

Medicina tradicional en tiempos de epidemias: una mirada histórica al caso peruano (siglos XIX al XXI)

Traditional medicine in times of epidemics: a historical perspective on the Peruvian case (19th–21st centuries)

Jorge Lossio¹

¹Doctor en Historia de la Ciencia. Profesor principal, Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú. 

RESUMEN El artículo analiza la persistencia de la medicina tradicional en el Perú, desde el siglo XIX hasta la actualidad, en el contexto de la consolidación de la medicina académica occidental y, posteriormente, de la biomedicina, a través del estudio de tres casos: la epidemia de fiebre amarilla de 1868, las respuestas frente a la viruela y la vacunación entre los siglos XIX y XX, y la pandemia de covid-19. En estos tres casos se observa la tensión entre los esfuerzos del Estado por imponer un modelo biomédico y la persistencia de los saberes tradicionales. Entendemos medicina tradicional no desde una lógica de inmutabilidad, sino como sistemas en constante cambio y adaptación de saberes de otros sistemas. El artículo sostiene que estos episodios muestran la persistencia de distintas formas de entender y tratar la salud, caracterizadas por la articulación de prácticas terapéuticas, las relaciones desiguales entre sistemas médicos y la defensa de identidades y saberes culturales propios.

PALABRAS CLAVES Medicina Tradicional; Biomedicina; Epidemias; Pluralidad; Perú.

ABSTRACT This article analyzes the persistence of traditional medicine in Peru from the 19th century to the present, in the context of the consolidation of Western academic medicine and, subsequently, biomedicine, through the examination of three cases: the 1868 yellow fever epidemic, responses to smallpox and vaccination during the 19th and 20th centuries, and the COVID-19 pandemic. Across these three cases, tensions can be observed between state efforts to impose a biomedical model and the persistence of traditional forms of knowledge. We understand traditional medicine not as an immutable body of knowledge and practices, but rather as systems in constant transformation, incorporating and adapting knowledge from other systems. The article argues that these episodes reveal the persistence of different ways of understanding and treating health, characterized by the articulation of therapeutic practices, unequal relationships between medical systems, and the defense of distinct cultural identities and forms of knowledge.

KEYWORDS Traditional Medicine; Biomedicine; Epidemics; Pluralism; Peru.

Introducción

Entre los años 2019 y 2022 se vivió la pandemia de covid-19, que causó la muerte de 15 millones de personas en el mundo y más de 200.000 personas en el Perú. Durante la pandemia de covid-19, la población peruana recurrió a remedios y tratamientos de distintos orígenes: medicina tradicional amazónica, medicina tradicional andina, remedios caseros, ivermectina y medicina occidental. Pero más que usar exclusivamente uno u otro, lo que se vio en Perú fue un uso combinado de plantas como el matico o la coca, remedios caseros a base de kion y ajo, vaporizaciones con eucalipto, medicamentos occidentales, vacunación, etc. Es decir, la pandemia de covid-19 hizo visible la actual amplitud del mundo de la salud en el Perú⁽¹⁾.

En este artículo, analizamos la histórica tensión entre el afán del Estado peruano por imponer la medicina científica occidental como la única forma de entender la salud, y la popularidad de la medicina tradicional (andina, amazónica) en el Perú. El argumento central de este artículo es que, en distintos contextos epidémicos de la historia peruana, la pervivencia de la medicina tradicional se ha dado a pesar de los esfuerzos del Estado por promover la medicina occidental, por desterrar a curanderos, herbolarios, chamanes y parteras del mercado de la salud y por convencer a la población de la superioridad de la ciencia occidental. En el discurso estatal de los siglos XIX y XX, la medicina tradicional fue calificada de mágica y supersticiosa. La división entre medicina occidental y medicina tradicional no ha sido, entre los siglos XIX al XXI, una de compartimentos cerrados, por el contrario, son dos sistemas que se han prestado conceptos y prácticas una de otra. Los peruanos han optado, además, especialmente en tiempos de epidemias, por remedios de una y otra tradición, es decir, lo que ha primado es la convivencia de tradiciones⁽²⁾.

El antropólogo Eduardo Menéndez, en su artículo "Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica"⁽³⁾, nos da una serie de valiosas pautas para pensar la medicina tradicional. Rechaza la idea de una medicina heredada de forma intacta desde tiempos prehispánicos, algo que es evidente en el caso peruano. Rechaza además la idea de una medicina occidental totalmente opuesta a una medicina indígena en tiempos coloniales. Más bien, el autor nos muestra las muchas similitudes que hasta el siglo XIX mantuvieron ambas tradiciones, por ejemplo, en cuanto a la creencia en lo sobrenatural para explicar enfermedades y pensar curas, en cuanto a su pragmatismo, uso de hierbas, importancia del equilibrio, entre otras. Entre estos conceptos, nos interesa rescatar la noción de una medicina tradicional pragmática, que incorpora de distintas tradiciones lo que va hallando útil, y que permite pensar la medicina tradicional desde la articulación de saberes. Articulación en el sentido que va sumando conceptos y prácticas de las otras tradiciones médicas con las que se

encuentra, pero en cada suma va resignificando las lógicas de lo que entendemos como medicina tradicional⁽³⁾.

De igual manera, utilizamos el concepto de pluralismo médico. Si bien es un concepto trabajado por diversos autores, para este artículo lo usamos en el sentido que le da Bárbara Kazianka: "la noción de varios sistemas médicos simultáneamente disponibles a una misma población"⁽⁴⁾. En tal sentido, hay una coexistencia de sistemas médicos, en una relación que puede ser de cooperación o rechazo, en la cual los pacientes pueden moverse entre uno y otro sistema. Kazianka distingue

"...tres tipos de trabajos sobre pluralismo médico. El primero se trata de un sistema asimétrico, en el cual hay una medicina institucionalizada, legal, oficial y 'profesional' y una alternativa, no oficial, secundaria, ilegal y rara vez 'profesional'. El segundo es un sistema simétrico, en el que los representantes de los diversos tratamientos médicos son reconocidos como iguales. Y, por último, el tercer tipo se refiere a la integración, con el mismo valor y aprecio, de las diferentes medicinas en el plano de las ideas y prácticas"⁽⁴⁾.

En el caso peruano, a lo largo de la historia, nos hemos movido en estos tres planos. Ha habido asimetría por el creciente poder del Estado en temas de salud desde el siglo XIX, pero a la par la medicina tradicional andina y amazónica mantuvo un prestigio importante y fue usada de forma extensa por distintos sectores de la sociedad.

Como señala Eduardo Menéndez⁽⁵⁾, es común a toda sociedad que existan diferentes formas de atención de las enfermedades, aunque la biomedicina haya intentado monopolizar el saber terapéutico y haya usado las instituciones estatales para ello. La biomedicina se ha vuelto dominante, pero no ha desaparecido la religión, ni la medicina tradicional, ni la medicina alternativa en el uso público ante la aparición de una enfermedad. Es decir, hay una posición hegemónica de la biomedicina, pero no hay ni ha habido un monopolio, a pesar del respaldo del Estado. Siguiendo a Menéndez, el pluralismo médico es una realidad latinoamericana. Aunque la biomedicina goza del apoyo estatal, las poblaciones de la región usan una diversidad de tradiciones. Esta coexistencia puede ser tensa o subordinada, pero la población usa y se mueve de forma cotidiana entre una tradición y otra. De igual manera, es importante enfatizar, que no existen sistemas médicos impolutos, lo que ha habido es un traspaso y articulación continua de prácticas entre una tradición y otra desde tiempos coloniales y continúa hasta el día de hoy⁽⁶⁾. La medicina tradicional no es estática, ha cambiado, ha tomado elementos de la medicina occidental y de la biomedicina, hay adaptaciones y resistencias también a ciertas formas de entender las enfermedades que puedan provenir del mundo occidental, pero no es un sistema estático.

En este artículo nos interesa mostrar la importancia de la medicina tradicional en el caso peruano en tiempos de epidemias; en particular, este uso extenso de prácticas ajenas a la medicina científica en la población peruana, y cómo se ha mantenido hasta la actualidad la confianza en la medicina tradicional, a pesar de siglos de institucionalización de un sistema de salud estatal basado en la medicina científica occidental, de continua legislación destinada a reprimir a los practicantes no universitarios y los esfuerzos de desprestigio en un sector de la prensa contra la medicina tradicional a lo largo de los siglos XIX y XX. Para ello analizamos tres momentos históricos distintos: las epidemias de fiebre amarilla de la segunda mitad del siglo XIX; las respuestas frente a la viruela y la vacunación entre los siglos XIX y XX; y la pandemia de la covid-19. Trabajamos en contextos epidémicos pues estos revelan con mayor claridad las tensiones no resueltas entre el proyecto estatal de occidentalización de la salud y las prácticas tradicionales y ahora también alternativas que resisten y se complementan en el Perú.

La epidemia de fiebre amarilla

La medicina china y las epidemias de fiebre amarilla en la segunda mitad del siglo XIX

La migración china al Perú comenzó a mediados del siglo XIX, en el contexto de la abolición de la esclavitud en el país y la expansión de la economía exportadora basada en el guano, en el azúcar y la construcción de ferrocarriles. Entre las décadas de 1840 y 1870 llegaron aproximadamente 100.000 migrantes chinos especialmente jóvenes de la provincia de Cantón al Perú. Los migrantes fueron empleados recolectando guano, trabajando en las haciendas azucareras o en la construcción de ferrocarriles. Después de la Guerra del Pacífico (1879-1883), muchos migrantes chinos se instalaron en las ciudades y abrieron comercios de diversa índole. Pese a las difíciles condiciones, la comunidad china logró asentarse, formar redes comerciales y familiares y, con el tiempo, integrarse en la sociedad peruana, dejando una huella profunda en la cultura del país. Parte de esta huella fue en el plano médico y de la salud como bien lo ha trabajado la historiadora Patricia Palma⁽⁷⁾. Un aspecto que nos interesa rescatar de este caso es cómo las coyunturas epidémicas han contribuido a reordenar el sistema terapéutico y extender tradiciones médicas no occidentales.

En forma paralela a la llegada de la migración china, y en el contexto del boom del guano (1840-1870) que llevó a una intensa actividad comercial global y la llegada de barcos y comerciantes de todo el mundo, se desataron las primeras epidemias de fiebre amarilla en las ciudades costeras de Perú. La más devastadora fue la gran epidemia de fiebre amarilla de 1868, que enfermó al 10% y mató aproximadamente al 5% de la población

de Lima. La enfermedad se propagó rápidamente debido a las acequias abiertas, la infraestructura urbana y la falta de conocimientos sobre su transmisión por mosquitos. A mediados del siglo XIX los médicos universitarios de Lima debatían si la enfermedad se transmitía por el aire (miasmas) o por contagio directo de persona a persona, y utilizaban de forma complementaria las sangrías, purgas y el mercurio para tratar la enfermedad. El Estado, informado por la Sociedad Médica de Lima, ordenó cuarentenas en los puertos y el disparo de cañonazos para purificar el aire (es decir, combinó respuestas a las teorías miasmáticas y contagionistas). Como consecuencia de la epidemia se mandó construir el primer hospital moderno del Perú, el Hospital 2 de Mayo, y se procuró mejorar las condiciones de salud urbana (cubrir acequias, mejorar sistemas de recojo de basuras, entre otros). Como lo han estudiado Palma y Ragas, la élite médica del país culpó a los migrantes chinos de ser los responsables de las epidemias de fiebre amarilla por su falta de higiene, el consumo de opio y sus pobres hábitos alimenticios, y emprendió campañas contra los migrantes. Los prejuicios y ataques a los migrantes chinos se propalaron a través de la prensa, a través de artículos científicos, tesis médicas, caricaturas, entre otros⁽⁸⁾.

Palma nos muestra que se contó con el apoyo del Estado para impulsar estas campañas. Por ejemplo, se dictaminó legislación para impedir que los médicos chinos ejerzan su profesión en el Perú, bajo la idea de que sus títulos no estaban convalidados por el sistema universitario y eventualmente se impuso cuotas a la migración asiática. Desde los círculos médicos y las instituciones oficiales se les acusaba de charlatanería y se consideraba que sus prácticas eran peligrosas para la salud pública. Como lo han señalado Palma y Ragas, la Facultad de Medicina y el Estado impulsaron normativas que prohibían ejercer la medicina sin diploma universitario, restringiendo a los médicos chinos a la venta de hierbas, pero negándoles la capacidad de diagnosticar o tratar. A través de la prensa, los médicos los describen como “empíricos” (adjetivo usado a lo largo de la historia para desacreditar cualquier medicina no occidental) y los acusaban de ser una amenaza racial para el Perú. Este discurso racista y profesionalizante contribuía a excluir a los médicos chinos del mercado de la salud y a reforzar la autoridad de la medicina universitaria^(8,9).

Irónicamente, siguiendo a Palma y Ragas, la población limeña optó por buscar a los médicos chinos al reconocerles un mayor valor en el tratamiento de la fiebre amarilla. En particular, se prefirió de los médicos chinos el uso de hierbas y la acupuntura, frente a los métodos más intrusivos de los médicos universitarios como las sangrías y el uso del mercurio. De igual forma, generó interés la forma de diagnosticar, tomando el pulso, y la valoración a las historias personales y familiares de los pacientes, que iban de la mano con la tradición más andina de vincular la salud individual con la familiar y comunal. Los médicos chinos usaron tanto plantas y raíces

de su tierra como andinas, es decir, se produjo una hibridez de sistemas médicos característica de la historia peruana^(8,9).

Una mirada a la prensa de la época nos da cuenta de esta tensión entre el discurso oficial estatal y de la élite médica limeña contra la presencia de los migrantes chinos y su medicina, y las valoraciones más bien positivas de un amplio sector de la población limeña sobre los médicos chinos y sus tratamientos. Por ejemplo, en *El Nacional*, una crónica publicada el 12 de mayo de 1868, señala:

“Ello parecerá una broma, pero el hecho es que el chino médico cura y salva a los epidémicos, o por lo menos ha salvado a todos los que ha tomado a su cargo, y le solicitan con ahínco”.⁽¹⁰⁾

Entre un sector de la población se los reconocía por sus curaciones “milagrosas” y por haber salvado a enfermos desahuciados por la medicina occidental. Sus boticas eran caracterizadas como espacios con hierbas accesibles y eficaces, y eran frecuentadas por personas que encontraban en ellas una alternativa económica a los costosos e intrusivos tratamientos occidentales. En los comentarios publicados en la prensa, se les reconocía que aportaban un “contingente precioso de remedios y conocimientos” a la ciencia y al bien público⁽⁸⁾. Por ejemplo, una carta en el diario limeño *El Nacional*, fechada el 7 de agosto de 1877, agradecía sus curas “milagrosas”:

“La curación asombrosa hecha por el médico chino Lay San en mi hija menor de un año dos meses, María Elisa, después de haberse perdido toda esperanza de salvación y cuando se encontraba casi a las puertas del sepulcro, me impone el deber de expresar por medio de la prensa mi gratitud y reconocimiento hacia el expresado médico, a quien recomiendo no solo por su acierto, sino también por su consagración ejemplar”.⁽¹¹⁾

En la prensa, a nivel de los comentarios o cartas enviados por la población, se defendía el valor de la medicina china (principalmente, en las cartas de lectores) y se ve reflejado otro patrón de por qué se defendían tradiciones médicas ajenas a la occidental: la accesibilidad, el precio y la noción de la mayor eficiencia de ciertas tradiciones para ciertos males (así como la medicina occidental fue vista como válida para la viruela, la medicina china se consideró superior para la fiebre amarilla y la medicina tradicional andina para males como el susto o el mal de ojo). Los médicos chinos eran vistos como más expertos en fiebre amarilla, por considerar que era un mal que había existido en ese país por mucho más tiempo que en el Perú^(8,9). Sobre las boticas chinas encontramos la siguiente cita en el periódico *El Comercio* del 13 de noviembre de 1868:

“El crédito de que gozan y que han conseguido por sus curaciones durante la epidemia atrae un número considerable de compradores asiáticos y de otras nacionalidades; hemos notado que acuden con frecuencia tanto para proveerse de los medicamentos cuanto para hacerse asistir de los médicos que allí se encuentran”.⁽¹²⁾

El hecho que se enfatice que acudían compradores de otras nacionalidades, nos da cuenta de la popularidad de estos médicos y boticas entre distintos grupos sociales y étnicos. Por ejemplo, en *El Nacional* aparece en la sección comunicados:

“Por otra parte, la plena confianza que inspiran los médicos asiáticos a los enfermos, que reciben de sus manos una completa salud, después de largos sufrimientos y males angustiosos, nos imponen el deber, en nombre del agradecimiento, de defender a unos huéspedes benéficos, inteligentes e inofensivos”.⁽¹³⁾

Como lo han mostrado Palma y Ragas, esta preferencia de un sector amplio de la población por los médicos chinos durante las epidemias de fiebre amarilla a mediados del siglo XIX, en las que paradójicamente un sector de médicos universitarios y funcionarios estatales culpaban a los migrantes chinos de estas epidemias, son muestra de esta tensión entre el Estado y la medicina oficial con la realidad amplia y plural de la salud⁽⁹⁾.

A partir de los hallazgos de Palma podemos señalar que la medicina china no pervivió intacta ni fue usada únicamente por la comunidad migrante china. Pervivió de manera transformada y se insertó dentro de la pluralidad médica peruana. En la actualidad, diversas prácticas de la medicina tradicional china son usadas por los peruanos como la acupuntura, las ventosas, el taichi o herbolaria en conjunto con herbolaria andina y amazónica. Es decir, se ha incorporado en la diversidad de la salud peruana y es normal que los peruanos naveguen entre prácticas de un sistema y otro. Y como lo ha mostrado Palma en sus múltiples trabajos, las epidemias reordenaron la autoridad terapéutica y contribuyeron a legitimar esta tradición médica en el Perú⁽⁷⁾.

La viruela y la vacunación

Viruela, vacunación e indigenismo médico en el Perú

La conquista y colonización de los Andes desde el siglo XVI produjo transformaciones demográficas y sanitarias, y llevó también al encuentro de dos cosmovisiones en salud, la occidental y la andina. Al momento de la conquista, la medicina occidental se basaba en las ideas hipocrático-galénicas, que explicaban las enfermedades por el desequilibrio de los humores del cuerpo. De igual

manera, tanto en occidente, como en el mundo andino, las epidemias se asociaban con castigos divinos y factores morales. En la mirada andina la salud dependía de un equilibrio entre el individuo, la familia y la naturaleza. Las ofrendas a los Apus y el respeto a las normas familiares y sociales eran esenciales para evitar la aparición de enfermedades. En ambos sistemas, el andino y el occidental, las prácticas curativas recaían en plantas y rituales para congraciarse con los seres sagrados y una mirada sobre el equilibrio basado en oposiciones. Es decir, en el momento del encuentro no existían visiones totalmente opuestas en cuanto a la salud se refiere⁽¹⁴⁾.

El encuentro entre europeos y americanos implicó también la llegada de nuevas enfermedades al mundo andino, como el sarampión, el tifus y la viruela. De hecho, en el proceso de conquista de los Andes las enfermedades, frente a las cuales las poblaciones locales no tenían inmunidad, ocasionaron la muerte de millones de personas. Entre estas nuevas enfermedades, entre los siglos XVI al XX, la viruela fue la más temida y una que se propagó en forma epidémica de manera recurrente. Frente a la viruela, además de los remedios tradicionales andinos se incorporaron elementos de la práctica europea. Los curanderos andinos privilegiaron el uso de la hoja de coca, infusiones de muña, limpias para sacar el mal del aire y ofrendas a los Apus. Los curanderos también incorporaron elementos de la medicina occidental como ungüentos y sangrías y, a partir del siglo XVIII, la variolización a partir del pus de una persona enferma, práctica traída de Europa por médicos criollos limeños. Más aún, al ser la viruela una enfermedad traída por los españoles se entendía que el valor de la medicina occidental, en este caso, podría ser mayor por la experiencia más prolongada con esta enfermedad. Es decir, frente a la viruela lo que primó fueron intercambios y sincretismo antes que compartimentos estancos de ontologías médicas distintas⁽¹⁵⁾.

Un punto de quiebre en la historia de la lucha contra la viruela se produjo a fines del siglo XVIII con el desarrollo de la vacuna jennericiana en Inglaterra. El rey Carlos IV de España ordenó que se llevara este beneficio a todo su imperio, incluyendo las Américas. El médico José Salvany llegó al Virreinato del Perú con la vacuna jennericiana en 1805 y en los años siguientes viajó por la costa y la sierra promoviendo la vacunación y la creación de juntas conservadoras de la vacuna con médicos, párrocos y autoridades locales para asegurar su aplicación continua. De igual manera, el virrey Abascal fundó en Lima la Junta Central de Conservación de la Vacuna para promover la vacunación masiva de los peruanos, una de las primeras instituciones de salud pública nacionales. La expedición de la vacuna enfrentó dificultades logísticas esperadas (como mantener fresco el fluido vacuno), pero también, para los médicos que dirigían este esfuerzo, una inesperada resistencia local, desconfianza por parte de la población y desidia de algunas autoridades. Para los líderes de la expedición esto era consecuencia de la ignorancia y de la pervivencia de tradiciones médicas basadas en magia y hechicería⁽¹⁶⁾.

Estos esfuerzos continuaron tras la independencia, siendo que las autoridades republicanas estaban igualmente interesadas en bajar las altas tasas de mortalidad por enfermedades y epidemias. Sin embargo, el rechazo de un cierto sector de la población se mantuvo. Desde la Sociedad Médica de Lima, fundada en 1854, órgano que reunía a médicos universitarios y sus revistas, como la *Gaceta Médica de Lima*, se condenó el rechazo a la vacuna –que se atribuyó a la ignorancia de la población, a la pervivencia de tradiciones médicas no occidentales– y se condenó a curanderos y parteras en general. Los otros métodos que existían para tratar la viruela fueron tratados de inútiles y no científicos. Irónicamente, al mismo tiempo, las campañas nacionales de vacunación dependían del apoyo de empíricos, voluntarios, líderes locales, maestros de escuela, párrocos, entre otros, pues no existía aun un sistema de salud con presencia nacional. La vacuna fue usada y difundida por distintos actores en distintas partes del país, incluso en regiones donde la presencia de médicos universitarios era casi nula⁽¹⁷⁾.

En la década de 1860 empezaron las multas a los padres que no vacunaban a sus hijos y penas de trabajo comunitario para quienes no cumplieran con vacunar a sus hijos. Eventualmente, la vacunación fue hecha obligatoria por el Estado peruano en 1886, con penas variadas para quienes no acataran⁽¹⁸⁾. Un patrón que se ha repetido a lo largo de la historia ha sido el uso del Estado para imponer aquello que no era aceptado de forma voluntaria. Desde el siglo XIX el Estado obligó a los padres a presentar la constancia de vacunación de sus hijos antes de la matrícula escolar o encargó a los prefectos ordenar visitas acompañadas por soldados o jueces de paz para vacunar a la población rural, aun contra su voluntad. Sin embargo, una idea central de este artículo es que no hubo un rechazo total a la medicina occidental ni a la vacuna por parte de la población andina ni de los curanderos, más aún cuando la viruela había sido un mal traído por los españoles. Desde antes de la llegada de la vacuna jennericiana, el uso de las hojas de coca o rituales de limpia se combinaron con la variolización, sangrías y el uso de ungüentos que eran prácticas europeas. También se optó por contagiar a los niños como una forma de evitar la aparición de la enfermedad en su forma más dramática en la adultez⁽¹⁹⁾. Así mismo, en las primeras décadas del siglo XX, los médicos indigenistas promovieron una visión de la salud pública que integraba la medicina científica con los saberes y prácticas de la población andina.

El movimiento indigenista fue una corriente intelectual y cultural apoyada por un número importante de pensadores y artistas que tuvo una importante trascendencia en el país y en la región⁽²⁰⁾. Los indigenistas querían rescatar el valor de la cultura andina frente a aquellos que la veían con desprecio, algo común entre pensadores e intelectuales de Lima de fines del siglo XIX. Así como hubo artistas e intelectuales indigenistas, hubo médicos indigenistas que veían la vacunación como una herramienta útil para el bienestar colectivo,

pero reconocían que su aceptación requería educación y respeto a la cosmovisión local⁽¹⁸⁾. Más que la coerción, buscaron generar conciencia y educación, sin exigir una renuncia a la identidad cultural propia. De igual manera, los médicos indigenistas buscaron traducir el lenguaje médico occidental al mundo andino, no solo una traducción literal de la información médica a las lenguas locales (quechua y aymara), sino una explicación sobre su funcionamiento dentro de las lógicas de la cosmovisión andina. El caso de los médicos indigenistas y su visión de la salud pública nos muestra lo importante del elemento identitario en la salud, y la búsqueda consciente de ciertos sectores sociales de no perder sus tradiciones médicas por sentir que ello implicaba perder parte de una identidad cultural propia⁽¹⁹⁾.

La revista médica del movimiento indigenista *Runa Soncco*, liderada por Manuel Nuñez Butrón, nos muestra cómo respondió la medicina tradicional andina frente a las epidemias de viruela y la vacuna. Un testimonio de 1935, recogido en la revista, señala:

“Cuenta Apaza Ticona que sus padres lo habían hecho dormir en la cama de un varioloso con el fin de que sufriera de una vez la enfermedad a fin de que ‘sufriera de niño y no le diera de grande’”.⁽²⁰⁾

De igual forma, en un texto de 1948 publicado en la revista se defienden los conocimientos científicos de la población andina con respecto a la viruela, en particular, sobre la inmunidad:

“El indio conoce perfectamente el valor de la inmunidad y para ello sin haber conocido los principios Jennerianos de la vacunación científica [...] hace tiempo que tiene interés en la vacunación cruenta de hacer dormir a los niños junto al varioloso; de buscar las escamas para darlas a los que tienen necesidad de vacunarlos”.⁽²¹⁾

Parte del trabajo de los médicos indigenistas fue rechazar la noción del andino como ignorante, noción extendida en otros espacios de la sociedad peruana y de muchos médicos universitarios de la época. Como muestra el texto publicado en 1935, en la revista *Runa Soncco*, en el mundo andino muchas enfermedades se atribuían a acciones concretas de actores que buscan hacer algún daño o mal:

“Se discutió si la viruela solo daba a los malos como corrientemente se suponía y después de un largo debate se llegó a la conclusión que daba a los malos y a los buenos; pero principalmente a los que no se vacunaban [...] Dña. Andrea Salazar sostuvo que era por ‘susto’; Apaza dijo que era por ‘daño’; Ccati manifestó que era consecuencia de una ‘turca’”.⁽²⁰⁾

En el mismo texto, los médicos indigenistas de la época contrastan estas explicaciones basadas en superstición, versus las explicaciones científicas que ellos divulgaban entre la población, basadas en el contagio:

“Santiago Cama [...] les demostró que todo era una mentira de las que deberíamos apartarnos. Probó que la viruela daba por contagio y nada más que por contagio, sobre todo en las personas que no se vacunaban”.⁽²⁰⁾

También, se muestran algunas curas tradicionales frente a la viruela:

“Nosotros empleamos las papas de la Ccañillantajrirurun en forma de cocimiento; las cenizas del Mayu Iru en leche de burra; el agua de ayrampu; el cocimiento del Yurac Kemillo; las cenizas del cuerno y pelo de la taruca; la sangre o el caldo de la rana. [...] Para evitar las complicaciones de los ojos empleaban agua de rosas y [...] la mantequilla o el ‘unto sin sal’ no permitían que dejara tantas huellas”.⁽²⁰⁾

Estos remedios tradicionales se combinaban con la variolización y eventualmente con la vacuna. Los médicos indigenistas procuraban darles valor a ambos sistemas de modo general. Como se aprecia en el artículo de 1948, titulado “La viruela en el indio altipampino” y publicado *Runa Soncco*, órgano de los médicos indigenistas:

“Los métodos altipampinos y los científicos son casi iguales y solo se diferencian en el grado de intensidad de sus efectos”.⁽²¹⁾

En el mismo artículo se señala: “La vacunación Jenneriana no es más que una pequeña viruela”⁽²¹⁾, una forma de traducir y simplificar la ciencia detrás de la vacuna y hacerla más cercana a un método ya incorporado como el de la variolización. Pero, en este caso, no solo se trata de una imposición estatal, sino del esfuerzo de los médicos indigenistas por convencer del valor de una y otra tradición:

“La Sanidad ‘Rijchary’ estudia la psicología de los habitantes del medio y cuando ha conseguido convencer con sus propias ideas son los necesitados quienes vienen en busca de la ciencia”.⁽²¹⁾

El caso de la viruela y la vacunación en los Andes apoya la noción de Menéndez sobre una medicina tradicional pragmática, que incorpora de distintas tradiciones lo que va hallando valioso. La medicina tradicional no como una medicina estática, sino como una que articula y suma conceptos y prácticas de las otras tradiciones médicas con las que se encuentra⁽³⁾. Es un caso que

ahonda en lo que se quiere transmitir en este artículo de negar la noción de la medicina tradicional como un conjunto cerrado de saberes y de enfatizar que las epidemias aceleran el pluralismo médico.

La epidemia de covid-19

La medicina tradicional amazónica en tiempos de la covid-19

Durante la epidemia de covid-19, aunque el Estado promovió políticas y recomendaciones desde la biomedicina, la población peruana recurrió a la medicina tradicional amazónica, a medicinas alternativas y a la automedicación. Al analizar esta tensión en el siglo XXI, tal vez, una diferencia parcial sea que se han incorporado programas de salud multicultural en el sistema estatal peruano y en el discurso se valora la pluralidad médica, aunque no necesariamente en la práctica cotidiana ni en las respuestas estatales⁽¹⁾.

Desde los primeros meses de la pandemia, el Estado peruano optó por realizar campañas de información sobre el virus y las formas de contagio (con términos científicos poco comprendidos para la mayoría de la población); habilitar hospitales de emergencia; y, demandar aislamiento domiciliario (cuarentena nacional y toques de queda). Esta respuesta se articuló desde Lima, siguiendo una lógica vertical que asumió, en cierta medida, una homogeneidad del territorio nacional y la universalidad del conocimiento médico moderno. Sin embargo, la aplicación de estas medidas encontró obstáculos en un país donde más del 70% de la población económicamente activa trabaja en la informalidad y donde vastas zonas rurales carecen de servicios básicos (como acceso a agua potable y desagües)⁽²²⁾. De igual forma, y más importante para este estudio, la población activó sus propios mecanismos de respuesta basada en la medicina tradicional y en la memoria histórica de epidemias pasadas⁽¹⁶⁾.

Este uso de la medicina tradicional se enmarcó en un discurso identitario de defensa de prácticas propias que los habían salvado de epidemias en el pasado. Sin embargo, debemos enfatizar que cuando señalamos medicina tradicional lo hacemos siguiendo a Menéndez, bajo una lógica de una medicina que ha incorporado y se ha fusionado con distintas prácticas a lo largo del tiempo. Compartimos con él la idea de que no es posible pensar en una medicina tradicional anclada en el pasado o carente de influencias occidentales o de otras tradiciones⁽³⁾. De la medicina tradicional amazónica se recurrió al uso de plantas como el matico, la uña de gato, el ajo sachá, el eucalipto y la corteza de quina para aliviar síntomas respiratorios, preparar infusiones o baños de vapor y, en general, fortalecer el cuerpo frente a la enfermedad. En algunas ocasiones estas prácticas sufrieron la represión de las fuerzas del orden que asumieron que las reuniones para cantar icaros o practicar rituales de sanación

eran “fiestas” o “reuniones sociales” prohibidas en pandemia. Como han señalado Espinosa y Fabiano, estas prácticas no surgieron de la improvisación, sino de un sistema de conocimiento médico tradicional que, a lo largo de siglos, ha combinado observación empírica, ritualidad y experiencia comunitaria⁽²³⁾.

Dentro de las poblaciones originarias amazónicas hubo conciencia identitaria sobre el valor de los remedios tradicionales (eucalipto, kiñu, matico, cáscara de tortuga), la importancia de las plantas maestras y uso de explicaciones propias de por qué aparecían las enfermedades y las pandemias (desequilibrios y destrucción ambiental). También había una memoria histórica con relación a la aparición de epidemias, vinculada a la presencia foránea y la economía extractiva y un creciente rechazo o temor a instituciones de salud como los hospitales⁽²⁴⁾.

Mientras las explicaciones biomédicas de la covid-19 enfatizaron el papel del SARS-CoV-2 como agente causal y los mecanismos de transmisión de la enfermedad, en diversos discursos y prácticas de pueblos amazónicos la pandemia fue interpretada también en relación con alteraciones del equilibrio entre los seres humanos y el entorno, asociadas a procesos como la deforestación, la contaminación y las actividades extractivas y a una agencia propia de los espíritus de las enfermedades. De igual forma, se acusó un origen externo a este mal y se buscó protección cerrando las fronteras de las naciones indígenas o aislamiento en el monte⁽²³⁾. Numerosos pueblos amazónicos –awajún, kukama, yánesha, shi-pibo-konibo, entre otros– recurrieron a estrategias de aislamiento, control territorial y tratamientos tradicionales. Algunas comunidades cerraron el acceso fluvial a sus territorios, establecieron sistemas de vigilancia y organizaron redes de apoyo interno para los enfermos. Estas medidas, que recordaban prácticas ancestrales de defensa ante epidemias coloniales, se fundaban en una memoria histórica en salud⁽²⁴⁾.

Los pedidos estatales evidenciaron el divorcio entre la planificación central y las realidades locales. Los comunicados ministeriales pedían “quedarse en casa” y “lavarse las manos”, medidas inviables en espacios sin agua potable y donde la vida transcurre en espacios abiertos. Aunque muchos mensajes de salud pública eran traducidos a lenguas amazónicas, no se contempló las formas propias de entender la salud. Frente a la imposición de un lenguaje técnico y ajeno, los líderes indígenas reclamaron campañas de salud respetuosas de su cultura y realidad. Tampoco se aceptó la mirada individualista según la cual cada familia nuclear o individuo debía encerrarse en casa y aislarse completamente en caso de quedar enfermo. En el mundo amazónico, el acompañamiento al enfermo, especialmente cuando está grave, es parte fundamental del proceso de sanación⁽²³⁾.

Sin embargo, lo que nos interesa enfatizar en este artículo es que más que cerrarse a una u otra tradición, muchos curanderos y agentes comunitarios integraron remedios tradicionales con recomendaciones

biomédicas. Se usaron mascarillas y, eventualmente, en algunas personas, se aceptó la vacunación. El patrón histórico ha sido el de articular prácticas. Pero a la par, fue central el uso de plantas como eucalipto, matico, muña, ruda, molle, uña de gato, coca y ajo que fueron empleados como vapores, infusiones o ungüentos. Se popularizaron mezclas caseras de limón, kion (jengibre), ajo, miel, cebolla y eucalipto, y aparecieron “jarabes caseros antivirales” vendidos en mercados y por redes sociales. La medicina tradicional amazónica se usó y se popularizó más allá de la región en tiempos de la pandemia. Frente a una biomedicina que no hallaba respuestas, al menos en los primeros meses, la pandemia de covid-19 contribuyó a validar y extender la medicina tradicional amazónica a nivel nacional. No solo en cuanto al uso de plantas medicinales, sino también en cuanto a los cuestionamientos más amplios de por qué aparecían las enfermedades, vinculándose esto a la destrucción ambiental, la deforestación y la pérdida de un equilibrio entre los seres humanos y el medioambiente en su conjunto.

Reflexiones finales

En tiempos de epidemias y pandemias se hace más visible el pluralismo médico y el uso y valor que se le da a las medicinas tradicionales en el Perú. A nivel nacional, en medio de la pandemia de covid-19, hubo rechazo a los hospitales, de los que se decía que eran “lugares a donde se iba a morir”; a las clínicas, por los altísimos costos económicos; y, se rezó, a nivel nacional, al Señor de los Milagros, a San Roque y Santa Rosa de Lima como “protectores frente a la peste”⁽²⁵⁾. También fue muy popular el uso de la ivermectina, a pesar de que los científicos peruanos enfatizaban que su uso no tenía ningún valor contra el covid-19. La medicina alternativa, como la reflexología y el reiki, demostraron tener una presencia cada vez mayor⁽¹⁾. De igual forma, las epidemias aceleran cambios en los sistemas de las medicinas tradicionales y la adaptación de saberes y prácticas de otros sistemas.

En Perú el pluralismo ha sobrevivido a pesar de que el Estado históricamente ha defendido el valor de la biomedicina e incluso usó la coerción para desterrar a las medicinas tradicionales. Sin embargo, es importante enfatizar que las medicinas tradicionales no han sido sistemas estáticos, sino que son formas de pensar y tratar males que se renuevan constantemente y que se entremezclan con la medicina occidental, medicinas alternativas u otras formas de concebir la naturaleza y las enfermedades.

FINANCIAMIENTO

La investigación que da origen a este artículo se realizó sin financiamiento.

AGRADECIMIENTOS

Al vicerrectorado de investigación de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener vínculos o compromisos que condicionen lo expresado en el texto y que puedan ser entendidos como conflicto de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lossio J, Cruz M. ¿Qué hicimos mal?: Sociedad y Estado frente al COVID-19. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, Instituto Riva-Agüero; 2022.
2. Minaya-Martínez GE. Oportunidades y desafíos para la investigación en medicina tradicional y complementaria en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Integrativa*. 2023;8(1):4-5. doi: [10.26722/rpmi.2023.v8.n1.708](https://doi.org/10.26722/rpmi.2023.v8.n1.708)
3. Menéndez EL. Orígenes y desarrollo de la medicina tradicional: una cuestión ideológica. *Salud Colectiva*. 2022;18:e4225. doi: [10.18294/sc.2022.4225](https://doi.org/10.18294/sc.2022.4225)
4. Kazianka B. ¿El pluralismo médico como concepto adecuado en el contexto de la biomedicina “global” y la medicina indígena “local”? Un ensayo sobre la realidad médica de los mayas itzáes en San José, Guatemala. *Scripta Ethnologica*. 2012;34:39-68.
5. Menéndez EL. El modelo médico y la salud de los trabajadores. *Salud Colectiva*. 2005;1(1):9-32. doi: [10.18294/sc.2005.1](https://doi.org/10.18294/sc.2005.1)
6. Menéndez E. La enfermedad y la curación ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades*. 1994;4(7):71-83.
7. Palma P. Sanadores inesperados: medicina china en la era de migración global (Lima y California, 1850-1930). *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*. 2018;25(1):13-31. doi: [10.1590/S0104-59702018000100002](https://doi.org/10.1590/S0104-59702018000100002)
8. Palma P, Ragas J. Enclaves sanitarios: higiene, epidemias y salud en el Barrio chino de Lima, 1880-1910. *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*. 2018;45(1):159-190. doi: [10.15446/achsc.v45n1.67555](https://doi.org/10.15446/achsc.v45n1.67555)
9. Palma P, Ragas J. Desenmascarando a los impostores: los médicos profesionales y su lucha contra los falsos médicos en Perú. *Salud Colectiva*. 2019;15:e2162. doi: [10.18294/sc.2019.2162](https://doi.org/10.18294/sc.2019.2162)
10. El Nacional. Médico chino. *El Nacional* (Lima). 1868;III (802):3.
11. El Nacional. Gratitud. *El Nacional* (Lima). 1877;XII(3750):3.
12. El Comercio. Botica de chinos. *El Comercio* (Lima). 13 de noviembre de 1868.
13. El Nacional. Médicos asiáticos. *El Nacional* (Lima). 1867;XII (3807):3.
14. Villena-Pacheco AE. Cosmovisión andina de la vida, la salud y la enfermedad. Lima: Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú; 2022.
15. García Cáceres U. La implantación de la viruela en los Andes, la historia de un holocausto. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2003;20(1):41-50.

16. Lossio J. Pandemias y salud pública: historias de cuarentenas y vacunaciones. Lima: Ministerio de Cultura, Proyecto Especial Bicentenario de la Independencia del Perú; 2021.
17. D'Ornellas E. Editorial. Gaceta Médica de Lima. 1858;(41):193-194.
18. Redelfs AH, Donoso Naranjo PG, Guillén Núñez MDPL. Manuel Núñez Butrón (1900-1952): rijcharismo and rural social medicine in Peru. *American Journal of Public Health*. 2021;111(10):1825-9. doi: [10.2105/ajph.2021.111.10.1825](https://doi.org/10.2105/ajph.2021.111.10.1825).
19. Cueto M. El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX. Lima: Instituto de Estudios Peruanos; 1997.
20. Runa Soncco. Viruela. Runa Soncco. 1935;(4):10-11.
21. Kaska Runa. La viruela en el indio altipampino. Runa Soncco, 1948;(10):6-8.
22. Loayza N. Causas y consecuencias de la informalidad en el Perú. *Revista Estudios Económicos*. 2008;(15):43-64.
23. Espinosa O, Fabiano E, editores. Las enfermedades que llegan de lejos: los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2022.
24. Chaumeil JP. Sánduyan, "la enfermedad soplada": los yagua y las epidemias. En: Espinosa O, Fabiano E, editores. Las enfermedades que llegan de lejos: los pueblos amazónicos del Perú frente a las epidemias del pasado y a la COVID-19. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú; 2022. p. 27-34.
25. Nieto-Sanchez C, Dens S, Cisneros J, Solari K, De Los Santos M, Vega V, et al. From risk factors to disease situations: a socio-spatial analysis of COVID-19 experiences in Lima, Peru. *Social Sciences & Medicine*. 2024;362:117413. doi: [10.1016/j.socscimed.2024.117413](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117413).

FORMA DE CITAR

Lossio J. Medicina tradicional en tiempos de epidemias: una mirada histórica al caso peruano (siglos XIX al XXI). *Salud Colectiva*. 2026;22:e6175. doi: [10.18294/sc.2026.6175](https://doi.org/10.18294/sc.2026.6175).



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0). <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Atribución — Se debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciante. Sin restricciones adicionales — No se pueden aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras personas a hacer cualquier uso permitido por la licencia.

Recibido: 15 mar 2026 | Versión final: 27 ago 2026 | Aprobado: 11 sep 2026 | Publicado en línea: 15 sep 2026