Mujer	25	Abuela (Amelia)	La Paz
13	Santiago*	Varón	30	Padre (Gerardo) y su madre	La Paz
14	Juan Carlos*	Varón	27	Hermana (Silvia)	La Paz
15	Miriam	Mujer	31	Esposo (Leonel)	El Alto
16	Marta	Mujer	s/d	Padre y su tío	La Paz
17	Roberto	Varón	50	Padre	La Paz
18	Amalia	Mujer	s/d	Cuñado (Lucio)	La Paz
19	Yolanda*	Mujer	23	Padre	La Paz
20	Giovanna	Mujer	s/d	Esposo	El Alto
21	Ruth	Mujer	27	Padre	El Alto
Entrevistas complementarias					
22	Eulogio C.	Varón	s/d	Médico tradicional con carnet del Viceministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural.	
23	Gerardo A.	Varón	50	Médico tradicional en la población de Yunguyo, Puno, Perú	

Fuente: Elaboración propia con base en estudios de caso recopilados entre los años 2018 y 2021.

<sup>4</sup> En la tabla se presentan los nombres reales de los informantes. No hubo ningún impedimento en presentar sus nombres exceptuando en el caso de la señora Miriam y Leonel, que son nombres ficticios.

En los primeros 10 casos, los informantes son los enfermos, y en los otros 11 casos, los informantes comentaron de un familiar que se enfermó. Los informantes Santiago y Marta comentaron más de un caso de un enfermo. En el caso de Santiago, se enfermaron su padre y su madre, y en el de Marta, su padre y su tío. También dividimos la tabla en: estudios de caso (21) y entrevistas complementarias (2).

Los estudios de caso se construyeron a partir de entrevistas informales en una primera instancia y, después, en entrevistas semiestructuradas. La entrevista semiestructurada se dividió en: perfil social del enfermo, síntomas de los enfermos, formas de diagnóstico, tratamientos y causas de la enfermedad. Una vez establecidos los estudios de caso, se construyeron los relatos de los procesos de salud/enfermedad y atención de los enfermos. En total, se utilizaron 8 relatos de los procesos de salud/enfermedad y atención para este artículo, con el fin de analizar las derivaciones de los enfermos.

## RESULTADOS

En los resultados observamos cómo estas personas que se enferman siguen un proceso de salud/enfermedad y atención; cuentan cómo atraviesan sus procesos de enfermedad hasta que llegan a sanar. A partir de los estudios de caso, vamos a analizar el perfil social de este grupo de personas que se definen como enfermos de kharisiri. El perfil social ayuda a delimitar las características sociales de los enfermos y permite comparar su origen social. Después, analizaremos las derivaciones de los enfermos, a quienes acuden y quiénes intervienen socialmente en su enfermedad.

### **1. Proceso de salud/enfermedad y atención**

En este subtítulo vamos a hablar sobre el proceso de salud/enfermedad y atención que sufren las personas que socialmente se identifican como khar-sutas. Para ejemplificar, vamos a hablar del relato de Herber. Hablamos de su caso, inicialmente, en su fuente laboral, una peluquería ubicada en la zona de Miraflores en La Paz. Lo contacté por un amigo de universidad, quien supo que él se enfermó y conocía el tema. La primera conversación que mantuvimos fue a finales del 2019, y continuamos conversando hasta unas semanas antes de la pandemia, en marzo de 2020.

El año 2005, el señor Herber viajó a Jesús de Machaca para visitar a sus familiares. En ese viaje se enfermó, él comentó que tenía fiebre: “me quemaba todo el cuerpo ... me dolía la espalda, tenía como un moretón en la espalda (costado derecho de la espalda baja)”. Producto de la fiebre, andaba desgastado y padecía varios dolores musculares. Al principio, el enfermo no le dio importancia a sus síntomas hasta que, al segundo día de su viaje en Jesús de Machaca, decidió volver a casa por su mal estado de salud. Cuando llegó a la ciudad, un viernes, su esposa vio lo que tenía y, preocupada, lo llevó donde su madre, quien vivía en el cuarto de arriba de su casa. La suegra de Herber lo vio y le empezó a hablar sobre lo que había comido los días previos a su enfermedad. Herber le comentó que había comido pescado y queso en Jesús de Machaca. En ese momento, la suegra se levantó y se fue a hablar con su hija y le dijo que vaya a comprar una botella pequeña, que era el remedio tradicional. Después de eso, su esposa lo llevó a casa y al día siguiente fue a comprar el remedio tradicional del kharisiri. Volvió su esposa y le dijo que tome todo el remedio hasta que se ponga bien. El señor Herber tomó durante ese fin de semana todo el remedio y, unos días después, mejoró de salud. Se sanó en un par de días. El lunes volvió a su trabajo como peluquero. A los pocos días, su esposa le dijo que le había comprado el remedio de kharisiri a su amiga chiflera y le recomendó que no se duerma en viajes en la movilidad. Ahí Herber se dio cuenta de que era enfermedad de kharisiri y se acordó del viaje a Jesús de Machaca. Herber contó que se durmió en el minibús, cuando viajaba. Recuerda que estaba sentado en el minibús a lado de un señor de negro, quien portaba un artefacto como una radio, según Herber, que era para sacar grasa. De repente, se durmió; cuando se levantó, había llegado a su destino. Al llegar, sus amigos le invitaron a comer pescado y queso, y al terminar de comer empezó a sentirse mal.

En el caso de Herber, observamos que el remedio tradicional es el más utilizado para curar esta enfermedad, y los familiares al final comentaron que era enfermedad de kharisiri. Los síntomas como fiebre, dolor en la espalda, dolor de cabeza, entre otros, junto al hecho de que el enfermo se quedó dormido en el minibús, indican que son parte de la enfermedad del kharisiri. En este relato vemos que Herber, al enfermarse y tomar el remedio, logró sanarse. Este es el proceso que los enfermos siguen en la mayoría de los casos.

Los asesores<sup>5</sup> en este proceso de salud y enfermedad, como en las demás derivaciones que vamos analizar, son generalmente personas que

---

5 Concepto visto previamente en el marco teórico.

acompañan al enfermo. Los médicos tradicionales y los biomédicos no pueden ser asesores, por los conocimientos de salud que poseen.

## 2. Perfil social del enfermo

En el perfil social vamos a abordar tres características fundamentales del enfermo: primero, analizaremos la edad y sexo, después su ocupación y, al final, el nivel educativo (tabla 2).

Tabla 2. Edad y sexo de los kharsutas

Edades	Varones	Mujeres
10-15 años		
16-20 años	1	
21- 25 años	4	
26- 30 años	6	2
31 -35 años	2	
36- 40 años	3	1
41- 45 años	2	
46- 50 años		1
51- 55 años		
55- 60 años		1
61 años y más	1	2
Subtotal	19	7
Total	26	

Fuente: Elaboración propia, con base en estudios de caso recopilados entre 2018 y 2021.

El total de enfermos son 26, de 21 estudios de caso que seleccionamos. Esto quiere decir que, en varios casos, se registró más de un enfermo. A continuación, detallamos los casos donde se presenta más de un enfermo en el estudio de caso. En el caso de Santiago, se enfermaron tanto su padre

como su madre; en este caso, su padre se enfermó cuando tenía más de 60 años, al igual que su madre. En el caso de Miriam, contó que su esposo se enfermó tres veces: cuando tenía 25, 27 y 28 años. En el caso de Marta contó que su padre se enfermó a los 30 años y su tío se enfermó a los 31 años. El último caso fue el de Giovanna, quien contó que su esposo se enfermó dos veces, a sus 34 y 37 años.

En el cuadro se puede ver que hay más casos de varones que de mujeres. Sin embargo, al no ser una muestra estadística, estos datos no implican que haya más varones que se enferman de kharisiri que mujeres. Se considera que hubo más casos de varones porque el investigador tuvo mayor conversación con informantes mujeres, que contaban el caso de sus familiares cercanos, ya sean maridos, padres, hermanos, tíos.

En cuanto a la edad, la mayoría de enfermos se encuentran entre los 21 y los 50 años, siendo 17 varones y 4 mujeres. Esto indica que la enfermedad está relacionada con la población económicamente activa. La mayoría de los enfermos son personas que tienen varias actividades, ya sea de trabajo o de estudio (tabla 3).

En la tabla observamos que los casos de Leonel y el esposo de Giovanna se enfermaron más de una vez. Leonel se enfermó tres veces y el esposo de Giovanna dos veces. Por esta razón, el total es de 23 personas; a diferencia de lo sistematizado en la tabla de sexo y edad, que mostró 26 personas.

Las ocupaciones de los enfermos serán agrupadas en diferentes categorías. La primera es trabajadores de comercio; estos son: Jacinta, comerciante carnicera; María, comerciante minorista de golosinas; madre de Santiago, comerciante mayorista de ropa; padre de Ruth, comerciante ambulante de especias, y Lucio, cuñado de Amalia, que tiene su propio local donde vende pollos a la broaster.

La segunda categoría es trabajadores de servicios y manufacturas; estos son: Heriberto, peluquero; padre de Marta, panadero; Roberto, albañil; esposo de Giovanna, carpintero, y Alfonso, electricista. En el caso del esposo de Giovanna, el enfermo tenía su taller de carpintería; el padre de Marta también contaba con su propio horno y cocina.

Tabla 3. Ocupación de los kharsutas<sup>6</sup>

Nro.	Nombre del kharsuta	Ocupación
1	Magaly	Socióloga
2	Lucy	Agricultora
3	Jacinta	Comerciante carnicera
4	Benito	Agricultor
5	Eulogio Q	Funcionario de la Alcaldía de Achacachi
6	Omar	Estudiante universitario
7	Heriberto	Peluquero
8	María	Comerciante minorista
9	Jimmy	Estudiante universitario
10	Benancio	Estudiante de primaria
11	Alfonso (padre de Paola)	Electricista
12	Amelia (abuela de Morelia)	Jubilada
13	Gerardo (padre de Santiago)	Jubilado
14	Madre de Santiago	Comerciante de ropa
15	Sonia (hermana de Juan Carlos)	Funcionaria de la Alcaldía de La Paz
16	Leonel (esposo de Miriam)	Profesor de primaria
17	Tío de Marta	Agricultor
18	Padre de Marta	Panadero
19	Roberto (padre de Roberto)	Albañil
20	Lucio (cuñado de Amalia)	Comerciante, dueño de restaurante
21	Padre de Yolanda	Agricultura, productor de coca
22	Esposo de Giovanna*	Carpintero
23	Padre de Ruth	Comerciante ambulante de especias

Fuente: Elaboración propia, con base en estudios de caso recopilados entre 2018 y 2021.

En la categoría de profesionales, solo tenemos un caso: Magaly. Ella es socióloga y trabajaba en el sistema penitenciario. Como funcionarios públicos figuran: Eulogio, supervisor de calidad de los productos en el

6 Para realizar la categorización de las ocupaciones de los enfermos, seguí el manual de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) del año 2007.

Municipio de Achocalla; Silvia, asistente y gestora de la Secretaría de Culturas del Gobierno Municipal de La Paz, y el profesor normalista Leonel, quien enseña en escuelas rurales. Este grupo lo separamos de los demás, ya que implica ocupaciones que se asemejan al trabajo de oficinistas.

En los casos de agricultores, el primer caso es de Lucy y el padre de Yolanda, quienes son agricultores con excedente y comercializan sus productos. Después están los casos de Benito y el tío de Marta, que son agricultores, pero cuya producción solo cubre su propia subsistencia.

En la última categoría tenemos los casos de estudiantes y jubilados. Los estudiantes universitarios son Jimmy y Omar. El estudiante escolar es Benancio. Los jubilados son Amelia y el padre de Santiago, quienes trabajaron en instituciones públicas. Los estudiantes universitarios, en ambos casos, estudian y trabajaban parcialmente con sus familiares: Omar en el taller de costura de su familia, y Jimmy en el comercio de costura con su padre (tabla 4).

Tabla 4. Nivel educativo de los kharsutas

Nivel de educación	Cantidad
Sin estudio	3
Nivel primario	4
Nivel secundario	9
Nivel técnico	3
Nivel de licenciatura	1
Sin datos	3
Total	23

Fuente: Elaboración propia, con base en estudios de caso recopilados entre 2018 y 2021.

La tabla muestra que la mayoría de los kharsutas poseen un nivel educativo secundario, lo que indica que completaron la educación secundaria. Otros enfermos alcanzaron únicamente el nivel primario. Solo hay un caso entre los enfermos de kharisiri con estudios superiores: Magaly, quien es licenciada. Hay un caso de técnico superior: Leonel, de la normal de profesores. Los técnicos medios son Alfonso, técnico medio en electricidad, y Heriberto, técnico medio en agronomía.

Hay otro grupo de jóvenes que están en proceso de obtener su título profesional, pero todavía no son profesionales. Sin embargo, esto es una variable temporal, puesto que en determinado tiempo podrán egresar como profesionales: Jimmy, estudiante de la facultad de Ciencias Sociales, y Omar, estudiante de la Facultad de Humanidades; ambos son de la Universidad Mayor de San Andrés.

El perfil social del enfermo está compuesto por clases intermedias, con acceso a educación como Magaly y los técnicos medios y superiores; también hay funcionarios públicos que se enfermaron de kharisiri. Sin embargo, la mayor proporción se concentra en clases trabajadoras como comerciantes y agricultores. En líneas generales, podríamos determinar que la enfermedad del kharisiri afecta más a clases medias y bajas.

La mayoría de las personas que entrevistamos se encuentran dentro de una población económicamente activa, es decir, trabajan y estudian. Son personas con varias actividades cotidianas. La intención de este perfil social es mostrar la complejidad en cuanto a las características sociales de los enfermos, entendiendo que hay una heterogeneidad en el perfil social del enfermo.

### **3. Derivaciones**

En esta sección analizaremos las derivaciones, es decir cómo los enfermos fueron derivados a distintos actores sociales. Vamos a clasificar en cuatro derivaciones: La primera, cuando los familiares, amigos o vecinos derivan al enfermo. La segunda, cuando se deriva al enfermo al médico tradicional o este interviene en el proceso de salud y enfermedad. La tercera, cuando derivan al enfermo al biomédico, y la última, cuando hay autodiagnóstico. Con la finalidad de entender las derivaciones, vamos a presentar los procesos de salud/enfermedad de ciertos enfermos, para analizar sus derivaciones.

Otro aporte que queremos detallar es que, en algunos casos, las derivaciones pueden coexistir en un mismo relato de salud y enfermedad, es decir que, después de que haya una derivación al biomédico, puede haber una derivación al médico tradicional. Clasificamos en cuatro derivaciones para ordenar los resultados que encontramos en el trabajo de campo.

### 3.1. *Derivación a familiares, amigos o vecinos*

La siguiente cita corresponde a un caso de derivación.

María se enfermó en La Paz el año 2018. Padecía de síntomas como: dolor de estómago, vómitos y diarrea, todos los alimentos que la enferma ingería los expulsaba “botaba todo por arriba y por abajo”, tenía fiebre y se hallaba sin apetito a la hora de comer, “la fiebre no te deja comer, la comida sabe como corcho”. Posteriormente se dirigió a la farmacia a comprar medicamentos para curarse; después de una semana, los medicamentos no le quitaban sus síntomas. Ella cuenta que su esposo la llevó donde su hermana (cuñada de María) para que le pueda ayudar con su enfermedad. La cuñada de María conocía sobre medicina tradicional, ya que ella vendía remedios e insumos naturales. Además, era la hermana mayor de la familia y se había criado mayormente con su padre (suegro de María), quien conocía de medicina tradicional. María fue a la casa de su cuñada, temprano en la mañana. Su cuñada le preguntó qué dolores tenía y después le dio un mate caliente; le dijo que ese mate lo tome poco a poco con los ojos cerrados. Al terminar, María se sintió cansada y su cuñada la invitó a que se eche en cama para descansar. María se durmió hasta la noche; cuando se despertó, ya se encontraba mejor de salud. Ella contó que ese día transpiró mucho y que en la noche estaba con su ropa húmeda. Antes de volver a su casa, su cuñada le recomendó que siga con dieta blanca por lo menos una semana más y le dijo que no se alimente con chanco, pescado o huevo para que no pase por una recaída de salud. Al llegar a casa, María ya tenía hambre y se encontraba mejor. Esa noche pudo descansar y al día siguiente se levantó temprano a trabajar.

En este relato de María y otros similares, el entorno familiar cobra importancia, puesto que son los familiares más cercanos los que entregan al enfermo el remedio tradicional para que sane. La familia guía al enfermo para que siga un tratamiento tradicional. Esto hace que la relación entre el enfermo y el entorno familiar cobre importancia para que el enfermo sane. Al ver que María no pudo sanarse por su cuenta a través de la automedicación, su esposo interviene y la deriva a su cuñada. La cuñada le administra el tratamiento tradicional para que mejore y María logra sanarse. Este proceso de derivar al enfermo a una persona que desconoce sobre salud se denomina *derivación lega* (Freidson, 1960 p. 377).

En otros casos, podemos observar cómo los familiares intervienen y entregan el remedio del kharisiri a los enfermos. Herber se enfermó cuando volvió de un viaje y su esposa lo llevó con su suegra, para que le administre

el remedio del kharisiri. Al igual que en el caso de Magaly, en el que la madre de esta la llevó donde su tía (de la enferma) para que le administre el remedio y esto le aliviara los síntomas físicos. Benito se enfermó y su esposa lo llevó donde el suegro de Benito para que le administre el remedio.

En estos casos, observamos que los legos que administran el remedio al enfermo –como en el caso de la cuñada de María, suegra de Herber, la tía de Magaly y el suegro de Benito– son los que diagnostican el remedio del kharisiri y, sin avisar al enfermo, directamente le administran el remedio tradicional. Generalmente, estas personas que administran el remedio lo hacen debido a que tuvieron una experiencia previa con esta enfermedad.

En el caso de María, ella contaba que los familiares de su esposo conocían la enfermedad de kharisiri. “Ella (cuñada de María) conoce de esto (refiere al remedio tradicional). Tiene su tienda en su casa donde vende pan, té, arroz (abarrotes) en El Alto. Pero ella en su misma tienda sabe preparar el tratamiento (del kharisiri), la medicina.” Esto muestra que la familia del esposo de María conocía la enfermedad del kharisiri mucho antes.

En los casos de la suegra de Herber y la tía de Magaly, ambos conocían la medicina tradicional porque, en el caso de la suegra de Herber, vendía remedios tradicionales que los preparaba en casa, y la tía de Magaly porque ella vivió mucho tiempo en el campo con su abuelo, quien le enseñó de medicina tradicional. En el caso del suegro de Benito, él lo diagnosticó porque vio la cicatriz y los síntomas físicos y recordó que tuvo una experiencia similar con uno de sus familiares.

Podemos observar que el conocimiento de salud que tienen estos legos proviene de experiencias pasadas; se funda en un conocimiento empírico. Esto genera una propia percepción de enfermedad y, frente a esto, los legos administran el tratamiento tradicional que en varios casos logra sanar al enfermo, sin necesidad de acudir al biomédico o al médico tradicional. Estos conocimientos sobre la enfermedad del kharisiri no solo importan en la interpretación de la enfermedad, sino en el diagnóstico. Una vez que el enfermo logra sanar con el tratamiento tradicional, se convence de este tratamiento y acepta las interpretaciones de salud y enfermedad de lo que se denomina enfermedad del kharisiri.

En cuanto a los asesores en estos casos, podemos notar que son personas que acompañan al enfermo: esposo de María, esposa de Herber, la

madre de Magaly y la esposa de Benito. Esto muestra que los familiares cercanos a los enfermos son los asesores, porque son los que se preocupan del estado de salud del enfermo.

En otro caso parecido a esta derivación lega, vemos que estos mismos asesores pueden ser los que entreguen directamente el remedio tradicional al enfermo. Para ilustrar esto, vamos analizar el relato de Eulogio.

Eulogio se enfermó el año 1995 cuando trabajaba en la Alcaldía de Achacachi, época en la cual tenía 25 años. Eulogio comentaba que en Todos Santos (1 de noviembre), cocinaron lechón en su casa y ahí empezó a sentir dolores, especialmente en la espalda, fiebre, calambres, dolor en los pies y dolores musculares en general. El dolor de espalda, según el informante, era el más intenso. El informante mencionaba: “De aquí (me señala con su mano su espalda baja) me dolía fuerte. Así era, como si te hubiera doblado la espalda, mal estaba, dolor fuerte era”. Él vivía esa época con su familia en su comunidad en Chijipina Chico que queda a unos 10 kilómetros de la población de Achacachi. Al principio su madre le preparó un batido de yema de huevo para ver si sanaba al enfermo, pero el preparado no logró mejorarlo. De esta forma pasaron tres días y su madre, preocupada, sacó una vela de su cuarto y la encendió; la vela la colocó debajo del brazo del enfermo para ver sus músculos; después, apagó la vela y salió de la casa. Al volver, Eulogio vio que su madre traía un frasco de vidrio pequeño con algo parecido a azúcar en el interior. Su madre lo mezcló con agua caliente y le dio de tomar; después mezcló el remedio con un poco de agua y le friccionó el cuerpo, especialmente la espalda. Todo esto sucedió en la noche. Al terminar, Eulogio se durmió. Al día siguiente se levantó transpirado, ya estaba sano. Después, su madre le preguntó dónde se había dormido porque lo que tenía era kharisiri. Eulogio recordó que un día se durmió en la Ch’alla de una de sus obras en la Alcaldía y creyó que en ese momento el kharisiri lo había atacado.

En este caso, la madre de Eulogio fue quien diagnosticó la enfermedad y después entregó el remedio a Eulogio, sin que intervenga nadie más. La madre de Eulogio previamente le dio otros remedios caseros para que sanara, pero, como al final no tuvieron efecto, fue a comprar el remedio del kharisiri una vez que hizo el diagnóstico con una vela sobre su brazo. Esto revela que la madre de Eulogio posee un conocimiento mayor de la

enfermedad, ya que ella misma pudo diagnosticar la enfermedad y administrar el remedio.

Menéndez apunta a este proceso como: “La identificación y descripción de las formas de atención (salud) la iniciamos a través de lo que hacen y usan los sujetos y grupos sociales para atender sus padecimientos, y no a partir de los curadores biomédicos, tradicionales o alternativos” (Menéndez, 2003, p. 187). En cierta medida, podemos resaltar que los conocimientos de salud son inherentes a la población y hay grados de conocimiento que posee cada persona respecto a temas de salud y enfermedad.

### 3.2. *Derivación al médico tradicional*<sup>7</sup>

Lucy se enfermó de kharisiri a finales del año 2017, sus síntomas eran: vómitos, fiebre, dolores de cabeza y espalda. Ella mencionaba: “lo más fuerte era el dolor de cabeza que tenía”. Posteriormente, su esposo, Alberto, la llevó al centro de salud. El centro de salud al que acudieron Lucy y Alberto era de segundo nivel y presentaba el servicio de adecuación intercultural. En el centro de salud atendían en un consultorio los biomédicos<sup>8</sup> y en otro los médicos tradicionales. Este centro de salud era de los pocos centros del departamento de La Paz que contaba con adecuación de salud intercultural. Tanto el médico tradicional como el biomédico contaban con ítems otorgados por el Ministerio de Salud. En el centro de salud, Lucy y Alberto se encontraron con Lucía, la médica tradicional designada en el centro de salud. Lucy le contó a Lucía que estaba enferma. Lucía le pidió que extiende su mano, para ver las venas de la enferma. Después, la médica tradicional le aconsejó un remedio en líquido, para que lo ingiera antes de dormir en la noche. Lucía habló directamente con Alberto para indicarle dónde podía conseguir el remedio. Esa tarde Alberto acudió a donde las chifleras<sup>9</sup>, en el reloj de la Ceja

---

7 Médicos y médicas tradicionales ancestrales son personas que practican y ejercen, en sus diferentes formas y modalidades, la medicina tradicional ancestral boliviana, recurriendo a procedimientos terapéuticos tradicionales, acudiendo a las plantas, animales, minerales, terapias espirituales y técnicas manuales, para mantener y preservar el equilibrio de las personas, la familia y la comunidad para el Vivir Bien (Ley 459, Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana del Ministerio de Salud y Deportes, Estado Plurinacional de Bolivia, pagina web consultada en fecha 05/06/2025, Chrome.extension://efaidnbmnmbpcajpcglclefindmkaj/https://www.minsalud.gob.bo/images/Documentacion/normativa/ley-459-edicin-596nec.pdf)

8 Definimos como biomédico o biomédica a la persona que es profesional en la medicina, que posee estudios superiores en la ciencia médica.

9 Comerciantes de insumos naturales para realizar mesas tradicionales, que generalmente se

de El Alto, a comprar el remedio granulado del kharisiri. El remedio granulado venía en dos frascos pequeños de vidrio, parecía azúcar. Alberto llegó con esos frascos y le hizo tomar a Lucy un frasco en la noche y otro en la mañana del día siguiente. Esa noche, ella tomó el remedio y se fue a dormir. Al día siguiente, Lucy despertó transpirada, pero mucho mejor de estado de salud, “Al día siguiente ya estaba fresca como lechuga”. Pasaron unos días y Lucy estaba lavando ropa. Alberto, al verla, le dijo: “A ver cómo estas hurgando agua, cuidado te vuelva a dar kharisiri”. De esta manera Lucy se enteró que era enfermedad de kharisiri.

Alberto fue quien derivó a su esposa Lucy a la médica tradicional, Lucía. La médica tradicional, tras observar las venas de la mano de la enferma, le diagnosticó la enfermedad del kharisiri y habló con su marido para que siga el tratamiento tradicional correspondiente. En este caso, los médicos tradicionales son especialistas que pueden diagnosticar con facilidad la enfermedad del kharisiri.

En otros casos, sobre los que conversé con otros médicos tradicionales, comentaron que también utilizan otras formas de diagnosticar la enfermedad. Eulogio C., médico tradicional que conocí en el Viceministerio de Medicina Tradicional y Salud Intercultural el año 2019, me dijo que una forma de diagnosticar la enfermedad era observando el orín de los enfermos. “El orín es como una espuma de cerveza y al final se hace como grumos, como almidón, pero eso sí no hay que avisarle a la persona; si se le avisa al enfermo, le da un infarto y se muere” (Eulogio C). Eulogio C. refiere que el ver estos grumos que se forman en la orina es un indicador de que se padece esta enfermedad. Resalta que a los pacientes no se les tiene que avisar de la enfermedad directamente, debido a que pueden fallecer.

Otro caso de un médico tradicional que diagnostica la enfermedad del kharisiri es el de Gerardo A., quien tiene su farmacia en la región de Yunguyo, Perú<sup>10</sup>. En su farmacia vende plantas medicinales, minerales y otros elementos de curación, como ser fármacos y medicamentos elaborados por él de manera artesanal, entre estos el remedio del kharisiri.

---

encuentran en zonas de comercio como la Ceja de El Alto o la calle Santa Cruz en La Paz.

10 El sistema de salud en el Perú reconoce a los médicos tradicionales y los conocimientos sobre salud que tiene cada uno, según sea en regiones indígenas de tierras altas, bajas o afrodescendientes; pero específicamente no hay una Ley que contemple el tema de medicina tradicional y salud intercultural como en Bolivia (Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, página web consultado en fecha 02/09/2023, <https://web.ins.gob.pe/es/salud-intercultural/acerca-de-censi/marco-normativo>).

Los remedios del kharisiri que encontré en su farmacia venían en formato de tabletas e inyecciones.

Gerardo A., al ser especialista en el tema, menciona que puede reconocer la enfermedad del kharisiri mediante la observación del orín en un bacín. “El orín ya no es el mismo porque, cuando lo sacudes, se forma unos grumos diferentes que el de una persona normal; esto indica que es la enfermedad de kharisiri” (Gerardo A.). Él comenta que el bacín tiene que batirse para que salgan estos grumos que son diferentes a los de personas normales.

Los médicos tradicionales son especialistas en la enfermedad del kharisiri, ya que pueden diagnosticar la enfermedad mediante otros métodos de diagnóstico, que implican procedimientos más elaborados. Como vimos con la forma de diagnóstico de Lucía, médica tradicional, con la observación de las venas de las manos del enfermo, o los médicos tradicionales que diagnosticaban la enfermedad mediante la observación del orín. Esto muestra cómo los médicos tradicionales poseen conocimientos de la enfermedad del kharisiri.

Sin embargo, en algunos casos que revisamos sobre la intervención del médico tradicional, vemos que algunos asesores no derivan directamente al médico tradicional, sino que van a consultar al médico tradicional previamente sobre las dolencias de los enfermos y los médicos tradicionales confirman la enfermedad sin ver al enfermo. Para ejemplificar tenemos el caso del padre de Yolanda.

El año 2010 el padre de Yolanda se puso mal, estaba con fiebre, dolor en la cabeza, dolor de estómago y andaba todo el tiempo desganado con la cabeza agachada. Tiempo después, había una reunión familiar donde llegaron familiares y amigos del enfermo y se reunieron en la casa de un pariente. Ese día fue el padre de Yolanda enfermo con sus dos hijas y su esposa. En ese momento, la esposa del enfermo, preocupada por su salud, preguntó sobre cómo se podía curar su esposo a su hermana y la madrina de una de sus hijas, y estas le dijeron que podía ser kharisiri porque su esposo todo el tiempo estaba con la cabeza agachada, viendo al piso. A su esposa le dijeron que confirme con el médico tradicional si tenía enfermedad de kharisiri. La esposa del enfermo fue al día siguiente al médico tradicional y le contó todo acerca de sus síntomas, incluyendo cómo el enfermo no podía ver de frente a las personas. El médico tradicional ese momento le comunicó que era enfermedad de kharisiri y le dijo que podía pasar un sahumero y le aconsejó que diluya grasa de oveja negra y tome eso el enfermo. La esposa

compró una oveja negra y la sacrificó para extraerle la grasa, la membrana que envuelve el estómago de la oveja, para que pueda tomar. Pasó un tiempo y no mejoraba; entonces, su esposa también le compró el remedio granulado y un conejo negro para sacarle su grasa y ponerle a lado de la cintura. También compró el remedio en líquido que viene en botella grande para que tome dos veces, una en la mañana y otra en la noche. De esta forma, el enfermo se recuperó después de estar mal dos semanas. Ya recuperado, el padre de Yolanda contó que una vez se durmió en la flota de trayecto a Chulumani, y es probable que el kharisiri le haya atacado en ese momento.

En este caso, la esposa (asesora) acude al médico tradicional por sugerencia de la madrina y la cuñada para confirmar la enfermedad del kharisiri. El médico tradicional, sin hablar con el enfermo, le confirmó la enfermedad, puesto que la esposa le dijo un síntoma conductual conocido en la enfermedad del kharisiri, que es el no ver de frente a la persona. Después el médico tradicional le recomendó seguir el tratamiento tradicional. La esposa compró varios remedios porque el enfermo no respondía a los tratamientos y, después de dos semanas, consiguió que el enfermo se recuperara.

Los médicos tradicionales también pueden confirmar la enfermedad del kharisiri a través de la hoja de coca, como en el caso de Giovanna. En su caso, su esposo se enfermó de fiebre, dolor de huesos y vómitos. Giovanna, preocupada, fue a consultar al médico tradicional y este le hizo la lectura de coca y salió que su esposo estaba con enfermedad del kharisiri. “El caso del mi esposo se habían dado cuenta con el yatiri, habían hecho leer coca y ahí había salido (la enfermedad)” (Giovanna).

En casos en que interviene el médico tradicional, hay dos aspectos que resaltar. Primero, el médico tradicional diagnostica al enfermo según lo que este conversa con él. Segundo, el médico tradicional también puede confirmar la enfermedad según consultas con los asesores del enfermo. En ambos casos, el médico tradicional es el especialista en sanar esta enfermedad por el elaborado conocimiento que posee de esta enfermedad.

Es decir, los médicos tradicionales poseen cierto capital simbólico para legitimar la enfermedad que denominan como del kharisiri. En términos de Bourdieu (1980/2007): “el capital simbólico es un crédito ... una especie de acreditación, creencia del grupo que puede conceder a quienes le dan garantías materiales y simbólicas” (p. 190). Este capital es el que

poseen los médicos tradicionales, ya que los enfermos y su entorno social acreditan los diagnósticos y tratamientos que el médico tradicional receta.

### *3.3. Derivación al biomédico*

Gerardo se enfermó el año 2010; en esa época estaba jubilado como funcionario público del Gobierno Departamental de La Paz y pertenecía a la iglesia Adventista<sup>11</sup> del Séptimo Día. Gerardo tenía síntomas como vómitos, diarrea y fiebre. Su esposa, al verlo enfermo, decidió llevarlo al hospital, ya que contaban con el seguro de salud de la Caja Nacional. Lo internaron unos días en el Hospital Obrero y le inyectaron antibióticos por el dolor de estómago. Gerardo estuvo internado por cuatro días y fue ahí donde sus compañeras de la congregación Adventista lo fueron a visitar. Una hermana de la congregación le dijo a la esposa de Gerardo que podía ser enfermedad de kharisiri porque no respondía a los tratamientos biomédicos. La esposa de Gerardo indagó sobre lo que le dijo su amiga y decidió buscar la cicatriz del kharisiri. Al cambiarle la ropa al enfermo, la esposa aprovechó disimuladamente para buscar la cicatriz del kharisiri. Santiago (hijo de Gerardo) me decía: “Empezó a hurgarle su estómago a mi papá, en realidad era para buscar la cicatriz y dice que mi mamá había encontrado un puntito y con eso ha verificado que era khari khari<sup>12</sup>”. El puntito que refería Santiago era la cicatriz por donde el kharisiri extrae la grasa con una jeringa; la cicatriz se encontraba en la espalda baja. Ese momento, la esposa decidió sacarlo del hospital al enfermo y volver a casa. La esposa de Gerardo, junto a la hermana adventista, fueron a la calle Santa Cruz a comprar el remedio en líquido para la enfermedad del kharisiri. El informante comentaba que los hermanos adventistas iban a la casa de los hermanos que habían faltado a la iglesia para tratar de ayudar.

En este caso, derivaron al enfermo donde el biomédico para que le administren un tratamiento. Al ver que esto no resultó, lo derivaron con un lego: la hermana adventista, quien, debido a la sospecha que tenía, aconsejó a la familia que siguieran el tratamiento tradicional con los remedios.

La derivación lega no solo analiza la conducta de los pacientes, sino que también entiende el comportamiento de los legos en cómo ellos deciden acudir a un médico o no. Por ejemplo, cuando un lego recomienda que no vayan a un médico específico porque piensa que es pésimo

---

11 La Iglesia Adventista es una de las que en La Paz se las conoce como iglesias cristianas, pero que en realidad tiene su origen en el sector de iglesias protestantes.

12 Khari khari o kharisiri son el mismo personaje que extrae la grasa a sus víctimas.

(Freidson, 1960, p. 378). En este caso, la hermana de la congregación decidió que los tratamientos biomédicos no estaban resultando, porque el enfermo faltó muchos días a la congregación, y sugirió que prueben con el tratamiento tradicional.

En este relato es interesante observar cómo la hermana adventista recomienda seguir el tratamiento tradicional a la familia de Gerardo. Ramírez analiza las relaciones entre el sistema médico evangélico y la medicina tradicional. La autora menciona que el consumo de plantas medicinales que no requieran rituales es aceptado en la medicina evangélica. Esto significa que los tratamientos utilizados por los miembros de la Iglesia Evangélica deben prescindir de rituales como *ch'allas* o *sahumerios* (Ramírez, 2005, p. 155). Si bien hay diferencia entre la Iglesia Evangélica y la Adventista, ambas son parte de la corriente de iglesias protestantes. En este sentido, cabe tomar en cuenta que estas prácticas de la medicina evangélica también pueden ser similares en la medicina adventista. Esto también muestra que hay un tipo de salud intercultural entre la medicina adventista respecto a la concepción de la enfermedad del kharisiri.

En el caso de Gerardo, no hubo problema en mezclar ambos tratamientos médicos. Aguilar observaba, en un caso de una clínica privada en La Paz, que dejaban pasar a los médicos tradicionales al quirófano para sahumar a petición del enfermo (Aguilar, 2006, p. 22). Esto es otro ejemplo de cómo, desde la perspectiva de los pacientes, no hay problema en mezclar diferentes medicinas para sanar.

En el siguiente caso vamos a observar cómo intervienen más actores en la derivación al biomédico y cómo terminan los enfermos siguiendo el tratamiento tradicional.

A inicios de 2012, Silvia<sup>13</sup> regresó a casa del trabajo manifestando ciertas dolencias, como dolor de espalda, acompañado de vómitos, fiebre y desgano. Silvia recuerda: “En una noche empecé a sentirme muy mal”. Al día siguiente, la madre de Silvia la llevó a una clínica privada para que puedan calmarle el dolor de espalda. La clínica estaba ubicada en la avenida Tejada Sorzano en Miraflores. Al llegar, un biomédico le administró un anestésico para aliviar el dolor y Silvia se quedó internada. Pasaron dos días y la madre no observó que los tratamientos biomédicos ayudaran a sanar a Silvia; además, los costos médicos (incluían medicamento y

---

13 Silvia trabajaba como servidora pública en la Alcaldía de La Paz.

uso de la cama) también incrementaban. Paralelamente, Silvia sentía los efectos adversos de los medicamentos, como rostro hinchado y los ojos amoratados. Por este motivo, la madre empezó a sospechar que los tratamientos biomédicos no lograban sanar a la enferma. La madre, preocupada, fue a consultar al médico tradicional por consejo de su vecina, quien le dijo que podía ser enfermedad de kharisiri y que consulte con su médico tradicional. El médico tradicional le dijo que vea si la enferma tenía una cicatriz en la espalda baja (cicatriz del kharisiri). La madre encontró la cicatriz en la espalda baja. El médico tradicional, con esta información, confirmó que era enfermedad de kharisiri y le dijo que tome el remedio. El médico tradicional le vendió el remedio tradicional y la madre volvió al centro de salud y solicitó dar de alta a su hija para que vuelva a casa. En casa, la madre le administró el remedio tradicional en líquido que venía en una botella de vidrio de dos litros. En pocos días, Silvia sanó y volvió a trabajar. Cuando ya se encontraba sana, su madre preguntó dónde se había dormido, porque le dijo que era enfermedad del kharisiri. Entonces, la enferma comentó que usualmente se dormía en el minibús en el trayecto de su trabajo a su casa de noche.

A Silvia primero la derivaron al biomédico. Al ver que la enferma no sanaba en el centro de salud, una vecina le dijo a su madre que podía ser enfermedad de kharisiri, según lo que la madre conversó con ella, pero indicó a la madre que confirme la enfermedad con el médico tradicional. Una vez que el médico tradicional escuchó a la madre relatar cómo estaba su hija, y principalmente al enterarse de la cicatriz del kharisiri, le recomendó que siguiera el tratamiento tradicional. En este caso, intervinieron la vecina y el médico tradicional, quien confirmó la enfermedad.

Silvia fue derivada a la biomedicina, donde recibió un tratamiento biomédico, porque la madre pensó que era una infección en el estómago. Algo similar a lo que ocurrió en otro caso, el de Alfonso, quien se enfermó y, al principio, lo llevaron al biomédico porque pensaron que era una infección gastrointestinal. Pero su familia, al ver que no sanaba en el centro médico, decidió administrarle el tratamiento tradicional y, de esa manera, Alfonso se sanó. Tanto Alfonso como Silvia pensaron que era una infección estomacal, pero, luego de la administración del tratamiento tradicional, lograron sanarse.

En varios casos, los informantes comentaron que esta enfermedad no puede ser diagnosticada por los biomédicos, ya que, según los informantes, desconocen su sintomatología y tratamientos. Giovanna comentó: “Dice

que no se debe llevar al médico porque, si le colocan una inyección (sue-ro)<sup>14</sup>, se muere. Aquí (en la 16 de Julio en El Alto) un joven, que era profesor, falleció por eso. El joven tenía mucha fiebre y su esposa le hizo inyectar en el centro de salud de su zona...”. Otros informantes expresaron este mismo tabú de llevar al médico al enfermo de kharisiri.

Los biomédicos tampoco reconocen la existencia de la enfermedad del kharisiri. En una entrevista realizada por Sarojini Blanco<sup>15</sup> el año 2013 a un biomédico respecto a si creía en la enfermedad del kharisiri, este comentó: “lo que nosotros (médicos) hemos visto en la parte médica, lo que se asocia al khari khari, es una neumonía grave” (doctor Rada). Para los biomédicos, la enfermedad del kharisiri es una neumonía. Esto confirma que los biomédicos niegan los conocimientos que existen sobre la enfermedad del kharisiri. Biomédicos y kharsutas-entorno social<sup>16</sup> entran en un conflicto por este diagnóstico, dado que no toman en cuenta los síntomas, diagnósticos y tratamientos. Los biomédicos niegan la existencia de la enfermedad del kharisiri y los kharsutas prefieren no acudir al biomédico cuando presentan esta enfermedad.

En estos casos, observamos que el tratamiento tradicional llega a sanar a los enfermos, pero no se puede determinar si este remedio es la única medicina que logra sanar o es más bien una sumatoria de otras medicinas que el enfermo ingiere. Además, no se tiene una investigación farmacológica de los efectos de estos remedios tradicionales en los enfermos. A lo que podemos limitarnos es a que los enfermos recuerdan que estos tratamientos tradicionales pueden llegar a ser más eficientes cuando presentan ciertos síntomas físicos.

#### 4. Autodiagnóstico

Jimmy se enfermó cuando tenía 12 años de edad en su comunidad Chijipina Chico. Empezó a sentirse mal: fiebre, escalofríos, dolor de estómago y dolores

---

14 La informante se refería más a cuando te internan y te inyectan suero, cuando estás en el centro de salud, pero no a cualquier inyección.

15 Esta entrevista, que realizó Sarojini Blanco, me la extendió cuando estaba realizando el trabajo de campo para realizar esta investigación.

16 En este grupo de personas no solo nos referimos a los enfermos de kharisiri, sino también a todos los que conocen sobre el tema de la enfermedad del kharisiri.

en la espalda. Jimmy en ese tiempo vivía con sus padres y sus abuelos en su comunidad. Su abuela, al ver enfermo a Jimmy, le preparó un batido de huevo con limón. Al ver que no mejoraba, le dio un remedio. Según Jimmy, “era un frasquito chiquito ... eso me dieron y con eso se me pasó”. La abuela mezcló una parte con agua para que el enfermo la tomara y otra parte la mezcló con agua y la volvió un ungüento para friccionar el cuerpo del enfermo. Jimmy, después, se fue a dormir y al día siguiente ya se encontraba sano. Cuando ya estaba sano, Jimmy mencionó que una vez vio a un perro en la calle y la abuela le dijo que ese perro era el kharisiri. La segunda vez Jimmy se enfermó con síntomas similares fiebre y dolor de estómago (vómitos y diarrea). Él afirmaba que su experiencia con esa enfermedad era parecida a cuando se enfermó cuando era pequeño. Esta vez, Jimmy directamente le dijo a su esposa que compre el remedio. Su esposa compró el remedio en polvo blanco, lo mezcló con un mate y lo dio a tomar a Jimmy. Este comentó que al enfermo nunca se le comunica que tiene kharisiri, ya que puede llegar a morir. Poco tiempo después, se repuso.

En este caso podemos observar que Jimmy se enfermó dos veces con los mismos síntomas. Cuando era niño le dio fiebre, escalofríos, dolores estomacales y musculares, y el remedio que le dio su abuela le sanó. El informante aprendió la eficacia de este remedio y lo volvió a comprar cuando era joven y sintió los mismos síntomas. Esto significa que Jimmy aprendió a autodiagnosticarse de la denominada enfermedad del kharisiri.

En este caso, se puede advertir que Jimmy aprende a autodiagnosticarse producto de la derivación lega que tuvo a un principio con su abuela, puesto que en esa oportunidad llegó a sanarse con el remedio y aprendió a reconocer la enfermedad del kharisiri. La segunda vez que se enfermó, le solicitó directamente a su esposa que le compre el remedio para sanarse de los síntomas que padecía.

Un punto importante que mencionaba Jimmy es el hecho de que no se debe avisar al enfermo que tiene la enfermedad del kharisiri. Spedding (2005/2011) define esta acción de no avisar al enfermo como un tabú. En todos los casos que observamos sobre esta enfermedad, los informantes mencionaban que no rompen esta prohibición de avisar al enfermo.

En los relatos observados, resalté cómo los enfermos logran llegar a sanarse y, en todos estos casos, fue mediante tratamientos tradicionales que seguían por consejo de los asesores o de médicos tradicionales.

## DISCUSIÓN

La mayoría de las personas que se enfermaron de kharisiri lograron sanar principalmente con el tratamiento tradicional. Los remedios tradicionales demostraron tener efectos positivos en disminuir los síntomas físicos. Estos remedios para el kharisiri vienen en diferentes formatos: líquido, granulado, con grasa animal, entre otras formas. En las ciudades de La Paz y El Alto, el más utilizado es el remedio líquido que viene principalmente en una botella de vidrio; junto a esto, aconsejan comer ajo para no volverse a enfermar, y no comer alimentos que pueden empeorar la enfermedad, como la carne de cerdo, queso, huevo y leche, entre otros alimentos.

Al parecer, estos tratamientos tradicionales son eficientes, pero no todos los enfermos se sanaron, puesto que un 20% de ellos fallecieron. Al no tener mayor información sobre el efecto farmacológico de estos tratamientos tradicionales en los enfermos, no pretendemos que estos sean el único factor de sanación a determinados síntomas físicos, ya que los enfermos no solo tomaban el remedio tradicional, sino que lo mezclaban con otros medicamentos. Esto nos podría abrir otra línea de investigación respecto a esta indagación sobre el consumo de medicamentos.

La mayoría de asesores que intervienen en las derivaciones de salud son mujeres (como: madres, esposas, tías y cuñadas) que buscan derivar al enfermo al tratamiento tradicional o al médico tradicional para que se sane. Esto puede ser debido a que la sociedad contemporánea impone un rol social de cuidado de la salud a las mujeres. Este hallazgo encontrado puede abrir futuras investigaciones para que se profundice en estudios sobre los roles sociales de género en procesos de salud/enfermedad y atención.

El artículo es de los pocos estudios que establecen como objetivo a los kharsutas y se enmarca en la línea de investigar el comportamiento social de los enfermos a través de sus procesos de salud/enfermedad y atención. El artículo analiza las derivaciones médicas que los enfermos seguían respecto a la denominada enfermedad de kharisiri. Estas derivaciones se diferencian debido a la intervención de actores sociales como familiares, amigos, vecinos, médicos tradicionales y biomédicos. Las derivaciones y el perfil social muestran el comportamiento social de los enfermos y no solo los determinantes contextuales de la enfermedad.

## CONCLUSIONES

El proceso en el que la persona se enferma y logra sanar es la autoatención, la cual se define como: proceso de atención de los padeceres de los enfermos, incluyendo la articulación de diferentes formas de atención médica (medicina tradicional, biomedicina, medicinas orientales, entre otras) generadas por la misma población (Menéndez, 2003, p. 191). Lo importante en este concepto es entender la articulación de las formas de atención médica, como en el caso de la enfermedad del kharisiri, donde asesores intervienen con médicos tradicionales, biomédicos, legos y otros actores sociales para que el enfermo sane.

Para entender las dinámicas de autoatención de este grupo de enfermos es importante describir su origen social. Al analizar el perfil social, mostramos que las personas que se enferman de kharisiri principalmente se hallan en estratos sociales medios, bajos. Aunque también hay datos sobre una profesional, funcionarios públicos, universitarios, técnicos medios y un técnico superior, que indican que esta enfermedad está expandiéndose a otros estratos, como un estrato social medio. Lo que puede significar que la enfermedad continúa en vigencia y parece estar expandiéndose a otros estratos sociales.

Clasificamos las derivaciones en cuatro, según los actores sociales que intervienen en el proceso de salud/enfermedad y atención. En otras palabras, estas derivaciones muestran cómo el enfermo logra sanarse a través de la intervención de legos, asesores, médicos tradicionales y biomédicos. Todo este trayecto se lo puede denominar como una ruta terapéutica del enfermo, en la cual el entorno social del afectado interviene en el proceso de salud.

La derivación lega es un concepto fundamental dentro de las derivaciones analizadas, puesto que las relaciones sociales entre familiares, vecinos y amigos del enfermo influyen en el proceso de salud, enfermedad y atención que este atraviesa. Es decir, el entorno social –compuesto por legos y asesores– se relaciona con el enfermo a través de consejos, opiniones e incluso ofreciendo tratamientos con el objetivo de que recupere su salud. Esto demuestra que, aunque la enfermedad es un tema tradicionalmente abordado por la ciencia médica, también puede constituirse en un objeto de estudio para las ciencias sociales.

Finalmente, este artículo invita a que se continúe investigando dentro del campo de la sociología médica para mostrar la relevancia en temas de salud pública. La enfermedad no solo es un tema que incumbe a las ciencias médicas, sino que presenta problemas sociales que pueden ser abordados bajo el campo de las ciencias sociales. El trabajo coordinado entre ciencias médicas y sociales planteará nuevas alternativas frente a problemas de salud pública que enfrenta la sociedad boliviana en la actualidad.

## REFERENCIAS

- Aguilar, A. (2024). *Kharsutas, diagnósticos y remedios: análisis del comportamiento y nociones sociales de los enfermos de kharisiri en La Paz*. [Tesis de licenciatura, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio académico de la Universidad Mayor de San Andrés. <https://repositorio.umsa.bo/handle/123456789/38712>
- Aguilar, W. (2006). *Factores que afectan las actitudes de rechazo frente al tratamiento biomédico por parte del paciente, en una institución privada de salud en la ciudad de El Alto*. [Tesis de maestría, Universidad Mayor de San Andrés]. Repositorio académico de la Universidad Mayor de San Andrés. <https://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/3608>
- Alba, J. J., Tarifa, L., & Los Jampiris de Raqaypampa (1993). *Los Jampiris de Raqaypampa*. Centro de Comunicación y Desarrollo Andino (CENDA).
- Albó, X. (2009). Interculturalidad, Estado y pueblos indígenas. En L. Citarrella & A. Zangari, *Yachay Tinkuy. Salud e interculturalidad en Bolivia y América Latina* (pp. 145-163). PROHISABA, Cooperación italiana.
- Ansión, J. (1987). *Desde el rincón de los muertos: el pensamiento mítico en Ayacucho*. GREDES.
- Ansión, J., & Sifuentes, E. (1989). La imagen popular de la violencia, a través de los relatos de los degolladores. En J. Ansión, *Pishtacos de verdugos a sacaojos* (pp. 61-109). Editorial Tarea y Asociación de Publicaciones Educativas.
- Becker, H. (2016). *Mozart, el asesinato y los límites del sentido común: cómo construir teoría a partir de casos* (A. M. Galletini, Trad.). Siglo Veintiuno.
- Bourdieu, P. (2007). *El sentido práctico* (A. Dilon, Trad.). Siglo Veintiuno Editores. (Obra original publicada en 1980)

- Burman, A. (2011). *Descolonización aymara: Ritualidad y política*. Plural Editores.
- Canessa, A. (2006). *Minas, mote y muñecas: Identidades e indigeneidades en Larecaja*. Mama Huaco.
- Castellón, I. (1997). *Abril es tiempo de kharisiris: campesinos y médicos en comunidades andino-quechuas*. Serrano.
- Choquehuanca, R. (2022). Hacia una sociología de la salud en Bolivia. *Temas Sociales*, (51), 127-153. <https://doi.org/10.53287/bxqml620nt30g>
- Fernández, G. (2008). *Kharisiris en acción: cuerpo, persona y modelos médicos en el altiplano de Bolivia*. CIPCA; Fundación para la Cooperación y Salud Internacional Carlos III.
- Fernández, G. (2010). Al hospital van los que mueren, desencuentros en la salud intercultural en los Andes bolivianos. En G. Fernández (Coord.), *Salud e Interculturalidad en América Latina. Antropología de la Salud y Crítica Intercultural* (pp. 317-337). Ediciones Abya-Yala.
- Freidson, E. (1960). "Client control and medical practice" [Control del cliente y práctica médica]. *American Journal of Sociology*, 65(4), 374-38. <https://www.journals.uchicago.edu/doi/abs/10.1086/222726>
- Instituto Nacional de Estadística de Bolivia (INE) (2012). *Censo de Población y Vivienda 2012*. Instituto Nacional de Estadística de Bolivia.
- Ley de Medicina Tradicional Ancestral Boliviana, N° 459*. (19 de diciembre de 2013).
- Loza, C. (2008). *El laberinto de la curación: Itinerarios terapéuticos en las ciudades de La Paz y El Alto*. ISEAT.
- Mamani, C. (2017). Khari khari, el matador. *Textos Antropológicos*, (18), 37-50. [http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci\\_issuetoc&pid=1025-318120170001&lng=es&nrm=iso](http://revistasbolivianas.umsa.bo/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=1025-318120170001&lng=es&nrm=iso)
- Martínez, G. (1998). *Justicia comunitaria, 6: Sobre Brujos y Lik'ichiris, la creación cultural del horror*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos; Banco Mundial.
- Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Ciencia y Salud Colectiva*, 8(3), 185-207. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232003000100014>

- Morote Best, E. (1988). *Aldeas sumergidas: cultura popular y sociedad en los Andes*. Centro de Estudios Rurales Andinos “Bartolomé de las Casas”.
- Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2007). *Resolución sobre la actualización de la Clasificación Internacional Uniforme de Ocupaciones*. Organización Internacional del Trabajo.
- Parsons, T. (1976). *El sistema social* (J. Jiménez y J. Cazorla, Trad.). Revista de Occidente Editorial. (Obra publicada originalmente en 1959)
- Pellegrini, A. (2017). *Más allá de la indigeneidad: Cultivo de coca y el surgimiento de una nueva clase media en Bolivia*. Mama Huaco.
- Portocarrero, G., Valentín, I., & Irigoyen, S. (1991). *Sacaños crisis social y fantasmas coloniales*. Tarea.
- Ramírez, S. (2005). *Donde el viento llega cansado. Sistemas y prácticas de salud en la ciudad de Potosí*. Cooperación Italiana.
- Riviere, G. (1991). Lik’ichiri y Kharisiri. A propósito de las representaciones del “otro” en la sociedad aymara. *Bulletin IFEA*, 20(1), 23-40. [https://www.persee.fr/issue/bifea\\_0303-7495\\_1991\\_num\\_20\\_1](https://www.persee.fr/issue/bifea_0303-7495_1991_num_20_1)
- Spedding, A. (2011). *Sueños, kharisiris y curanderos: Dinámicas sociales de las creencias en los Andes contemporáneos*. Mama Huaco. (Obra publicada originalmente en 2005)
- Spedding, A. (2014). *Actualidad del kharisiri, variantes regionales y referentes biomédicos*. [Manuscrito no publicado].
- Tapia, I., Royder, R., & Cruz, T. (2006). *¿Mentisan, paracetamol o wira wira?: jóvenes, salud e interculturalidad en los barrios mineros de Potosí*. Fundación PIEB.
- Wachtel, N. (1997). *Dioses y vampiros: regreso a Chipaya*. Fondo de Cultura Económica. (Obra original publicada en 1992)
- Weismantel, M. (1997). *Anthropologist and Ñakaq*. [Manuscrito no publicado].
- Yapu, M., Spedding, A., Arnold, D., & Pereira, R. (2010). *Pautas metodológicas para investigaciones cualitativas y cuantitativas en ciencias sociales y humanas*. Fundación PIEB.

