

La pandemia de COVID-19 y la permanencia de tradiciones médicas no occidentales en la Amazonía peruana en el siglo XXI

JORGE LUIS LOSSIO CHAVEZ

Instituto Riva Agüero; Departamento de Humanidades - Pontificia Universidad Católica del Perú

jorge.lossio@pucp.pe

ISAÍ GÁLVEZ

Instituto Riva Agüero

igalvez@pucp.edu.pe

DIEGO ORTIZ

Instituto Riva Agüero

alonso.ortiz@pucp.pe

NASHELY YUVITZA LIZARME VILLCAS

Universidad del Pacífico

ny.lizarmev@up.edu.pe

Resumen. La pandemia de COVID-19 demostró que en el Perú del siglo XXI coexisten distintas formas de entender el origen de las enfermedades, así como variedad en cuanto a los tratamientos que deben seguirse en caso de una crisis pandémica. Junto a la medicina occidental moderna –basada en la ciencia, practicada en hospitales y clínicas, y respaldada históricamente por el Estado peruano– persisten tradiciones médicas indígenas, andinas y amazónicas, prácticas de automedicación, visiones más ligadas a lo religioso y espiritual, así como posturas negacionistas. El objetivo de esta investigación es analizar las explicaciones y respuestas que se dieron a la COVID-19 en la Amazonía peruana; en específico, mostrar la permanencia de ideas tradicionales en salud a pesar de los históricos esfuerzos estatales por occidentalizar la salud a lo largo de la historia republicana.

Palabras clave: COVID-19, Perú, Amazonía, multiculturalidad, pandemias.

The COVID-19 pandemic and the permanence of non-Western medical traditions in the Peruvian Amazon in the 21st century

Abstract. The COVID-19 pandemic demonstrated that in 21st century Peru, different ways of understanding the origin of diseases coexist, as well as variety in the treatments that should be followed in the event of a pandemic crisis. Along with modern Western medicine based on science, practiced in hospitals and clinics, and historically supported by the Peruvian State, there are indigenous Andean and Amazonian medical traditions, visions more linked to the religious and spiritual, self-medication, as well as denialist positions. The objective of this research is to analyze the explanations and responses given to COVID-19 in the Peruvian Amazon, specifically to show the permanence of traditional ideas in health despite state efforts to westernize health throughout Republican history.

Keywords: COVID-19, Peru, Amazon, multiculturalism, pandemics.

Introducción

El primer caso oficial de COVID-19 en el Perú fue reportado el 6 de marzo de 2020. En los días siguientes, el aumento de contagios llevó al Gobierno a implementar medidas estrictas, como la suspensión de vuelos, el cierre de fronteras y una cuarentena nacional obligatoria. Sin embargo, entre 2020 y 2021, la enfermedad se propagó rápidamente, haciendo colapsar el sistema de salud. Entre la aparición de los primeros casos y el inicio de la campaña de vacunación, la población peruana recurrió a diversos tratamientos. Algunos grupos optaron por remedios caseros, como brebajes de ajo y kion, o el uso de plantas medicinales como el eucalipto y el matico. Paralelamente, se popularizaron sustancias promovidas en redes sociales, como la ivermectina y el dióxido de cloro, a pesar de la falta de evidencia científica sobre su eficacia. La novedad del virus y la ausencia de tratamientos avalados facilitaron la difusión de teorías conspirativas, lo que incrementó el escepticismo hacia las recomendaciones oficiales. Como resultado, las medidas sanitarias fueron adoptadas de manera parcial, y en muchos casos se combinaron con prácticas heterogéneas.

El carácter novedoso de la epidemia y la crisis sanitaria hicieron visibles problemas que, históricamente, el Estado ha intentado resolver. La limitada capacidad de atención médica revalorizó los saberes tradicionales, mientras que la escasez de recursos llevó a muchas comunidades a recurrir a la solidaridad colectiva y al uso de remedios naturales. Además, el aislamiento y las restricciones de movilidad se convirtieron en estrategias clave para mitigar los contagios. Este contexto reveló la coexistencia de distintas concepciones sobre la salud y la enfermedad en el Perú, así como una marcada desconexión entre las explicaciones científicas —promovidas por las autoridades— y las interpretaciones de amplios sectores de la población.

Según el historiador Diego Armus, las epidemias y sus consecuencias sanitarias constituyen fenómenos singulares, ya que reflejan las formas específicas en que cada sociedad las interpreta, enfrenta y responde ante ellas (Armus, 2020). No obstante, también es posible identificar patrones recurrentes al comparar brotes epidémicos, especialmente cuando estos ocurren en un mismo contexto geográfico (Palma & Lizarme, 2022, p. 3). A lo largo del siglo XX, el Perú experimentó múltiples epidemias que causaron elevada mortalidad, lo que impulsó transformaciones en el sistema de salud. Entre las décadas de 1930 y 1940, el auge de las ideas eugenésicas, higienistas y de la medicina social —promovidas por una élite médica limeña— exigió que el Estado peruano impulsara la occidentalización de la

salud (Yzú, 2017, p. 54)¹. Es decir, era indispensable que desde el aparato estatal se dictaran normativas que apartaran del mundo de la salud a otros actores como curanderos, chamanes o parteras (Palma & Ragas, 2018, p. 180; 2019, p. 4). Así, se buscó ampliar los alcances de la medicina científica y occidental mediante la formación de una mayor cantidad médicos universitarios, la promoción de campañas de vacunación y la construcción de infraestructura hospitalaria.

A pesar de los esfuerzos de la Dirección de Salubridad y, posteriormente, del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social² por imponer la medicina científica occidental frente a las formas alternativas de tratamiento, diversos factores estructurales impidieron erradicar por completo las prácticas consideradas pseudocientíficas. Estas mismas condiciones propiciaron la coexistencia de diversas tradiciones sanitarias, particularmente en zonas rurales con limitada presencia estatal. Los paradigmas médicos hegemónicos, vigentes hasta las décadas de 1920-1930, operaban bajo un enfoque paternalista que excluía sistemáticamente la participación comunitaria y desestimaba los marcos culturales locales en el diseño de políticas sanitarias. Una experiencia contrastante y significativa fue la desarrollada por el médico puneño Manuel Nuñez Butrón a través de su sistema de brigadas Rijchary, que estableció un innovador diálogo intercultural entre la medicina científica occidental y los saberes terapéuticos locales. En este proceso, la autoridad simbólica de «herbolarios, sanadores y curanderos» coadyuvó al éxito de la campaña sanitaria, mitigando las resistencias iniciales hacia la medicina occidental. Si bien todavía era posible identificar rasgos de autoritarismo médico, también se desarrollaron estrategias que tomaban en cuenta elementos culturales de las poblaciones indígenas (Cueto, 1997, p. 111).

No obstante, este enfoque innovador no logró institucionalizarse en las políticas estatales de salud. Básicamente, desde la capital se promovía un tipo de política sanitaria que priorizaba el uso de la tecnología para el tratamiento de las enfermedades y el hospital se había convertido, entre

1 El proceso de occidentalización de la salud se puede rastrear incluso desde el siglo XIX, cuando se consolida el proceso de medicalización de los espacios públicos y privados. La profesionalización de la medicina y el desarrollo de nuevas especialidades como la bacteriología permitieron que se asentara la idea de que se podía conocer de manera científica el origen de las enfermedades y que podían ser tratadas mediante el uso de vacunas y siguiendo normas higiénico-sanitarias. La salud también adquiere implicancias morales que determinan el grado de civilización de los pueblos. Véase Contreras, C. (1994). *Sobre los orígenes de la explosión demográfica en el Perú: 1876-1940*. Instituto de Estudios Peruanos.

2 En 1935 se creó el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. En 1942, se reformó y adoptó el nombre de Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. Se mantuvo con esta nomenclatura hasta la década de 1960, cuando adoptó su denominación actual: Ministerio de Salud.

los siglos XIX y parte del XX, en el único espacio desde donde se podían aplicar métodos útiles para la asistencia de los pacientes (Cueto, 1997, pp. 110-112). Esta disociación entre el centralismo capitalino y las realidades socioculturales de las regiones evidenció las profundas contradicciones del sistema sanitario peruano de la época. Este enfoque contrastaba marcadamente con la escasa capacidad del Estado para construir infraestructura o atender adecuadamente a la población en zonas rurales. En la Amazonía, enfermedades como la malaria, la lepra y la anquilostomiasis se hallaban ampliamente propagadas entre la población local. Como señala Lerner en el caso específico de la fiebre amarilla, los funcionarios públicos tendieron a atribuir su propagación a las condiciones ambientales urbanas e, incluso, a las costumbres de las propias poblaciones afectadas (2017, p. 28).

En este contexto de escenarios antagónicos, la medicina social adquirió especial relevancia. Aunque no estuvo exenta de ciertos prejuicios, promovió la noción de que la colonización de la región dependía de la participación local y, por tanto, resultaría inalcanzable sin una reforma sanitaria que mejorara tanto las condiciones de vida como la productividad de una mano de obra escasa (Lerner, 2017, p. 30). En busca de esos objetivos, la sanidad rural en la Amazonía experimentó diversas transformaciones desde la década de 1940 hasta la actualidad. Como ha documentado Lerner, el Estado demostró una preocupación tangible por construir infraestructura hospitalaria, postas médicas y sistemas de saneamiento básico en el Oriente. La cooperación internacional facilitó alianzas con la población local para ejecutar obras de saneamiento. No obstante, durante las campañas de erradicación de enfermedades como la malaria, las comunidades indígenas fueron percibidas como un obstáculo: sus prácticas culturales cuestionaban los saberes y protocolos médicos occidentales. En otras palabras, se interpretaba que estas comunidades interferían en la lucha moderna entre el personal sanitario y los vectores de enfermedad (Lerner, 2017, p. 39).

En el presente artículo, mediante la realización de entrevistas y la revisión de boletines, memorias e informes oficiales de diferentes instituciones sanitarias, se pretende demostrar que, a pesar de los históricos esfuerzos estatales por occidentalizar la salud, en el siglo XXI siguen coexistiendo distintas formas de entender el origen de las enfermedades y, por ende, se recurre a tratamientos variados, al margen de las explicaciones y recomendaciones de los científicos y los funcionarios de la salud. En el primer apartado nos centramos en hacer un recuento de cómo el Estado ha intervenido en la Amazonía para reducir la incidencia de epidemias entre 1930 y 1940. Se tienen en cuenta las voces de agentes oficiales; en este caso los médicos, quienes construyeron un discurso en el que, a pesar de los matices, resaltaron

la jurarquía del discurso médico occidental como la forma de saber superior. En la segunda sección describimos cómo la educación sanitaria, desde la década de 1952, se convirtió en una estrategia de occidentalización de la salud. Finalmente, analizamos cómo, a pesar de los esfuerzos del gremio médico y del Estado por establecer un modelo sanitario científico y occidental, todavía persisten las prácticas sanitarias tradicionales en el espacio amazónico. Estos se hacen más evidentes en períodos de crisis como la que vivió el Perú durante la pandemia de COVID-19. El objetivo es describir cómo históricamente se ha construido la relación entre Estado, salud y algunos sectores sociales (médicos e indígenas). Nos centraremos en la Amazonía, pero la coexistencia de múltiples explicaciones y cosmovisiones es algo general en el país.

1. Estado peruano, epidemias y Amazonía en las décadas de 1930 y 1940

Tal como señalan Lossio, Valera y Molina, aunque la Amazonía representa territorialmente cerca del 66% del territorio nacional, históricamente ha sido la región con menor presencia del Estado (Molina, Valera, & Lossio, 2020, pp. 2 y 28). Sin embargo, hacia finales del siglo XIX e inicios del XX, el auge del caucho despertó un renovado interés por parte de las élites en integrar el Oriente al Estado nación peruano. Según Adrián Lerner, esta incorporación fue concebida en términos económicos, educativos y sanitarios (2017, pp. 19-44). Uno de los esfuerzos más significativos en el ámbito de la salud fue la creación de la Campaña Sanitaria del Oriente, hace aproximadamente un siglo. Diversos líderes de la salud pública peruana visitaron y escribieron sobre las condiciones sanitarias de la región amazónica, aunque lo hicieron desde una perspectiva que privilegiaba la superioridad de la medicina occidental. Si bien se reconoció el valor de ciertos conocimientos ancestrales relacionados con las propiedades medicinales de las plantas, estos fueron, en general, enmarcados dentro de un pensamiento mágico-religioso que debía ser superado conforme a una lógica evolutiva culminante en la adopción de la ciencia occidental.

Como ha demostrado Marcos Cueto, hasta 1960 la mayor parte de la población peruana residía en zonas rurales y andinas; no obstante, las investigaciones e intervenciones médicas en estos territorios fueron esporádicas, fragmentarias y de carácter paliativo. Salvo contadas excepciones de médicos influenciados por el indigenismo o la medicina social, el discurso médico oficial mostraba escaso interés por comprender los saberes indígenas sobre la salud y la enfermedad. Por el contrario, estas tradiciones eran consideradas obstáculos para la implementación efectiva de políticas sanitarias. Esta postura se evidencia en las palabras del médico Raúl Rebagliati:

El higienista tiene que luchar en el Perú contra un elemento adverso de gran trascendencia: la ignorancia de la generalidad de los habitantes. Ignorancia que alimenta prejuicios y malas prácticas, que impide intencionalmente la acción sanitaria, que hace preferir el curanderismo y la hechicería a los procedimientos científicos [...] El indio, representante del 80 por ciento o más de la población del Perú, supone enemigo a toda persona de nivel social superior al suyo y, por consiguiente, se opone con franqueza o con astucia a la acción de la autoridad, cualquiera que ésta sea [...] es rebelde a toda innovación que suponga algún cambio en sus costumbres y llega a destruir lo que la técnica crea justamente para favorecerlo. (Rebagliati, 1941, pp. 262-263)

A pesar de esta visión hegemónica, algunos médicos que ejercieron en el Perú durante la primera mitad del siglo XX adoptaron posturas alternativas respecto a la relación entre los saberes médicos tradicionales y la medicina occidental. Destacan en este sentido los aportes de Carlos Enrique Paz Soldán (1885-1972) y Maxime Kuczynski-Godard (1890-1967), quienes se interesaron por documentar la situación de las comunidades nativas, sus problemáticas sociales y sus prácticas sanadoras. Estos enfoques contrastaban con el paradigma predominante en la comunidad médica, centrado en los aspectos biológicos, clínicos y técnicos relacionados con el origen, la transmisión, el tratamiento y el control de enfermedades infecciosas, y que tendían a minimizar la prevención y los factores sociales, culturales y económicos que condicionaban su aparición.

Desde su llegada al Perú en 1936, Kuczynski trabajó junto a Paz Soldán en el Instituto de Medicina del Oriente, el Instituto de Medicina Social de San Marcos y en la Campaña Sanitaria del Oriente. Su experiencia internacional y su contacto directo con la Amazonía lo llevaron a desarrollar una postura relativamente progresista para su época. En líneas generales, Kuczynski defendía un enfoque integral para la «civilización» de la población amazónica, el cual debía sustentarse en la educación como vía para mejorar sus condiciones sociales y, con ello, su calidad de vida. Aunque no escapó completamente del marco eurocéntrico imperante –que concebía la civilización como sinónimo de la adopción de la ciencia occidental–, reconocía que muchos de los problemas sanitarios de la región eran consecuencia de condiciones estructurales de carácter social y económico, las cuales, en su opinión, debían ser abordadas prioritariamente.

Para Kuczynski, las enfermedades endémicas persistían en entornos insalubres y escasamente desarrollados, cuya transformación requería la intervención activa del Estado. Si bien valoraba, en cierta medida, los

conocimientos médicos tradicionales, sostenía que la medicina occidental ocupaba la cúspide de una jerarquía del saber médico por su eficacia en el tratamiento y la prevención de enfermedades (Kuczynski, 1944, p. 59). En el caso específico de la lepra –introducida en la región durante el auge del caucho–, Kuczynski atribuyó su persistencia al desinterés estatal por fomentar la higiene y la educación médica. Asimismo, expresó preocupación por el escaso conocimiento local sobre conceptos como el contagio, calificando de «mágicas» muchas de las explicaciones populares acerca del origen y la propagación de las epidemias (Kuczynski, 1944, p. 69). A pesar de su sensibilidad –avanzada para su época–, continuó refiriéndose a la medicina tradicional como «magia», en oposición a la «razón» que atribuía a la medicina occidental (Kuczynski, 1944, p. 71).

La información recabada por Kuczynski en los centros poblados a lo largo de los ríos Amazonas y Ucayali permitió al Estado contar con una «base segura y un criterio científico para enrumbar su acción sanitaria en el Oriente» (Carvalho, 1940, p. 503). La creación de instituciones como la Supervisión Sanitaria del Oriente, promovida especialmente por el entonces ministro de Salud Pública y Asistencia Social, Constantino J. Carvalho, reflejaba el interés de ciertos sectores técnicos por conocer la realidad amazónica y formular políticas públicas orientadas a esa región. Kuczynski describió dicha institución como un intento por revertir la insalubridad generada por décadas de desinterés estatal (Kuczynski, 1942, p. 3). En este contexto, si bien se valoraban algunos conocimientos locales, la expectativa oficial era que una mayor presencia estatal –sustentada en la ciencia occidental– representaba la solución a los problemas sanitarios regionales.

Entre 1940 y 1950, el Perú experimentó un proceso de migraciones internas, fomento a la industrialización y consolidación de un modelo económico orientado a la exportación (como el caucho y la quinina), lo que implicaba aprovechar el potencial productivo de la región amazónica (Barclay, 1991, p. 43; Lossio & Molina, 2023). Sin embargo, esta incorporación no fue exclusivamente económica. Con apoyo de la cooperación internacional, se destinaron mayores recursos al saneamiento del Oriente. Entre las principales obras de ese período destacan: la ampliación del Asilo Colonia Agrícola de San Pablo para personas con lepra; la organización de equipos sanitarios móviles fluviales; la creación de un laboratorio central de investigación en Iquitos; y la construcción de puestos sanitarios a lo largo del río Ucayali y en los departamentos de San Martín y Amazonas. Incluso, a través de los ministerios de Salud Pública y Asistencia Social y de Guerra, Marina y Aviación, se promovió la formación de una comisión encargada de coordinar acciones entre los diversos organismos oficiales, con el fin

de mejorar la atención en salud pública para la población amazónica (*La Crónica Médica*, 1941, p. 81).

La colonización moderna de la Amazonía implicaba atender lo que se denominaba su «raíz biológica», es decir, la necesidad de un entorno saludable y libre de enfermedades que garantizara el bienestar humano. Para alcanzar este objetivo, según Carvallo, era fundamental forjar una «conciencia nacional» sobre la urgencia de mejorar las condiciones de vida de los pobladores amazónicos. En sus palabras:

No bastaba con la voluntad decidida de un organismo estatal, sino que es necesario formar conciencia nacional, conciencia colectiva, sobre la urgencia y posibilidad de atender a las condiciones de vida de esa inmensa región, promisoría de ingentes riquezas para nuestra patria, pero a condición de que, a tiempo, sepamos proteger y defender al elemento humano que en ella habita. (Carvallo, 1940, pp. 503–504)

Este llamado a construir una «conciencia nacional» remite a los roles que debían asumir el Estado, los profesionales y la ciudadanía en la difusión de ideas y prácticas sanitarias modernas. Durante la gestión de Carvallo como ministro de Salud Pública, el Gobierno de Prado aumentó significativamente el presupuesto destinado al sector salud. En el discurso oficial, se afirmaba que el Ejecutivo no escatimaría recursos para que, a través de los estudios médico-sociales, se establecieran las bases para una verdadera «conquista» de la selva (Carvallo, 1940, p. 504). Por otro lado, las alianzas con fundaciones filantrópicas y organismos multilaterales, facilitadas por la cooperación internacional, permitieron diversificar los programas de salud y formar a un mayor número de especialistas para atender tanto zonas urbanas como rurales en la Amazonía (Cueto, 2008, pp. 17–41). Como menciona Nashely Lizarme, «la Oficina Sanitaria Panamericana, la Fundación Rockefeller, la Organización Mundial de la Salud y la Oficina de Asuntos Interamericanos prestaron un importante apoyo para el desarrollo de investigaciones biomédicas, así como para la implementación de servicios de salud y el entrenamiento de personal sanitario» (Lizarme, 2021, p. 187).

Uno de los programas de colaboración más relevantes fue el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), creado en 1942 mediante un acuerdo bilateral entre los Gobiernos del Perú y los Estados Unidos, con el objetivo de «mejorar las condiciones de vida de la población» y modernizar la administración de la salud pública (Lizarme, 2024, p. 100). Uno de sus proyectos centrales fue el Saneamiento de la Cuenca Amazónica (Bustios, Chávez, & Murillo, 2019, p. 516). Para cumplir sus fines, se implementaron diversos servicios de atención sanitaria, entre los

que destacó la creación del Programa Nacional de Educación Sanitaria. Desde su instauración en 1952, este programa se propuso fomentar, proyectar, recuperar y rehabilitar la salud del individuo y de la colectividad, generando las herramientas necesarias para persuadir a la población a aplicar voluntariamente conocimientos orientados a una vida saludable (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1960, pp. 25-26). En este sentido, puede considerarse como un instrumento eficaz de occidentalización de la salud, al promover una versión moderna de educación sanitaria, tal como se analizará en el siguiente apartado.

2. Occidentalización vía la educación sanitaria

Desde la década de 1970, la atención primaria de salud adquirió reconocimiento como componente fundamental para la prevención de enfermedades. Este cambio paradigmático impulsó al Estado a implementar progresivamente programas de salud intercultural. Sin embargo, ya desde 1940 pueden identificarse iniciativas precursoras que fomentaban la colaboración entre comunidades rurales y profesionales sanitarios, particularmente en la Amazonía. La construcción de letrinas y pozos sépticos, por ejemplo, requirió de la participación activa de las poblaciones locales, evidenciando una doble intencionalidad: garantizar la materialización de estas infraestructuras sanitarias y, simultáneamente, promover la adaptación de las comunidades al uso de nuevas tecnologías higiénicas.

La adopción de paradigmas sanitarios que valoraban el cuidado de la fuerza laboral impulsó la ejecución de programas educativos en salud. En este contexto, en 1952 se estableció la Sección de Educación Sanitaria dentro del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública. Esta instancia se especializó en la formación de educadores sanitarios capacitados para mediar entre la población y el personal médico, empleando técnicas pedagógicas adaptadas. Los profesionales recibían una formación integral que combinaba un curso intensivo de tres meses en salud pública con énfasis en educación sanitaria, disciplinas complementarias como filosofía de la salud pública, problemas sanitarios nacionales, organización de servicios y control de enfermedades transmisibles, áreas técnicas como saneamiento, epidemiología, bioestadística y laboratorio clínico, y componentes sociales que incluían nociones de antropología, psicología y relaciones humanas. El plan de estudios también incorporaba el análisis de organizaciones nacionales e internacionales y los recursos comunitarios disponibles en materia de salud, lo que enriquecía sustancialmente la preparación profesional (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1956, p. 157). Esta formación multifacética buscaba consolidar la difusión del modelo médico occidental, al tiempo

que dotaba a los educadores de herramientas para abordar la complejidad sociocultural del trabajo sanitario en contextos rurales.

Los educadores sanitarios llevaban a cabo visitas periódicas a regiones estratégicas como Moyobamba y Tingo María, utilizando diversos medios de difusión educativa que incluían folletos informativos, programas radiales y proyecciones cinematográficas. Su metodología de trabajo se basaba en el contacto directo con las poblaciones locales a través de entrevistas individuales y asambleas comunitarias (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1956, pp. 166-167). La importancia adquirida por este programa motivó la creación de Departamentos de Educación Sanitaria en cada Unidad Sanitaria adscrita al Servicio. En Tingo María, por ejemplo, los educadores desarrollaron intervenciones focalizadas en comunidades como Shapajilla, Puerto Nuevo y Naranjillo, donde promovieron activamente la adopción de sistemas de agua potable y silos sanitarios (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1956, p. 44). En la provincia de Tarapoto (departamento de San Martín), los educadores establecieron alianzas con instituciones educativas locales para implementar programas de formación sanitaria. Una iniciativa notable fue la organización de comités vecinales que facilitaron la construcción de silos en el barrio de Partido Alto. Entre los logros más significativos destaca la intervención en la comunidad de Suchiche, donde mediante procesos de sensibilización se consiguió que la población participara en el secado de una laguna identificada como foco de riesgo epidemiológico (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1957, pp. 48-62).

El binomio salud – medio ambiente se consolidó como eje articulador de las políticas públicas sanitarias durante el siglo XX, promoviendo la transformación del entorno como estrategia preventiva (Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 1956, p. 28). Si bien las campañas higienistas buscaron masificar normas profilácticas, los registros oficiales –al priorizar la narrativa modernizadora– silenciaron sistemáticamente las respuestas comunitarias. Paradójicamente, estas mismas fuentes documentan la mortalidad causada por epidemias de viruela, sarampión y gripe, cuya propagación fue en ocasiones deliberadamente incentivada por agentes colonizadores (caucheros, mineros, comerciantes) mediante el reparto de objetos contaminados, estrategia de despojo territorial que provocó desplazamientos masivos hacia zonas selváticas remotas, gestando así el fenómeno contemporáneo de los «pueblos en aislamiento» (Espinosa & Fabiano, 2022).

El discurso sanitario oficial reducía la etiología de las enfermedades a procesos biológicos ambientales y prácticas culturales «incivilizadas». Esta visión contrastaba radicalmente con las cosmovisiones indígenas, donde

las epidemias movilizaban sistemas explicativos complejos que integraban dimensiones espirituales, ecológicas y sociales. Como señala Fernández, los asháninka, la salud —o el «estar sano»— dependía de mantener la armonía entre el cuerpo y el alma. Cuando este equilibrio se rompía, recurrían al conocimiento herbolario para restaurarlo. En este proceso, el liderazgo del *itincami* y la presencia del *sherípiari* (chamán) eran fundamentales, tanto para interpretar los fenómenos naturales como para mediar con los seres del bosque (Fernández, 2022). Los factores biológicos no eran considerados como las causas de las enfermedades, sino el contacto con otros grupos culturales que introdujeron males como el sarampión, la gripe, entre otros (Fernández, 2022).

La implementación de programas sanitarios en la Amazonía entre 1920 y 1960 evidenció una clara divergencia epistemológica. Aunque incorporaron esporádicamente a las poblaciones locales, estos proyectos mantuvieron un carácter hegemónico orientado a sustituir las medicinas tradicionales, lo que desde el marco del pluralismo médico puede entenderse como un proceso de subalternización de los saberes indígenas. El caso de la epidemia de sarampión de 1932 entre los yagua —que exterminó al 33% de su población (Chaumeil, 2022)— ilustra cómo la sedentarización forzada (*ridiwa*) intensificó la vulnerabilidad epidemiológica. Como señala Chaumeil (2022), este proceso no fue meramente demográfico: al concentrar poblaciones cerca de centros urbanos como Iquitos, se debilitaron las redes de chamanismo preventivo que tradicionalmente manejaban los brotes. Esta dinámica refleja lo que Menéndez (2016) identifica como «colonialismo médico», donde la biomedicina no solo desplaza, sino que activamente desacredita otros sistemas terapéuticos.

Para las comunidades indígenas, la incursión del hombre blanco alteraba el equilibrio entre naturaleza y seres humanos. Como documenta Chavarría (2022), este desorden cósmico (*jata* en lengua awajún) explicaba la aparición de enfermedades desconocidas. El concepto de *jata atspu* («tiempo sin enfermedad») aludía a un estado perdido tras la llegada de comerciantes y misioneros (Flores, 2022). Esta percepción, analizada desde la antropología médica, revela una ontología distinta: mientras la biomedicina buscaba agentes patógenos, los pueblos originarios entendían la salud como equilibrio relacional (Lock & Nguyen, 2010).

El Estado, en su proyecto colonizador, implementó políticas sanitarias que raramente consideraban estas cosmovisiones. Un ejemplo paradigmático fue la campaña antimalárica (1940-1950), en la que la recolección de muestras de sangre por parte del Instituto Lingüístico de Verano generó resistencia. La descripción indígena de los médicos como «monstruos

vampíricos» (Cueto, 1997, p. 186) simboliza una crítica al extractivismo biomédico que reducía los cuerpos a objetos de estudio. No fue hasta la década de 1980 que emergieron estrategias de mediación cultural, como las boticas comunitarias en Kusu Kubain y Huampami (Flores, 2022). Estas iniciativas, lideradas por técnicos sanitarios indígenas, ejemplifican lo que Langdon denomina «hibridación dinámica de las prácticas» (2018, p. 11). Es decir, la formación de un espacio donde plantas medicinales y fármacos coexistieron. Sin embargo, su reconocimiento institucional tardío (década de 1990) demostró los límites del pluralismo médico en contextos de poder asimétrico (Good, 1994). Como señala Flores (2022), incluso cuando los awajunes asumieron roles directivos, la llegada de especialistas no indígenas reinstaló jerarquías que cuestionaban su autoridad.

La persistente marginalización de los saberes médicos indígenas contrasta con la retórica estatal multiculturalista, evidenciándose con crudeza durante la pandemia de COVID-19. Mientras comunidades como los yaguas mantenían su preferencia por los *rimara* (especialistas tradicionales), el Estado impuso medidas sin adaptación cultural: cuarentenas que impedían el acceso a cultivos, campañas de vacunación sin diálogo previo y centros de aislamiento que violaban prácticas comunitarias. Como señala Ascarza (2021), grupos como los kandozis y chapras percibieron estas políticas como más amenazantes que el virus mismo, rechazando la vacunación por considerar que su impacto epidemiológico era menor que en zonas urbanas.

Al analizar el impacto desproporcionado de la COVID-19, las comunidades indígenas destacaron factores estructurales –falta de agua potable, desagües y electricidad– y el autoritarismo en las cuarentenas, más que las características del virus. Esta crítica refleja una advertencia histórica: como señaló Maxime Kuczynski hace un siglo, sin infraestructura básica y educación la medicina occidental tiene un alcance limitado. En 2018, el 61% de las poblaciones originarias carecía de acceso directo a establecimientos de salud y servicios básicos (Jara, Quispe, & Meléndez, 2002, p. 212), una realidad que también afectó a la comunidad shipibo-coniba de Cantagallo, en Lima. Pese a los esfuerzos estatales por imponer un modelo sanitario único, las prácticas médicas indígenas persisten, como se explora en la siguiente sección.

3. Respuestas en la Amazonía frente a la COVID-19: cierre de fronteras y uso de plantas locales

En el contexto de la Amazonía peruana, las respuestas ante la pandemia de COVID-19 presentaron particularidades significativas que permitieron identificar patrones comunes entre las poblaciones originarias. Un primer

elemento característico fue la implementación de medidas restrictivas al ingreso de foráneos en sus territorios. Esta reacción encuentra fundamento en la memoria histórica de estas comunidades, que conservan el recuerdo de epidemias devastadoras asociadas a la llegada de personas externas, como las ocurridas durante el auge cauchero a finales del siglo XIX. A esto se suma la conciencia colectiva sobre la precaridad estructural del sistema de salud nacional –particularmente acentuada en Lima– y la consecuente desconfianza en la capacidad estatal para responder eficazmente a crisis sanitarias (Gómez, 2021). Ejemplos concretos de estas medidas incluyen la decisión del gobierno territorial autónomo de la nación wampis (Amazonas, Loreto) de cerrar sus fronteras, así como las acciones emprendidas en Pucarquillo (Loreto), donde las autoridades locales no solo prohibieron el ingreso de personas ajenas a la comunidad, sino que organizaron un sistema autónomo de vigilancia y atención a enfermos. Patrones similares se observaron en diversas regiones del Ande peruano.

El aislamiento preventivo adoptado por estas comunidades presentó características distintivas respecto al modelo promovido por las autoridades nacionales. Mientras el Estado impulsaba una cuarentena de corte urbano –basada en el confinamiento de unidades familiares nucleares y en la responsabilidad individual–, las poblaciones amazónicas mantuvieron su organización social comunitaria. En estas sociedades, donde las actividades cotidianas se desarrollan predominantemente al aire libre y de forma colectiva, la solidaridad grupal constituye un elemento fundamental para enfrentar crisis sanitarias (Fraser, 2021). Contrario al paradigma occidental que prescribe el aislamiento absoluto del enfermo, en estas comunidades prevalece la práctica de acompañar a los pacientes graves mediante rituales colectivos como el canto de ícaros, considerados esenciales para el proceso de sanación. Este contraste generó tensiones significativas, como evidencian las intervenciones policiales en la comunidad shipibo-coniba de Cantagallo (Lima), donde las autoridades estatales interpretaron erróneamente las ceremonias de sanación como meras reuniones sociales con consumo de alcohol.

En el contexto amazónico, las dinámicas de subsistencia cotidiana requieren necesariamente del acceso continuo a espacios como chacras y áreas boscosas, ya sea para actividades de recolección, cultivo o cosecha. Esta necesidad se vincula con una concepción profunda del territorio que trasciende lo utilitario, estableciendo relaciones de carácter espiritual con la naturaleza, sustancialmente distintas a las predominantes en el mundo urbano occidental (Chávez & Turkewitz, 2020). En este marco, el confinamiento en unidades habitacionales con la familia nuclear durante períodos

prolongados resultaba inviable desde tres dimensiones fundamentales: la económica, la psicológica y la social.

Frente a esta situación, numerosas comunidades implementaron estrategias de dispersión territorial, abandonando centros urbanos densamente poblados para retornar a sus comunidades de origen o áreas de cultivo tradicional. Este patrón de movilidad, basado en el autoabastecimiento mediante productos de chacra, cumplía un doble propósito: reducir la exposición al virus en espacios urbanos congestionados y mantener la cohesión social en entornos comunales protegidos. Sin embargo, esta estrategia epidemiológicamente coherente se vio obstaculizada por las políticas estatales de asistencia económica, que condicionaban el cobro de bonos a la presencia física en entidades bancarias ubicadas precisamente en las ciudades con mayor densidad poblacional (como Iquitos), generando así focos de contagio (Gómez, 2021). La limitada disponibilidad de tratamientos biomédicos efectivos contra la COVID-19 impulsó el recurso a la medicina tradicional, particularmente al uso de plantas como ajíote, jengibre, eucalipto y matico. Este fenómeno no constituyó una novedad absoluta, pues en la región amazónica persiste una práctica constante de medicina integrativa que combina saberes tradicionales con aproximaciones occidentales. Como señalan Jara, Quispe y Meléndez (2002, p. 212), el bosque representa en la cosmovisión local una verdadera farmacopea natural, sustentada en un corpus de conocimientos ancestrales sobre las propiedades terapéuticas de la biodiversidad local.

Este sistema médico tradicional se enmarca en una concepción holística de la salud en la que el bienestar depende de: una alimentación adecuada (basada en pescado, yuca y plantas medicinales), el mantenimiento de equilibrios comunitarios y ecológicos, y la observancia de rituales que armonizan las relaciones con los espíritus de la naturaleza (Chávez & Turkewitz, 2020). El resurgimiento de estas prácticas durante la pandemia también respondió a las graves deficiencias estructurales del sistema de salud peruano en la región, evidenciadas en el colapso hospitalario, la escasez crítica de oxígeno medicinal, la insuficiencia de camas UCI y la falta de medicamentos esenciales³.

La respuesta solidaria de las comunidades amazónicas ante la COVID-19 constituyó un enfoque diferenciador, particularmente en lo concerniente al apoyo a los enfermos, incluso entre poblaciones originarias residentes en Lima. Este modelo contrastó radicalmente con el discurso neoliberal predominante que promovía la responsabilidad individual tanto en el ámbito económico como en el cuidado de la salud mental, además

3 Véase <https://saludconlupa.com/series/el-otro-peru/>

de prescribir el aislamiento absoluto en casos de contagio. La imposición de estos parámetros individualistas en contextos amazónicos evidenció una profunda incomprensión de las dinámicas sociales propias de estas poblaciones (Fraser, 2021).

El testimonio del artista shipibo-conibo Shimpukat Soria resulta ilustrativo al respecto. Según relata, las directrices ministeriales —que insistían en el confinamiento domiciliario y el lavado de manos frecuente— resultaban inaplicables en contextos donde las actividades comunitarias se desarrollan predominantemente al aire libre y donde el acceso a agua potable es limitado. Este desencuentro entre las políticas sanitarias estatales y las realidades locales motivó la organización de redes de apoyo transregionales. Un caso paradigmático fue la iniciativa de Soria, quien, al conocer el estado de un colega enfermo en Cantagallo (comunidad shipibo-coniba ubicada en el centro de Lima), coordinó con jóvenes de Pucallpa para recolectar y enviar hojas de matico (*Piper aduncum*), planta tradicionalmente empleada para el tratamiento de heridas y procesos inflamatorios (Fraser, 2021).

La experiencia relatada por Soria adquiere especial relevancia por su visión integradora, que combinaba saberes tradicionales con enfoques biomédicos para enfrentar la pandemia. Este caso no fue aislado, sino que formó parte de un sistema más amplio de reciprocidad comunitaria que vinculó a miembros de poblaciones originarias en distintos espacios geográficos. Estas redes tuvieron como objetivo primordial garantizar el bienestar colectivo mediante dos ejes fundamentales: el intercambio de plantas medicinales con propiedades terapéuticas validadas por la tradición, y la implementación de mecanismos de solidaridad intercomunal.

El testimonio de la lideresa y artista Olinda Silvano (comunicación personal, 23 de mayo de 2023) ejemplifica claramente la respuesta comunitaria frente a la pandemia en Cantagallo: «Nosotros decidimos como pueblos unidos, como pueblos indígenas, curarnos con nuestras plantas y no acudir al hospital. Porque en el hospital no te cuidan, te dan agua fría; en tu casa te dan agua caliente, te soban con agua caliente, te hacen tomar el matico con las plantas». Esta declaración revela tres aspectos fundamentales: la cohesión social como estrategia de afrontamiento, la centralidad de la medicina tradicional en los cuidados sanitarios y la percepción de los hospitales como espacios impersonales («fríos») en contraste con el calor del cuidado comunitario.

El sistema terapéutico implementado combinó el uso interno de plantas medicinales como eucalipto, kion, limón, cebolla y miel de abeja, con prácticas externas como el «humeo» (inhalación de vapores medicinales). Sin embargo, estas estrategias colectivas de sanación entraron en conflicto

con las medidas estatales. Silvano relata cómo las fuerzas policiales interrumpían sistemáticamente las reuniones de madres que practicaban curaciones tradicionales, desconociendo su relevancia dentro de la cosmovisión local de salud. Este choque paradigmático encuentra paralelos en otras regiones amazónicas, como lo evidencia el testimonio del religioso César Caro (comunicación personal, 15 de febrero de 2024) en el Vicariato de Loreto, donde la carencia absoluta de recursos en los puestos de salud obligó a la población a recurrir masivamente a preparados tradicionales (toronja con kion, limón y ajos). Esto no quiere decir que haya un rechazo a la medicina occidental, sino, por el contrario, una realidad de convivencia tanto por factores culturales como de acceso a la medicina occidental.

Reflexiones finales

Desde su constitución como Estado independiente en 1821, el Perú ha implementado políticas sistemáticas orientadas a la imposición de paradigmas médicos occidentales y científicistas en el abordaje de la salud. Este proyecto civilizatorio, sin embargo, ha enfrentado resistencias persistentes en su intento por erradicar las cosmovisiones y prácticas terapéuticas ancestrales vigentes en las comunidades indígenas andinas y amazónicas. La negativa de estas poblaciones a aceptar el monopolio epistemológico de la ciencia occidental ha dado lugar a un escenario plural donde coexisten –y en ocasiones se hibridan– sistemas médicos tradicionales y alópatas, configurando un panorama de medicalidad múltiple (Menéndez, 2005). Los esfuerzos por modernizar las condiciones sanitarias en la Amazonía adquirieron particular intensidad durante las décadas de 1930 y 1940, período en el cual destacaron figuras médicas como Maxime Kuczynski-Godard y Carlos Enrique Paz Soldán. Aunque estos profesionales mostraron cierta apertura hacia los saberes tradicionales –inusual para la época–, su enfoque permaneció circunscrito a parámetros eurocéntricos que subordinaban los conocimientos nativos a los criterios de la biomedicina (Cueto, 1997). Esta actitud ilustra lo que Pratt (2010) denominó «mirada imperial», donde el reconocimiento de alteridad coexiste con estructuras de dominación epistémica.

En la actualidad, si bien se han superado las nociones eugenésicas y los intentos de homogeneización cultural que caracterizaron períodos históricos anteriores, el debate sobre la relación entre la ciencia occidental y los saberes indígenas en el ámbito de la salud mantiene una marcada asimetría epistemológica. A pesar de la implementación formal de políticas multiculturales, persiste una significativa brecha entre el discurso oficial de respeto a la diversidad y las prácticas institucionales concretas. Como ya observara Kuczynski en su momento, las concepciones indígenas sobre la salud conti-

núan siendo frecuentemente descalificadas como «mágicas» o precientíficas dentro de los círculos médicos hegemónicos.

Esta jerarquización del conocimiento se hizo particularmente evidente durante la pandemia de COVID-19, cuando las medidas sanitarias dictadas por el Ministerio de Salud demostraron ser incongruentes con los modos de vida y sistemas de cuidado comunitario propios de las poblaciones amazónicas, tanto en sus territorios de origen como en contextos urbanos, como Lima. Frente a esta disonancia, las comunidades implementaron estrategias autónomas de protección que, si bien se situaban al margen de los protocolos estatales, resultaron funcionales a sus realidades específicas. El panorama actual presenta una paradoja: mientras el Estado peruano sigue privilegiando el modelo biomédico occidental en sus políticas públicas, en la práctica social se constata una creciente coexistencia de visiones plurales sobre la salud. Esta pluralidad, sin embargo, no está exenta de contradicciones. Se observa, en sectores medios y altos urbanos, una tendencia a la romanticización de las medicinas tradicionales, que frecuentemente conduce a procesos de exotización y descontextualización de las prácticas indígenas. Este fenómeno plantea nuevos desafíos, pues, mientras estas tradiciones son adoptadas de manera complementaria o secundaria por ciertos sectores sociales, las comunidades originarias que las sostienen siguen enfrentando barreras de reconocimiento en el sistema formal de salud.

Ante esta compleja realidad, se hace imperativo fomentar un debate riguroso que permita construir puentes epistemológicos genuinos entre el paradigma científico dominante y los sistemas de conocimiento no occidentales, evitando tanto la subordinación acrítica como la folclorización superficial de los saberes ancestrales.

Entrevistas

Caro, César. 15 de febrero de 2024.

Silvano, Olinda. 23 de mayo de 2023.

Referencias

- Armus, D. (2020, 16 de julio) ¿Cómo se narra el coronavirus?: incertidumbres e historias globales, *Revista Ñ – Ideas*. https://www.clarin.com/revista-n/ideas/-narra-coronavirus-incertidumbres-historias-globales_0_ot977nECw.html
- Ascarza, L. (2021, 11 de julio). La vacunación que evitó a la extinción de los kandoi y chapra. *Salud con Lupa*. <https://saludconlupa.com/noticias/kandozi-y-chapra-la-vacunacion-que-evito-la-extincion-de-dos-pueblos/>
- Barclay, F. (1991). Protagonismo del Estado en el proceso de incorporación de la amazonia. En F. Barclay et al. (Eds.), *Amazonia 1940-1990. El extravío de una ilusión* (pp. 43-100). Terra Nuova / Cisepa.

- Bustios, C., Chávez, M., Murillo, J. P. (2019). Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública: una historia de 20 años de colaboración con el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(4), 515-527.
- Carvalho, C. (1940). La obra formadora de la Conciencia Sanitaria del Ministerio de Salud Pública. *La Reforma Médica*, 337, 503-504.
- Chaumeil, J. (2022) Sádayanu, «La enfermedad soplada». Los yagua y las epidemias. En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds.), *Las enfermedades que llegan lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y la COVID-19*. Colección Estudios Amazónicos. Fondo Editorial de la PUCP.
- Chavarría, M. (2022). El concepto de salud, enfermedad, daño, muerte y después de la muerte entre los ese eja. En O. Espinosa & E. Fabiano (Eds.), *Las enfermedades que llegan lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y la COVID-19*. Colección Estudios Amazónico. Fondo Editorial de la PUCP.
- Chávez, Y., & Turkewitz, J. (2020, 30 de abril). En el Perú el virus provoca que miles de personas regresen al campo. *The New York Times*. <https://www.nytimes.com/es/2020/04/30/espanol/america-latina/peru-virus-migracion-caminantes.html>
- Cueto, M. (1997). *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX* (1.^a ed.). Instituto de Estudios Peruanos.
- Cueto, M. (2000). Un médico alemán en los Andes. La visión médico social de Maxime Kuczynski-Godard. *Revista Allpanchis*, 31(56), 39-74. <https://doi.org/10.36901/allpanchis.v32i56.603>
- Cueto, M. (2008). International health, the early Cold World and Latin America. *Canadian Bulletin of Medical History*, 25(1), 17-41. <https://doi.org/10.3138/cbmh.25.1.17>
- Espinosa, O., & Fabiano, E. (2022) La pandemia de la COVID-19 y la experiencia indígena ante las epidemias. En O. Espinosa y E. Fabiano (Eds.), *Las enfermedades que llegan lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y la COVID-19*. Colección Estudios Amazónicos. Fondo Editorial de la PUCP.
- Fernández, E. (2022). Los asháninka, la enfermedad y la curación. En O. Espinosa & E. Fabiano (Eds.), *Las enfermedades que llegan lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y la COVID-19*. Colección Estudios Amazónico. Fondo Editorial de la PUCP.
- Flores, M. (2022). «¿Antes no había enfermedad!» : memorias de contacto y resistencia entre los awajún del río Cenepa. En O. Espinosa & E. Fabiano (Eds.), *Las enfermedades que llegan lejos. Los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y la COVID-19*. Colección Estudios Amazónicos. Fondo Editorial de la PUCP.
- Fraser, B. (2021, 3 de marzo). COVID-19 en la Amazonía peruana: la lucha de los pueblos indígenas por sobrevivir. *Mongabay*. <https://es.mongabay.com/2021/03/covid-19-amazonia-peru-pueblos-indigenas-comando-matico-medicina-tradicional/>
- Gómez, R. (2021, 7 de julio). Wampis: la nación que volvió a cerrar sus fronteras para contener la COVID-19. *Salud con Lupa*. <https://saludconlupa.com/noticias/wampis-la-nacion-que-volvio-a-cerrar-sus-fronteras-para-contener-al-covid-19/>
- Gonzales, G. (2022). ¿Es Perú el país con mayor tasa de mortalidad en el mundo?: un análisis situacional. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 35(4), e701. <https://doi.org/10.36393/spmi.v35i4.701>

- Good, B. J. (1994). Medical anthropology and the problem of belief. En *Medicine, rationality and experience: An anthropological perspective* (pp. 1-24). Cambridge University Press.
- Jara, G., Quispe, U., & Meléndez, C. (2002). Conocimientos ancestrales y uso de plantas medicinales en la prevención y tratamiento de la COVID- 19 en el Perú. *Revistas de Investigación*, 46(108), 212. <https://doi.org/10.56219/revistasdeinvestigacin.v46i108.1175>
- Kuczynski, M. (1942). *Los escolares de Iquitos*. Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social.
- Kuczynski, M. (1944). *La vida en la Amazonía peruana: observaciones de un médico*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- La Crónica Médica. (1941). Campaña sanitaria en los departamentos de Nor Oriente. [Noticias]. *La Crónica Médica*, LVIII(931), 81.
- Langdon, E. (2018). Salud indígena en Brasil: pluralismo médico y autoatención. *Desacatos*, 58, 8-15.
- Lerner, A. (2017). Crecimiento urbano, salud pública y saneamiento en Iquitos (c. 1860-1980). En J. Lossio & E. Barriga (Eds.), *Salud pública en el Perú del siglo XX. Paradigmas, discursos y políticas* (pp. 19-44). Instituto Riva-Agüero.
- Lizarme, N. (2021). Prevenir y construir: el desarrollo de la ingeniería sanitaria en la salud pública peruana (1900-1962). *Historia*, 54(1), 185-213. <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-71942021000100185>
- Lizarme, N. (2024). *Prevenir, sanear y construir: ingeniería sanitaria, Estado y salud pública (1937-1962)*. [Tesis para obtener el grado de Magíster, Pontificia Universidad Católica del Perú]. Repositorio institucional de la Pontificia Universidad Católica del Perú <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/28163>
- Lock, M., & Nguyen, V. (2010). *An anthropology of biomedicine*. Wiley-Blackwell.
- Lossio, J. (2023). Panic, denial, and the search for «magic remedies»: The various social responses to COVID-19 in Peru. *História Ciências Saúde Manguinhos*, 20(supl., e2023031), 1-10. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702023000100031>
- Lossio, J., & Molina, A. (2023). *Historia económica del oriente peruano. Recolección, resistencia, adaptación y sostenibilidad*. BCR-IEP.
- Menéndez, E. L. (2005). Intencionalidad, experiencia y función: la articulación de los saberes médicos. *Revista de Antropología Social*, 14, 33-69. <https://www.redalyc.org/pdf/838/83801402.pdf>
- Menéndez, E. L. (2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(1), 5-16. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015211.20252015>
- Ministerio de Salud Pública Trabajo y Previsión Social. (1942). Almuerzo al Dr. George C. Dunham, General de Sanidad de los Estados Unidos. *Educación Sanitaria*, 7(12), 28-37.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1956). *Informe anual del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1957) *Informe anual del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública*. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. (1960). *El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública*. Lima: MSPyAS.
- Molina, A., Varela, A., & Lossio, J. (2020). *El río deja de ser: Introducción al estudio de la historia y la cultura contemporánea de la Amazonía peruana* (1.^a ed. digital). Instituto Riva-Agüero, Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://repositorio.pucp.edu.pe/server/api/core/bitstreams/7fd4f6cc-62f2-404a-bc0a-245b540425dd/content>
- Namuche, S. (2023). *Conocimientos y prácticas de la medicina tradicional en el tratamiento paliativo de COVID-19 y otras afecciones respiratorias en pobladores de una comunidad shipibo-conibo*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio institucional de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/item/e31a6bf4-63f9-4122-884d-8f638ec8fc62>
- Palma, P., & Lizarme, N. (2022). Epidemias en los márgenes: la peste bubónica (1903-1905) y el COVID-19 en el sur andino peruano. *Revista Ciencias de la Salud*, 19 (número especial), 1-23. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.10596>
- Palma, P., & Ragas, J. (2018). Enclaves sanitarios: higiene, epidemias y salud en el barrio chino de Lima, 1880-1910. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 45(1), 160-190. <https://doi.org/10.15446/achsc.v45n1.67555>
- Palma, P., & Ragas, J. (2019). Desenmascarando a los impostores: Los médicos profesionales y su lucha contra los falsos médicos en Perú. *Salud Colectiva*, 15(0), 1-13. <https://doi.org/10.18294/sc.2019.2162>
- Pratt, M. L. (2010[1992]). *Ojos imperiales: literatura de viajes y transculturación* (Ofelia Castillo, Trad.). Fondo de Cultura Económica.
- Rebagliati, R. (1941). La situación epidemiológica de Perú en 1939. *Boletín de la Dirección General de Salubridad*, 241-265
- Yzú, B. (2017). *La eugenesia peruana a partir de la vida y obra de Carlos Enrique Paz Soldán (1900-1965)*. [Tesis de licenciatura, PUCP]. <https://tesis.pucp.edu.pe/items/6c06376a-e02a-428d-a78c-656ef1153f88>