

Prácticas culturales y medicina tradicional en la gestión del COVID-19, comunidad quechua de Hualla, Ayacucho, Perú

Cultural practices and traditional medicine in the management of COVID-19, quechua community of Hualla, Ayacucho, Peru

Mario Maldonado Valenzuela* <https://orcid.org/0000-0001-6323-1488>
 Nolberto Claudio Rojas Porras** <https://orcid.org/0000-0003-0451-4511>

Resumen

Este estudio examina cómo la población del pueblo quechua de Hualla, Perú, ha gestionado la COVID-19 en el contexto de crisis del sistema de salud pública. Para ello, se recurrió al método etnográfico, se entrevistó a personas con síntomas del virus y se recopiló información del personal del Centro de Salud de Hualla, entre abril 2021 y junio 2022. Los resultados muestran que los comuneros recurrieron a los saberes de la medicina tradicional, que ha comprendido el uso de plantas medicinales, ritos curativos e invocaciones a los seres divinos; así como también a la organización comunal, que ha permitido adaptarse a la nueva situación y mostrar la capacidad de agencia. Se concluye que las estrategias utilizadas por la población para hacer frente a la pandemia no solo han permitido contrarrestar los efectos de la enfermedad pandémica, sino también ha resultado una forma de resistencia cultural ante la hegemonía de la biomedicina y el control del cuerpo por parte del Estado.

Palabras clave: Comunidad quechua; COVID-19; Medicina tradicional; Organización comunal; Resistencia.

Abstract

This study examines how the Quechua population of the village of Hualla, Peru, managed the COVID-19 pandemic in the context of a public health system crisis. An ethnographic method was employed to this end, including interviews with individuals exhibiting symptoms of the virus and the collection of information from the staff at the Hualla Health Center between April 2021 and June 2022. The findings reveal that community members relied on traditional medical knowledge, such as the use of medicinal plants, healing rituals, and invocations to divine beings, as well as on communal organization. These strategies enabled them to adapt to the new situation and demonstrate their agency. The study concludes that the strategies adopted by the population not only helped to mitigate the effects of the pandemic, but also constituted a form of cultural resistance against the hegemony of biomedicine and the state's control over the body.

Keywords: Quechua community; COVID-19; traditional medicine; communal organization; resistance.

Fecha de recepción: 04-12-2024 **Fecha de aceptación:** 14-04-2025



Según la Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020), la enfermedad del COVID-19, causada por el SARS-CoV-2, es altamente contagiosa que apareció en Wuhan, China, en diciembre de 2019. En marzo de 2020, fue declarada como pandemia global, propagándose rápidamente y afectando a personas de diversos contextos socioculturales y económicos. La pandemia impactó profundamente en todos los aspectos de la vida. Sousa Santos (2020) señala que provocó "miedo caótico y muerte sin fronteras... sometiendo a la población mundial a una crisis económica" y ha generado situaciones de gran complejidad nunca antes enfrentadas por la humanidad (De la Cruz, 2021).

En el Perú la pandemia fue letal, causando la muerte de 222.161 personas¹. Durante la primera ola, registró la mayor tasa de mortalidad en el mundo por cada 100.000 habitantes²; esto fue debido a la precariedad en la capacidad de atención y cobertura del sector salud y las profundas desigualdades sociales (Ulfe, 2021). Los más vulnerables fueron los trabajadores informales, las mujeres, los migrantes venezolanos, los niños, los adolescentes, los jóvenes, la población penitenciaria, los ancianos y las comunidades amazónicas, debido a sus condiciones precarias y los recursos

1 Sala situacional de COVID-19 Perú, al 02 de septiembre de 2023.

2 <https://elpais.com/internacional/2021-06-01/peru-eleva-de-68000-a-180000-los-muertos-por-la-pandemia-de-la-covid-19.html>

* Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho, Perú. Correo electrónico: mario.maldonado@unsh.edu.pe

** Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga. Ayacucho, Perú. Correo electrónico: nolberto.rojas@unsh.edu.pe

limitados (Portocarrero, et al., 2020); situación que el gobierno nacional intentó ocultar con discursos retóricos que exaltaban la heroicidad de militares, policías, enfermeras y personal de limpieza pública.

En la región de Ayacucho, la pandemia también tuvo un fuerte impacto. Alcanzó una tasa de letalidad de 4,36% y ocasionó la muerte de 2.438 personas³. Así mismo, puso en evidencia la precariedad del sistema de salud, que carecía de médicos, camas, oxígeno, medicamentos y espacios adecuados para atender a los pacientes. Según Vergara (2023) y Jiménez (2021), ante las deficiencias del sistema sanitario, la población se vio obligada a recurrir a sus propios medios. Esto incluyó convertir sus hogares en hospitales familiares, donde los miembros de las familias se convirtieron en personal empírico en atención de pacientes, utilizando conocimientos ancestrales para tratar la enfermedad y apoyarse en la solidaridad para protegerse.

La población rural no estuvo exenta de la enfermedad. La situación fue aún más complicada, pues la capacidad de respuesta de los establecimientos de salud llegó a ser nula. En esas condiciones, era de esperar una catástrofe. Sin embargo, la tasa de mortalidad y letalidad de la pandemia fue bastante baja. Esto se debe a un conjunto de estrategias que se desarrollaron, como el tratamiento con la medicina tradicional y las prácticas culturales, así también con la organización comunitaria (Alanoca et al., 2025; Pesantes y Gianella, 2020).

La población de Hualla (Ayacucho) lo padeció, de 2.189 habitantes fallecieron dos, mientras hubo 88 casos positivos⁴. La baja tasa de incidencia de COVID-19 pasa por estudiar las estrategias de resiliencia que desarrollaron para atenuar sus efectos, como la experiencia y los saberes en el campo de la medicina tradicional y la capacidad de organización, fundamentada en la cosmovisión andina que concibe la salud y la enfermedad como un equilibrio continuo entre la persona, la colectividad y su relación con el entorno natural y sobrenatural. Así, la enfermedad no solo es un fenómeno biológico, sino también es una experiencia culturalmente construida. (Kleinman, 1980).

La medicina no debe entenderse simplemente como una forma de interpretar la salud y la enfermedad, ni como un método de curación único. Cada cultura tiene una manera propia de ver el fenómeno de la enfermedad y esa diversidad cultural enriquece la gama actual de enfoques terapéuticos (Comelles & Martínez, 1993). La enfermedad de COVID-19 en las comunidades andinas y amazónicas del Perú, ha tenido particulares consideraciones y tratamientos, materia de investigaciones como las realizadas por Jiménez (2021), Alanoca et al., (2025), Giesecke (2024), Ulfe (2021), Romio et al., (2022), entre otros, que han hecho aportes importantes en cuanto al uso de la medicina tradicional, las estrategias de sobrevivencia, el rol de los actores sociales y políticos, entre otros temas. Con esto, se ha visibilizado la funcionalidad de aquella medicina. Sin embargo, a nuestra consideración, el uso de la medicina tradicional no solo permite contrarrestar los efectos de la pandemia, sino que también fue una forma de resistencia cultural ante la hegemonía de la biomedicina y el control del Estado.

Para desarrollar aquella propuesta se ha optó por el estudio en la comunidad de Hualla, cuyas prácticas culturales para la prevención y tratamiento de los síntomas de COVID-19 resultaron diversas y complejas. El uso de las plantas medicinales, infusiones y baños de vapor, rituales, dietas e invocaciones espirituales, no se han limitado al tratamiento de los pacientes COVID-19, sino que también fueron un vehículo de resistencia cultural expresada en narrativas de valoración de lo suyo.

Para entender las narrativas y procedimientos, asumimos el enfoque del sistema médico popular propuesto por Kleinman (1980), que considera cómo una práctica culturalmente estructurada de interpretación, cuidado y tratamiento de las enfermedades, que se despliega dentro del ámbito doméstico y comunitario, no es un simple complemento del sistema biomédico, sino un universo coherente de prácticas, creencias y saberes que permite a las personas dotar de sentido a su sufrimiento, tomar decisiones terapéuticas y afrontar el malestar con los recursos materiales y simbólicos que tienen a su alcance. Este sistema se fundamenta en la experiencia cotidiana del cuerpo, el lenguaje moral de la comunidad y las formas locales de conocimiento que articulan lo físico, lo emocional y lo espiritual. En este sentido, las plantas medicinales, los rezos, los rituales, los conocimientos heredados y las redes familiares y vecinales no son expresiones de ignorancia, sino parte de un sistema que responde a la necesidad humana de comprender y manejar el sufrimiento desde una lógica integral e históricamente situada. Por consiguiente, tiene una racionalidad terapéutica propia, dotada de eficacia cultural.

Materiales y métodos

Se utilizó el método etnográfico para recolectar información empírica, a través de la observación y entrevistas. El trabajo de campo se llevó a cabo en dos períodos: entre abril y noviembre de 2021, y entre enero y junio de 2022.

3 Informe de la Dirección Regional de Salud Ayacucho, 2021

4 Reporte estadístico del Centro de Salud de Hualla, 2022

En ese tiempo se entrevistó a un total de 10 personas: cinco hombres y cinco mujeres adultos con síntomas de COVID-19. La entrevista semiestructurada se centró en las prácticas y tratamientos culturales frente a la enfermedad, así como también en la representación social que tenían de la entidad pública de salud. Todas fueron grabadas y posteriormente transcritas. También se realizó entrevista informal al personal del Centro de Salud de Hualla, quien dio testimonio sobre su intervención en atención a pacientes COVID-19. Paralelamente, se observó las medidas adoptadas por la población, así como las dinámicas socioculturales y las emociones predominantes, como la tristeza, la preocupación, estrés y el miedo, las cuales fueron registradas en el cuaderno de campo.

Caracterización sociocultural de Hualla

El distrito de Hualla pertenece a la provincia de Fajardo, en la región Ayacucho, Perú. Se trata de un pueblo ancestral, habitado en época incaica por el grupo étnico denominado de los pabres. Durante el período colonial fue integrado al partido de Vilcashuamán. Su capital se ubica a 3.423 msnm, y el territorio distrital abarca diversos pisos ecológicos. Hualla es un típico pueblo quechua, con una población total de 2.189 habitantes, de los cuales 1.953 (89,2 %) residen en la capital distrital, considerada como área urbana, y 236 (10,8 %) en zonas rurales (INEI, 2018). Esta población se encuentra conectada tanto con la capital regional como con la capital de la república a través de la carretera. Asimismo, los medios de comunicación —radio, televisión y telefonía celular— lo integran no solo con el país, sino también con el mundo.

La mayoría de la población se dedica a la actividad agropecuaria de carácter extensivo y orientada a la autosuficiencia, cuyo desarrollo está estrechamente vinculado con las concepciones y rituales de la religión andina, a los que han incorporado elementos del catolicismo. Esta fusión se manifiesta en la celebración de rituales y fiestas patronales, como San Pedro y San Pablo, vinculadas con el final de la cosecha, que en la concepción andina se relaciona con el agradecimiento a la *pachamama* (madre tierra). Asimismo, las festividades en honor a Santa María Magdalena y San Marcos se relacionan con los rituales del agua, celebrados durante el mes de julio. Ambas festividades expresan el sincretismo religioso, en el que los elementos andinos prevalecen simbólicamente sobre los católicos.

El cuidado de la salud en la comunidad está a cargo del Centro de Salud de Hualla, conformado por un equipo básico de atención primaria que incluye un médico general, dos odontólogos, un psicólogo, un biólogo, dos obstetras, tres enfermeros y tres técnicos de enfermería. Este establecimiento brinda servicios de salud desde una concepción biomédica, ejerciendo vigilancia sobre los cuerpos. No obstante, la población también recurre a la medicina tradicional, entendida como “los saberes ancestrales y prácticas terapéuticas transmitidas de generación en generación, basadas en el uso de plantas, rituales, dietas y conocimientos espirituales” (OMS, 2002). La población es depositaria de los saberes relacionados con las epidemias. Según Oré (2022), durante el siglo XIX Hualla fue afectada periódicamente por brotes de viruela, que causaban la muerte de numerosos niños, mientras que los adultos eran víctimas del tifo y la fiebre tifoidea. Las epidemias continuaron durante el siglo XX, y un episodio aún presente en la memoria colectiva es el brote de sarampión ocurrido en la década de 1970, el cual casi “ha llegado a exterminar a los niños menores de 5 años de la comunidad” (M.V. S, comunicación personal, 2021).

Las crisis sanitarias provocadas por diversas epidemias han dejado un importante legado de saberes sobre cómo enfrentarlas, al decir de Romio et al., (2022, p. 10), formaron parte de la memoria de larga data sobre resiliencia y resistencia a la llegada del COVID-19, lo que ha reactivado en las representaciones sociales de la población desde la cual interpretaron la enfermedad y el manejo de la misma.

La visión cultural de la salud-enfermedad en Hualla

La salud del individuo en el mundo andino se define como sinónimo de equilibrio entre fuerzas naturales (medio físico), sociales (comunidad) y espirituales. El quiebre del equilibrio, la desarmonía, genera enfermedad (Delgado, 1984; Kleinman, 1980; Chambi et al., 1997). El enfermo “es una persona que ha perdido el equilibrio, tanto físico como emocional; ello afecta sus relaciones con la comunidad, convirtiéndose en una persona enferma y por lo tanto dependiente del grupo para curarse” (Camino, 1992, p. 69). La restauración del equilibrio corre a cargo de la medicina tradicional, que funciona dentro de una cosmovisión integradora, en la que el cuerpo, la comunidad, el entorno y lo espiritual están conectados (Kleinman, 1980; Chambi et al., 1997).

Los pobladores de Hualla también conciben la salud y la enfermedad en los términos expuestos. La enfermedad es considerada un ente viviente, que camina, visita y se va, pero también se molesta, cuando no lo tratan bien. (Manero y Realí, 2021, p. 60). Se enfurece cuando el paciente reniega o emplea medicamentos farmacéuticos para curarse. Habita en la persona (Chambi et al., 1997), se integra a la familia durante su estadía. Una entrevistada declara “cuando nos visita el *unquy* (la enfermedad) se trata con cariño, se conversa y se atiende” (M. V. S., comunicación personal, 2022).

En ese entendido, “el diagnóstico de las enfermedades debe ser con respeto y confianza entre el paciente y el especialista tradicional” (Conneely, 1997, p. 9).

La recuperación de la salud implica restituir el equilibrio sociocultural y ecológico, tarea que recae en el *hampiq* (curador) tradicional, quien es miembro de la comunidad, que tiene el don de sanar mediante rituales, plantas medicinales y pócimas, saberes transmitidos de generación en generación. El *hampiq* realiza el diagnóstico a través de diversas prácticas como el rastreo con hojas de coca y/o granos de maíz, la toma del pulso, la indagación sobre los sueños del paciente, su alimentación, el horario de aparición de los síntomas, entre otras pesquisas. El ritual de sanación se centra en atender los requerimientos de la enfermedad y, para facilitar su partida, se prepara un fiambre como para una persona. “Se despiden con las mejores frutas, cancha, caramelos, galletas, coca y cigarrillos. Con mucho respeto se le dice, ‘ahora puedes irte’, diciendo, y se va solita. Así hemos pasado muchas enfermedades” (M. V. S., comunicación personal, 2022). Esta concepción es similar en los indígenas aymaras (Chambi et al., 1997; Alanoca et al., 2025).

Esta es la narrativa de la enfermedad compartida por la comunidad, que no solo alude al malestar, sino también expresa cosmovisiones, normas, temores y valores colectivos, organiza el acceso al tratamiento, orienta la búsqueda de ayuda y legítima. En el contexto de la presencia de COVID-19 en Hualla, aquello fue entendido desde la narrativa que tenían sobre la enfermedad, considerada dentro de la categoría de *Puriq Unquy*, “una enfermedad que transita, el cual está referido al contagio” (Alanoca et al., 2025, p. 88). Las familias asumieron los cuidados preventivos y tratamientos desde su narrativa de enfermedad, valiéndose de sus conocimientos, de “las costumbres aprendidas y transmitidas de generación en generación, sobre el uso de la medicina tradicional” (Ascorbe-Amaya et al., 2023, p. 287). Así, la memoria sobre la narrativa cumple una función práctica en el tratamiento de la enfermedad.

La llegada de COVID-19 a la comunidad

Si bien la enfermedad en cuestión apareció en China, las noticias no tardaron en llegar. Antes del 15 de marzo de 2020, en el Perú solo se oían noticias vagas y lejanas sobre la enfermedad mencionada. En primer momento el COVID-19 llegó a Hualla como noticia a través de los medios de comunicación; la población veía lejano el problema, de ahí que una parte de los habitantes no le daba mucha importancia ni mostraba preocupación, decían que “la enfermedad solo afectaría a la costa o a las ciudades, mas no así a la sierra por la altitud en la que vivían” (L.T., comunicación personal, 2021). No faltaron quienes calificaron de una invención, atribuyéndolo al gobierno o a las élites adineradas. Mientras, otros reconocían la gravedad de la enfermedad. En esa línea, los evangélicos calificaron de castigo divino, afirmaban que “se estaba viviendo los últimos días, tal como lo menciona la Biblia” (N. I., comunicación personal, 2022).

En un segundo momento, llegó como miedo, a consecuencia de las noticias que informaban sobre la alta tasa de mortalidad y rápida propagación del virus. El arribo de la enfermedad a los poblados rurales lo hizo inminente. La población sentía muy de cerca el problema: “nos asustamos mucho cuando escuchamos que estaba por llegar. Dijimos que nos afectaría a todos, que todos nos enfermaríamos, así lo pensamos y nos llenamos de miedo” [...] “nos decían que nos mataría a todos, que no debíamos juntarnos” (N. I., comunicación personal, 2022); así fue como lo escuchamos. Los imaginarios del miedo inundaban la comunidad, la idea del peligro comenzaba a rondar las casas, recordándoles la fragilidad de la vida y obligándolos a pensar en qué hacer cuando llegara la enfermedad. En esa situación, la memoria y la tradición recobraron mucha vitalidad. Era común que los jóvenes preguntaran a personas mayores “qué han hecho en el pasado cuando se presentaron epidemias” (M. M. V., comunicación personal, 2021), mientras la población exigía a las autoridades a tomar medidas preventivas bajo la consigna de “no dejar ingresar a personas procedentes de otros lugares” (V. A. P., comunicación personal, 2021).

El personal de la Microrred Fajardo corrobora lo expresado: “al principio, había mucho miedo entre las personas y una gran preocupación por cómo atender la situación” (I. I. T., comunicación personal, 2021).

No imaginábamos que esta enfermedad llegaría tan rápidamente y nadie estaba preparado. Estábamos preocupados por cómo enfrentarla y prevenirla. En otras palabras, estábamos casi desorganizados [...].

(A. M. A., comunicación personal, 2022)

El efecto mortal de la enfermedad desencadenó el *manchacuy* (miedo) (Mujica, 2021). Hacía recordar a la población de Hualla los años de la violencia sociopolítica (1980– 2000) en que la vida se podía perder en cualquier momento, pero también los hacía recordar las herramientas que utilizaron durante el periodo pandémico, para elaborar las respuestas que resultaron más eficaces (Romio et al., 2022).

En tercer momento llegó la enfermedad; según la población, fue traída por los “retornantes provenientes de Lima, Ayacucho, Nazca y Pisco, quienes llegaban por caminos alternos en horas de la noche” (D. U. M., comunicación personal, 2021). Los primeros casos con pruebas de resultado positivo para COVID-19 fueron las personas que habían llegado procedentes de las ciudades de la costa. El enfermero del Centro de Salud manifestó:

Los retornantes mostraron síntomas como tos, fiebre y dolor de garganta, y al principio los clasificamos como casos sospechosos. Sin embargo, debido a la falta de materiales para pruebas rápidas, solo pudimos reportar los síntomas sin confirmar la enfermedad. La brigada de Huancapi (provincia de Fajardo) envió un biólogo para realizar una prueba en la casa del sospechoso, quien resultó positivo. La familia se hundió aún más en la desesperación, llorando y diciendo: “¡Nos toca morir, ¿qué hago ahora, Dios mío?!”.
(A.M.A., comunicación personal, 2021)

La preocupación de la población se ha centrado en qué hacer en caso de contagio y cómo evitarlo.

Gestión de la pandemia.

El Centro de Salud de Hualla de categoría I-3 de primer nivel de atención en salud, era la única entidad pública con responsabilidad de asistir a los contagiados y de implementar medidas de prevención. Sin embargo, estaba lejos de hacerlo debido a una serie de limitaciones.

Contamos con un solo médico que atiende a más de 4.500 habitantes, dos odontólogos y cada uno atiende a más de 2.000 habitantes. Tenemos un psicólogo, que este profesional es muy importante para atender a la población que estuvo en tensión estrés y un solo psicólogo para más de 4.500 habitantes. Tenemos un solo biólogo para determinar a aquellas personas que presentan sospechas o signos de COVID.
(A.M.A., comunicación personal, 2022)

La descripción del personal del Centro de Salud de Hualla evidencia la desproporción entre el reducido staff profesional y una vasta población a su cargo, una brecha que, en el contexto de crisis sanitaria, limitaba inexorablemente la capacidad de respuesta.

En cuanto al equipamiento, era elemental. El personal refirió al respecto:

Cuando se declaró la emergencia, el establecimiento de salud en el que trabajábamos no estaba listo, no contábamos con materiales para casos sospechosos, ni con equipos de bioseguridad o protección personal. Esto nos tomó desprevenidos, y nos llevó a preguntarnos ¿qué debemos hacer?
(A. M. A., comunicación personal, 2022)

En esas condiciones, se brindaba atención a pocos pacientes que acudían al centro de salud, aunque los resultados no siempre eran alentadores. Por ejemplo, el caso de una paciente que presentaba fiebre y dificultad respiratoria, cuyo desenlace fue, lamentablemente, fatal.

De aquí han enviado a mamá Lidia diciendo es COVID, en sí ella no estaba con COVID y cuando falleció le dijeron es coronavirus, hicieron morir, igual pasó con el señor Zenón (...), pero en sí, dice que era enfermedad *allpa*, cuando llegó de la puna al pueblo llevaron al hospital y le dijeron COVID y le trasladaron a Ayacucho y murió. Si hubieran curado de la tierra, se hubiera salvado.
(N. I., comunicación personal, 2022)

Un poblador cuenta: “si uno iba con gripe, tos o fiebre, le diagnosticaban COVID, y enviaban a Cangallo o Ayacucho, sin regresar, por eso dejé de ir a la posta” (comunicación personal [entrevista informal], 2022). Otro añade: “si vamos a la posta, nos dicen que tenemos coronavirus, y por miedo no queríamos ir. Si no nos enteramos de que tenemos COVID, simplemente estamos tranquilos tratándonos entre nosotros” (N. I., comunicación personal, 2022). Este tipo de testimonios evidencia cómo, en contextos rurales como el de Hualla, la credibilidad del sistema biomédico estaba deslegitimada por la poca confianza en la atención que ofrecía.

Por lo expuesto, el establecimiento de salud fue representado como un espacio de contagio y muerte; “ir a la posta, era para morir” (R.V.G., comunicación personal, 2022), lo cual acrecentó la desconfianza y el miedo en la población. No aceptaban las muertes atribuidas al COVID-19, sosteniendo que eran falsedades del personal médico. Las terapias médicas se percibían como ineficaces y perjudiciales para el cuerpo; las pastillas prescritas, como paracetamol o ibuprofeno, dejaron de tomarse al sentir que todas eran iguales.

Así, las acciones promovidas desde el centro de salud no lograban generar acogida ni una respuesta efectiva por parte de la población.

Tuvimos que utilizar perifoneo en el idioma local; no bastaba con advertir que el virus estaba llegando, sino que debíamos explicarles cómo protegerse, permanecer en casa, mantener el distanciamiento y lavarse las manos [...] promovimos el uso de mascarillas, pero las recomendaciones [...] no eran acatadas; la gente las rechazaba, diciendo que eran mentiras o inventos.

(A.M.A., *comunicación personal*, 2021)

A la situación expuesta se sumaba la falta de medicamentos y las barreras relacionadas con las concepciones de salud, idioma y la cultura del personal de salud distintos de la población local. Frente a este panorama, la apuesta por la vida y la dignidad llevó a la comunidad a considerar otras alternativas posibles para hacer frente a la pandemia (Alanoca et al., 2025). La población de Hualla asumió la gestión de la pandemia con lo suyo: la medicina tradicional y la organización comunal.

Medicina tradicional

Con respecto a la medicina tradicional, que comprende el “conjunto de prácticas y conocimientos sobre el cuerpo humano, la convivencia con los demás seres humanos, con la naturaleza y con los seres espirituales, muy complejo y bien estructurado en sus contenidos y en su lógica interna, cuyo “eje conceptual” o cosmovisión se basa en el equilibrio, la armonía y la integridad” (OPS/OMS, 1999). La población de Hualla lo asumió con plantas medicinales, orina, sahumeros, brebajes y rituales. La práctica médica fue organizada en casa, generalmente bajo la dirección de la mujer y con el apoyo de los miembros de la familia y vecinos, basada en creencias y saberes transmitidos de generación en generación. Esta forma de acción lo configura como una medicina doméstica cuyas prácticas están arraigadas en la vida cotidiana, mas no institucionalizadas (Dahhur, 2023).

Como señala Sosa, et al., (2025) la familia fue el núcleo central sobre la cual gravitaron las estrategias de afrontamiento. Una de ellas fue el uso de plantas medicinales como medio terapéutico. Las plantas con propiedad antiinflamatorias y expectorantes fueron las más utilizadas, como refiere un comunero: “la población enfrentó el virus utilizando hierbas medicinales como el ajo, eucalipto, kion, cebolla, tara, flores y hojas de coca” (J. G, *comunicación personal*, 2021).

En el trabajo de campo se ha logrado identificar que la mayoría de la población utilizaron las siguientes plantas:

Tabla 1.

Plantas medicinales de uso común para mitigar COVID-19.

Planta medicinal	Nombre científico	Modo de uso
Matico	Piper aduncum	Para desinflamar la garganta. Bebe en infusiones con gotas de limón en las mañanas y para dormir.
Wamanripa	Senecio tephrosioides	Para curar tos. Tomar en infusiones en las mañanas
Sallika	-	Acompaña en el Chakchado de la coca.
Chillka sachá	Baccharis latifolia	Para curar la tos. Lavarse el cuerpo en las mañanas y tardes.
Eucalipto	Eucalyptus globulus	Se utiliza para aliviar la tos. Se administrarse en infusiones, vaporizaciones y baños.

Nota: elaboración propia en base a información obtenida.

Asimismo, se prepararon brebajes a partir de la combinación de diversos insumos, los cuales se detallan a continuación.

Tabla 2
Brebajes para mitigar COVID-19.

Brebaje	Insumos	Modo de uso
Ispay (orina)	Orina fresca	Para curar tos y fiebre. Tomar un vaso mediano en las mañanas y tardes. Bañarse el cuerpo.
Puquy ispay	Orina fermentada	Alivia y cura la tos. Se recomienda beber un vaso pequeño en ayunas y para dormir.
Remojadito, maceradito	Wamanripa, sallika, arjuylla, kunuka y matico.	Para curar la tos. Tomar una copita cada mañana, según síntoma.
Preparadito para uqu (tos).	Matico, pisco, miel, ajo y kion.	Para curar la tos. Tomar una copita tres veces al día.
Jarabe de pisco	Pisco, cebolla, ajo, kion, miel y eucalipto.	Protector contra la gripe y tos. Beber una copita en las mañanas y tardes.
El quemadito	Caña, wamanripa, ajo, cebolla, limón, miel, azúcar, ruda y agua.	Indicado para aliviar la tos. Beber una copita según síntoma.
Sal yodada	Sal de cocina	Para aliviar la tos y los síntomas de gripe. Se gargariza por unos minutos.
Azul kachi	Sal de piedra	Alivia la tos y los síntomas de la gripe. Se calienta en el fogón y se inserta en el remojado. También se utiliza para hacer gárgaras.
Salmuera	Agua salada local	Para aliviar la tos y síntomas de gripe. Se gargariza por unos minutos.

Nota: elaboración propia en base a información obtenida.

Estas recetas eran indicadas por la abuela, la madre, el vecino, el curandero, pero también eran producto de la experiencia de tratamiento de la gripe, fiebre, resfriado y tos. Una entrevistada detalló: “Cuando tengo tos y gripe, preparo un remojado de pisco con *wamanripa*, *sallika*, *arjuylla*, *kunuka* y *matico*. Tomo una copita de este remojado cada mañana y me siento bien” (A. I., comunicación personal, 2022). La elaboración de los brebajes presenta similitudes en el procedimiento, aunque varían según los recursos disponibles y la tradición familiar.

Manifiesta un comunero:

Fue infaltable el quemadito con *wamanripa*, ajo, cebolla, limón, miel y un poco de azúcar y agua. Otras veces, con caña hicimos remojar *wamanripa*, eucalipto, usé ruda, cebolla, limón, ajos. Eso nos ha dicho la gente, “aunque sea coman ajo crudo, no importa” diciendo, “por miedo tomé cuando me agarró la tos”.

(N. I., comunicación personal, 2022)

Otras recetas consistían en “hervir matico y añadir un poco de pisco, miel, ajo y kion. Se bebe tres veces al día”, “preparo un jarabe de pisco con cebolla, ajo, kion, miel y eucalipto” así también hacer gárgaras con “sal yodada o azul *cachi* (sal de piedra) y la sal de la comunidad durante unos minutos” (comunicación personal [entrevista informal], 2021). En fin, los preparados variaban según los insumos que se incorporaban. En cada casa no faltaba aquellos brebajes “prácticamente todos tienen su propio macerado, bebidas como el aguardiente, caña pulcay y whisky como remedios para combatir la enfermedad” (J. G, comunicación personal, 2021).

También se utilizaba la orina humana (fresca y fermentada) para tratar la fiebre y la tos; se empleaba para baños y, en algunos casos, se bebía para combatir la tos crónica. Las vaporizaciones con hierbas como eucalipto, muña, *chillka* y matico fueron otros insumos que se emplearon para facilitar la expectoración. También se frotaban hojas de eucalipto y muña en las manos, y luego se inhalaba su aroma para aliviar los síntomas. El resultado era evidente; según el entrevistado, “en dos o tres días la tos y la gripe disminuían” (E. R. U., comunicación personal, 2022).

El uso de plantas medicinales, la preparación de brebajes y la realización de rituales ha revitalizado los saberes y prácticas terapéuticas populares que, en el contexto de las restricciones y el colapso del sistema de salud pública, demostraron ser funcionales en la recuperación de la salud de los pacientes. Ha permitido contrarrestar el peso del miedo asociado a la enfermedad, lo cual se configura como un régimen de salud propio, inscrito dentro del campo de la pluralidad médica, como una alternativa distinta y a la vez, complementaria a la biomedicina.

La efectividad de los remedios referidos, desde la perspectiva de la población de Hualla, no residía únicamente en las propiedades curativas de las plantas y brebajes, sino también en los rituales espontáneos que acompañaban la

preparación y el consumo. Antes de beber un brebaje, se invocaba a Dios, a los *wamanis* y a la *mamapacha* (madre tierra) para que bendijeran el remedio y lo dotaran de fuerza sanadora. Así, el acto de curarse trascendía lo fisiológico para inscribirse en un marco simbólico y espiritual, los cuales dotan de sentido y efectividad (Chambi et al., 1997). A esto se suma la interpretación de la enfermedad desde lo conocido: “la tos y la gripe siempre me curado con remedios caseros, así ha sido siempre” (S. P., 2022). De modo que “la curación sigue ritmos de la vida y se sintoniza con ella” (Chambi et al., 1997, p. X).

Así, la narrativa de la enfermedad, ligado a la vida, a las experiencias, historia y las particularidades de quienes la padecen (Paillacoi & Marilaf, 2023), la hizo comprensible y socialmente compartida, lo cual, según Kleinman (1980) ayuda a la organización simbólica, enfrentar la incertidumbre, la pérdida o el dolor y permite “domesticar” el caos del sufrimiento. Un comunero al referirse al remedio tradicional, dijo: “con eso me siento protegido cuando siento que voy a enfermar de gripe o tos” (R. V. G., comunicación personal, 2022). La tradición brindaba confianza en la efectividad: “desde mis abuelos aprendí a curar enfermos de gripe, incluso a los que escupían sangre, observando a mi abuela”, “todos aceptan esta medicina; nadie en la comunidad la cuestiona, y tenemos mucha confianza en ella porque es natural” (S. P., comunicación personal, 2022).

La población se aferró a lo propio, a lo conocido y cercano: las plantas medicinales y los brebajes; los seres divinos: Dios, Virgen del Carmen y María Magdalena, San Marcos, San Pedro y San Pablo; los *wamanis*: *Antapillo*, *Illahuasi*, *Qarwarasu* y *Pisqumarka*; los familiares fallecidos, la familia y la comunidad, constituyeron el soporte material y espiritual de la población, y fueron fundamentales para sostener la resiliencia. Varios entrevistados han coincidido en señalar que depositaron su confianza en Dios, en el santo patrón del pueblo, a quienes dirigían sus oraciones al acostarse y al levantarse de la cama; a los *wamanis* (espíritus tutelares) rogaban por protección y les ofrecían rituales de “pago” para restituir el equilibrio del cuerpo; al espíritu de los difuntos pedían intervenir ante lo divino. Desde luego, la enfermedad pandémica no fue asumida únicamente por la persona afectada, sino también por los seres divinos, la familia y la comunidad. En ese entendido, el cuerpo resulta social que relaciona la naturaleza, sociedad y cultura (Scheper & Lock, 2012).

Bajo esta forma de entender y tratar la enfermedad, la casa se convirtió en un espacio central de protección, sanación y culto. Era el lugar donde se articulaba la atención familiar y la conexión con los seres divinos, lo que permitía procesar la enfermedad desde un entorno cercano y significativo. Esta proximidad fortalecía a la persona no solo para sobrellevar la enfermedad, sino también para enfrentar la posibilidad de la muerte. Era común escuchar expresiones como: “prefiero morir en mi casa al lado de mi familia y vecinos, que morir en un lugar frío (posta-hospital) y ser enterrado de manera impersonal” (P. O. A, comunicación personal, 2021).

Así, la medicina doméstica/popular fue una forma de resistencia cultural y resiliencia comunitaria ante la crisis sanitaria, ante la visión y acción de homogeneización terapéutica de la biomedicina, a la hegemonía del concepto científico de COVID-19, al control y vigilancia del cuerpo por parte del Estado (Foucault, 2003), y a la desvalorización y silenciamiento cultural del conocimiento indígena. Esta situación ha propiciado la recuperación de saberes, formas propias de entender la salud y la enfermedad. Recurrir a plantas medicinales, brebajes, rituales, baños y sahumeros, ha afirmado su autonomía sanitaria y el derecho a gestionar la salud desde sus propias cosmovisiones y recursos. En este sentido, el uso de dicha medicina se convirtió en una forma de resistencia cultural.

Por otra parte, al mantener vivas las prácticas curativas, no solo sanaron cuerpos, sino que también fortalecieron la memoria colectiva, el tejido social y el vínculo con la naturaleza y lo sagrado. En palabras de Giesecke (2024), esto ha reafirmado cultural y políticamente el derecho a existir en sus propios términos.

La organización comunal

Las comunidades indígenas/campesinas en el Perú siempre se han caracterizado por acciones colectivas como la reciprocidad y la solidaridad, que han resultado fundamentales para canalizar las soluciones. En ese proceder, resulta más que una simple estructura administrativa; es una institución viva que regula la convivencia, protege los saberes ancestrales y asegura la reproducción de la cultura a través del trabajo comunitario (*minka* o *ayni*), la toma de decisiones colectivas para la gestión comunal de los recursos naturales, garantizando la subsistencia material y la continuidad espiritual y simbólica del pueblo, defendiendo sus territorios, saberes y formas propias de entender la vida. Además, es el soporte de la identidad cultural, articula prácticas cotidianas (como las faenas comunales y fiestas patronales) con valores tradicionales que refuerzan la cohesión social y el respeto a la naturaleza.

En el contexto de crisis de COVID-19, las comunidades indígenas han destacado por las dinámicas de autoorganización espontáneas, así como por sus formas de solidaridad y autoayuda. En las comunidades altoandinas de Abancay,

Collao y Pisac, la población local “encontró confianza y esperanza, fundamentadas en la solidaridad comunitaria y en las redes de apoyo mutuo arraigadas en su cultura” (Sosa et al., 2025, p.13). La respuesta comunitaria ha funcionado como red de protección social, basándose en principios de ayuda mutua y responsabilidad compartida.

En el pueblo de Hualla se ha constituido el “Comando de Operaciones COVID-19” oficializada por Resolución de Alcaldía N.º 066-2020-MDH/A, “para ejecutar, controlar, monitorizar y evaluar los procesos y acciones vinculadas a la pandemia por COVID-19” integrado por la municipalidad distrital, los presidentes de las cuatro unidades vecinales, el gobernador, el juez, personal de salud y la asociación de licenciados, bajo la presidencia del alcalde, quienes asumieron el control territorial con el objetivo de organizar la vigilancia del cumplimiento de protocolos sanitarios y normas de distanciamiento social.

La labor de aquel comando se centró principalmente en acciones de prevención y ayuda a las personas en situación de emergencia. En lo concerniente a lo primero, se encargaron de dar cumplimiento a las medidas del protocolo sanitario al recomendar a la población sobre el lavado de manos y el uso obligatorio de mascarilla, a través de perifoneos que realizaban en distintos puntos de la localidad.

Cautelaron el distanciamiento social, el cual, en la comunidad de Hualla, se ha entendido como aislamiento familiar y comunal. El mayor problema a enfrentar fue el “flujo migratorio inverso: de la urbe al espacio rural” (Romio et al., 2022, p. 10). A las personas que retornaron de las ciudades de la costa lo consideraban potenciales portadores del virus. Por lo que se tomó la decisión de establecer tranqueras en los puntos de ingreso y salida del pueblo: El cementerio (desde Ayacucho), Castilla Pata (desde la costa) y *Moradaqasa* (desde el sur) para controlar estrictamente el ingreso de vehículos y personas durante las 24 horas del día, los cuales estaba a cargo de dos comuneros en tres turnos. Esta medida evidencia la capacidad de respuesta de la organización, que ha logrado transformar “el miedo a la alteridad, portadora de contagio, en fuente de cuidado” (Giesecke, 2024, p. 9).

Los retornantes abordados eran conducidos al local del colegio estatal José Carlos Mariátegui para cumplir con la cuarentena. El local resultó insuficiente ante el creciente número de retornantes. Otros se instalaban clandestinamente en casas abandonadas, lo que motivó una mayor vigilancia. Estas personas han podido cumplir con la cuarentena con la ayuda de la comunidad y familiares, que han proveído de alimentación y cama y han monitoreado el estado de salud de los mismos. La situación ha hecho resurgir “formas tradicionales de colaboración” (Romio et al., 2022, p. 13) Así, “la dimensión de la comunidad y las dinámicas comunitarias proporcionaron importantes formas de respuesta y espacios de resiliencia colectiva” (Romio et. al., 2022, p. 8).

La seguridad personal y colectiva de la población pasó a depender de la comunidad. Los pobladores realizaban vigilancia comunitaria, organizada por grupos de turno; era una forma de *minka* por la seguridad. Mientras que el serenazgo supervisaba el núcleo urbano, a fin de evitar reuniones sociales y el consumo de alcohol. A pesar del control ejercido, ocurrían irrupciones a las reglas establecidas. Una mujer narró:

¡Ay *mamallaymama*, maldita hora, hizo su cumpleaños ella!, [se refería] a la señora Iris a quien le había agarrado COVID-19. Ahora dice que en la puna ella está agonizando, yo también pensé como hemos tomado de un solo vaso, dije, tal vez a mí también estará agarrando, mi garganta un poco me hizo sentir mal, pero traté de tomar mi pisco en la mañana y en la tarde.

(F. U., comunicación personal, 2022)

El horario de circulación se restringió de 6:00 am a 6:00 pm; los infractores detectados eran sancionados con ejercicios físicos, otros eran internados en el calabozo durante toda la noche. El temor al contagio y a las sanciones reforzó la adhesión a las normas. En una ocasión, una camioneta proveniente de Tiquihua que ingresó en el horario prohibido fue intervenida, y sus ocupantes fueron llevados al calabozo comunitario.

En aquel contexto, la enfermedad ha convertido en otro al comunero que retornaba desde otro cualquier localidad. El lugar de residencia se volvía en un elemento diferenciador entre nosotros y los otros. La enfermedad distanciaba tanto en términos espaciales como también socialmente.

Impacto de COVID-19: el drama y rostro que mostró y dejó

La pandemia del COVID-19 no solo desató una crisis sanitaria con pérdida de vidas humanas, sino también generó disrupción social y alteró las relaciones familiares y comunitarias. Modificó costumbres de duelo, despedida y cuidado colectivo. La práctica de los rituales funerarios, esenciales en la vida familiar, fue suspendida o llevada a cabo sin el tradicional compartir con el *ayllu* los alimentos, abrazos de aliento y acompañamiento espiritual. Un caso ilustrativo es el fallecimiento de Zenón Vicente,

reportado por la posta de salud de Hualla con síntomas del virus. En la puerta del hospital esperaban su tía y su hermano, supuestamente para recoger el cuerpo, pero nunca se les entregó. El personal de seguridad informó que el entierro sería a las 2 de la tarde en el cementerio general. Así fue: ingresaron cinco familiares cercanos, todos protegidos con equipos de bioseguridad, al ritmo de huaynos tristes interpretados por los músicos que los despedían”.

[Nota de campo].

Se suele decir que la muerte une a las familias, tanto cercanas como lejanas. Sin embargo, con los fallecidos por COVID-19, esas densas relaciones socioculturales se diluyeron en la misma puerta del cementerio: desaparecieron los abrazos, los discursos y la tradicional invitación a compartir comida y bebida en honor al difunto.

Las fiestas populares de la comunidad, como San Pedro y San Pablo, el festival de *Mama Sara* y el *yarqa aspiy* (limpieza de acequias), que antes eran momentos de compartir, de encuentro familiar y amical, así como de acercamiento a lo divino y a los seres tutelares, quedaron suspendidas. Un poblador relató: “se dejó de realizar el pago a *ñawin yaku* (ojo de agua), el caudal disminuyó” (M. T. T., comunicación personal, 2022). De esta manera, las relaciones socioculturales que estructuraban la vida cotidiana se fracturaron. Como señalan Skewes et al. (2023), la pandemia fue más allá del confinamiento: generó profundos cambios en los vínculos tradicionales y forzó su reconfiguración a través de nuevas formas de respuesta cultural.

En el ámbito espiritual y religioso se revitalizaron la fe cristiana y los rituales tradicionales. Los pobladores recurrieron a los santos cristianos, a los *wamanis*: *Qarwarasu*, *Antapillo*, *Pisqumarca* e *Illawasi*, así como a las almas de familiares fallecidos, a quienes imploraban protección y amparo de la pandemia, considerada como un castigo divino. El hogar fue convertido en espacio de culto y de las prácticas religiosas, dado el cierre temporal de los templos. La espiritualidad desempeñó un papel crucial en la resiliencia comunal. Mientras tanto, los creyentes evangélicos, interpretaron la pandemia como una señal del fin de los tiempos: “Prepárense hermanos, así lo dice la Biblia”, exhortaban, invitando al arrepentimiento y al perdón.

El distanciamiento social se tradujo en una lejanía de lo cercano. Los encuentros familiares, las visitas de vecinos y la integración de los migrantes retornados se volvieron esporádicos, fríos y cargados de sospechas por el posible contagio. Esta situación provocó tensiones internas, actos de discriminación, un debilitamiento temporal de los vínculos parentales y comunitarios, así como un aislamiento forzado. Como relató un poblador: “Decidí irme a la puna, y así lo hice; la gente empezó a construir casas en las chacras y vivió allí” (comunicación personal [entrevista informal], 2022).

Las restricciones que formaron parte de las medidas preventivas dieron lugar a la activación de redes de apoyo entre la población local y los residentes en Lima, Pisco y Cañete. En la comunidad se realizaron campañas de recolección de productos alimenticios para luego enviar a familiares en situación de confinamiento. Esto resultó ser una estrategia de cooperación que ha “podido paliar los déficits en la cobertura de la ayuda humanitaria brindada por el gobierno” (CEPAL y FILAC, 2020, p. 64). Asimismo, revitalizó los lazos de reciprocidad y reafirmación de los principios solidarios que sostienen la vida comunal.

La restricción también alcanzó a las faenas comunales y las labores agrícolas colectivas, redujo el grado de participación de la población a grupos más pequeños, lo cual afectó la productividad y la cohesión social. Lo novedoso fue la reincorporación de los migrantes retornados, quienes fueron acogidos por familiares y paisanos, quienes se sumaron a las labores domésticas y agrícolas. Por otra parte, aumentaron la disponibilidad de fuerza de trabajo que tensionaron la práctica del trabajo asalariado, al participar activamente en la reactivación del *ayni* y la *minka*, el intercambio de alimentos y cuidado mutuo, que en los últimos años habían perdido vigencia. Estas acciones fortalecieron los vínculos interpersonales, permitió la continuidad de formas de cooperación no monetizadas y revitalizó las tradiciones culturales frente a la arremetida de la globalización.

Ante la crisis sanitaria, la población de Hualla ha demostrado capacidad de agencia al activar mecanismos culturales, espirituales y organizativos para enfrentar la crisis, adaptando y reafirmando los lazos de solidaridad y reciprocidad en medio de la adversidad. En el campo de la salud, ha recurrido al uso de plantas medicinales y terapias tradicionales; no solo ha resuelto la falta de medicamentos, sino fue una forma de afirmación de la identidad cultural “[nos tratamos] solo con hierbas, no tomé ninguna pastilla” (N. I., comunicación personal, 2022).

Esta recuperación del saber ancestral se dio en paralelo a un fortalecimiento del sentido de pertenencia, expresado en la defensa del territorio, de las costumbres y de la autonomía comunal frente a decisiones estatales centralizadas. En este sentido, la crisis no solo reveló la precariedad estructural que afecta a las comunidades campesinas, sino

también su capacidad de resistencia y su potencial para redefinir sus propios modelos de desarrollo. La solidaridad ha dado lugar a la organización comunal con todos los actores políticos y comunitarios que cumplieron un rol trascendental en el control y cuidado colectivo.

El Estado trató de ejercer control sobre el cuerpo de las personas con síntomas de COVID-19 u otras enfermedades, exigiendo acudir al centro de salud: “Nos forzaban, diciendo que, si no íbamos, cortarían los programas sociales. Sin ese requisito, perderíamos los beneficios”, también mantener el distanciamiento social, pero fueron incumplidas por la población: “decían que había que mantener distancia, en la chacra igual se reunían” (A. I., comunicación personal, 2022). Como señala Sousa (2020), para ciertos grupos sociales, como los cuidadores y trabajadores rurales resultó difícil de cumplir.

Comprender el impacto emocional del COVID-19, así como las medidas de prevención y tratamiento, resultaron una tarea compleja. Su aplicación implicó un proceso de ensayo y error con la población. En Hualla, recibían de los medios de comunicación relatos conmovedores, como lo descrito por un investigador:

Una fila inmensa de enfermos se tambalea ante las puertas de un hospital. Separados por un metro y medio, cansados, afligidos, los enfermos se encogen en las veredas. Llevan horas esperando a que los dejen entrar. Entrar no significa la salud. Entrar será hacer otras filas, esperar en medio del caos por una cama, sentarse en otro rincón u otra vereda, aguardar un turno. Con suerte, caer debajo de una carpa. Asfixiarse, quizá, morir en soledad.

(Agüero, 2021, p. 30)

Hechos como este eran asimilados en la comunidad, además era alimentado por información de los familiares a través de teléfonos móviles en la que daban cuenta sobre las dificultades y compartían recetas, cuidados, tratamientos y consejos espirituales.

Discusión

La respuesta del pueblo de Hualla a la pandemia de COVID-19 se ha realizado en un complejo entramado de prácticas culturales, donde los saberes populares de salud y estrategias de resiliencia colectiva desafiaron a la concepción hegemónica de salud pública. Lejos de ser prácticas supersticiosas, las acciones tomadas por la comunidad resultaron una forma de resistencia frente a la hegemonía biomédica y al control del cuerpo ejercido por el Estado. Al mismo tiempo fue una reafirmación del conocimiento indígena como forma legítima de enfrentar la crisis sanitaria.

Como se ha mencionado en líneas arriba en el contexto rural e indígena del Perú, la medicina tradicional ha cumplido un rol no solo curativo sino también simbólico, social y espiritual (Alanoca et al., 2025; Chambi et al., 1997; Giesecke, 2024; Romio et al., 2022; Paillacoj, 2023). En Hualla, el uso de plantas y rituales ha respondido a una lógica médica que integra cuerpo, entorno y cosmos, lo que no se ha entendido desde los parámetros de la medicina científica. Como señala Delgado (1984), la eficacia de la medicina tradicional no solo reside en sus principios activos, sino en su inserción en un sistema de significados culturalmente codificados (OMS, 2013).

[...] las pastillas y las vacunas no son buenas, pero me vacuné para recibir la Pensión 65; si no lo hacía, me la cortarían. Aun así, preferí curarme con hierbas, porque el Señor [Dios] creó las hierbas.

(N. I., comunicación personal, 2022)

En el contexto de crisis sanitaria, la desconfianza hacia la biomedicina no debe ser interpretada como expresión de la ignorancia, sino como una respuesta crítica ante un sistema que históricamente ha marginado a los pueblos indígenas y sus conocimientos. Según Quijano (2000) y Basile & Feo (2022), la biomedicina en América Latina fue impuesta como una forma de colonialismo epistémico, que niega la legitimidad de otros saberes en nombre de la ciencia moderna. Así, la decisión de no acudir al centro de salud y optar por prácticas populares de medicina se convierte en un acto de autonomía sanitaria y resistencia cultural: “Tengo desconfianza en ir a la posta y en lo que dicen y recetan las enfermeras” (S. P., comunicación personal, 2021). Situaciones como esta exigen una mirada más plural de la política de salud.

Por otro lado, la pandemia ha reactivado la memoria colectiva. La combinación de plantas medicinales, ritos curativos, invocaciones a los seres divinos y tutelares no responde a lo irracional de la creencia, sino a un sistema de conocimientos estructurado y basado en la experiencia histórica de la comunidad (Kleinman, 1980). Además, ha demostrado la capacidad de agencia; la comunidad se reorganizó en torno a sus propias formas de cuidado, reforzando no solo los lazos sociales sino también su identidad cultural. Esta respuesta se interpreta como un

ejemplo de “resiliencia cultural” (Romio et al., 2022), entendida no como una simple resistencia al cambio, sino como la habilidad de las comunidades para transformar los patrones culturales en función de nuevas amenazas, sin renunciar al marco cultural.

Finalmente, la experiencia de Hualla interpela de manera directa a las políticas públicas de salud. La persistente exclusión de los saberes tradicionales en el diseño e implementación de estrategias sanitarias revela la superficialidad de las políticas de interculturalidad en salud, que en muchos casos se han limitado únicamente al uso del idioma quechua durante la atención médica. Como bien señala Menéndez (2016), la interculturalidad en salud ha sido más un discurso que una práctica efectiva, y continúa reproduciendo jerarquías epistémicas que subordinan el conocimiento indígena frente a la biomedicina. Desde luego está lejos de una verdadera salud intercultural basada en “un diálogo dialogal donde las personas se escuchan recíprocamente”; además, “cada cultura es un mundo, cada cultura es un universo y no solo una forma de ver y de vivir la realidad, es otra realidad” (Paillacoi y Marilaf, 2023, p. 123).

Conclusiones

El análisis y la interpretación de la información obtenida, nos llevó a establecer tres conclusiones:

Frente a la crisis sanitaria provocada por el COVID-19 —que evidenció la limitada capacidad de respuesta del Estado y la ineficacia del sistema de salud pública— la población de Hualla asumió la gestión de la pandemia mediante la medicina tradicional y la organización comunal. Valerse de esos elementos no solo demostró una notable capacidad de adaptación ante situaciones de emergencia, sino que también constituyó una forma de resistencia cultural frente a la hegemonía de la biomedicina y al poder del Estado, interesado en ejercer control sobre el cuerpo bajo los parámetros de la ciencia médica. La casa fue convertida en el espacio de vigencia de los saberes ancestrales en tanto la comunidad funcionó como espacio de difusión y protección.

Si bien la población accedió a información sobre el COVID-19, a través de diversos medios de comunicación y del personal de salud, quienes advertían sobre la gravedad y el carácter desconocido del virus, esta información fue asumida desde la cultura sanitaria local. Esta incluye la experiencia histórica, la memoria, la representación como enfermedad respiratoria y la cosmovisión. En otras palabras, lo desconocido fue interpretado a partir de lo conocido. Esta forma de comprensión no solo permitió atenuar los efectos mortales y emocionales, como el peso del miedo y la posibilidad de la muerte, sino también sobrellevar las consecuencias derivadas de la expansión del virus, fortaleciendo así la resiliencia comunitaria.

La pandemia fue una oportunidad para la población de Hualla para recuperar los conocimientos ancestrales relacionados con la salud, revalorar a los adultos mayores como portadores de la sabiduría popular, apreciar el uso de las plantas medicinales locales, respetar a los *wamanis* y retomar los rituales tradicionales. Así también, fue un momento para recordar a los familiares fallecidos, renovar la fe en Dios y revitalizar el uso del idioma quechua. Se reincorporó culturalmente a los niños y jóvenes que, influenciados por la hegemonía de la cultura urbana y occidental, se estaban alejando de su herencia cultural. Asimismo, para reintegrar a la comunidad, no solo entre quienes residen en el pueblo, sino también con los migrantes que se encontraban en otras regiones del país o en el extranjero. Todo este conjunto de experiencias configuró una forma de resistencia cultural que trascendió el ámbito estrictamente médico y reafirmó la identidad colectiva en un contexto de crisis.

Agradecimientos:

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a los pobladores de Hualla que aceptaron ser entrevistados y cuyo testimonio fue fundamental para la realización de este estudio. Así también al personal del Centro de Salud, en especial al enfermero Alejandro Maldonado Allccaco, por compartir generosamente sus experiencias; a Esther Gutiérrez, por su valioso apoyo en el trabajo de campo; al programa virtual “Ayllu Hualla Runa”, por difundir testimonios sobre la experiencia del COVID-19; y a la Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por el respaldo económico y el soporte institucional brindado.

Referencias

- Agüero, J. (2021). Memoria del Futuro. En Varios Autores (Eds.), *25 ensayos desde la pandemia para imaginar el Perú bicentenario* (pp. 29–38). Ministerio de Cultura.

- Alanoca, V., Apaza, J., Calderón, A., Cutipa, G. & Condori, W.
(2025). Las epidemias desde la perspectiva de las comunidades aymaras rurales del altiplano peruano. *Diálogo Andino*, 76, pp. 86–97.
- Ascorbe, A., Díaz, R., Vega, A., Cruz, L., Mogollón, F., & Constantino, F.
(2023). Medidas preventivas y costumbres en las familias no contagiadas por la COVID-19 durante el confinamiento. *Cultura de los Cuidados*, 65, pp. 285–299.
- Basile, G. y Feo, O.
(2022) Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. *Revista Nacional de Salud Pública*, 40 (2), pp. 1–5. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e349879>
- Comelles, J., Martínez, A.
(1993). Enfermedad, cultura y sociedad. Eudema. file:///C:/Users/HP/Downloads/S30C-113101812070.pdf
- Camino, L.
(1992). *Cerros, plantas y Lagunas Poderosas: la Medicina al norte del Perú*. CIPCA.
- Chambi, N., Chambi, W., Quiso, V., Cutipa, S., Gordillo, V. & Apaza, J.
(1997). *Así nomás nos Curamos. La Medicina en los Andes*. Asociación Chuyma de Apoyo Rural.
- CEPAL & FILAC.
(2020). *El Impacto del COVID-19 en los pueblos Indígenas de América Latina-Abya Yala: Entre la Invisibilidad y la Resistencia Colectiva*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.
- Conneely, D.
(1997). *Interpretación de Enfermedades Aymara Quechuas y sus Equivalentes en la Nosología Médica*. PCI.
- Dahhur, A.
(2023). Una aproximación a las prácticas médicas populares en Italia y Argentina a fines del siglo XIX y principios del XX. Un análisis a través de la documentación folclórica. *Diálogo Andino*, 72, pp. 95–106. <https://orcid.org/0000-0001-6535-0819>
- De la Cruz, C.
(2021). El imaginario peruano durante la pandemia: Algunas líneas de interés y observación. *Yuyaykusun*, 1 (11), pp. 157-177. <https://doi.org/10.31381/yuyaykusun.v1i11.4563>
- Delgado, H.
(1984). Salud y enfermedad en el mundo andino. *Apuntes de Medicina Tradicional*, 10a, pp. 1-15.
- Foucault, M.
(2003). *Vigilar y Castigar. Nacimiento de la prisión*. Siglo XXI. Argentina.
- Fowks, J.
Perú registra la mayor tasa de mortalidad del mundo por la COVID (2021, 1 de junio). *El País*.
- Giesecke, M. P.
(2024). El pueblo ayuda al pueblo. La atención de salud del Comando Matico en defensa de la vida del pueblo indígena Shipibo konibo durante la pandemia por el COVID-19. *ANTHROPOLOGICA XLII*, 53, pp. 7–28. <https://doi.org/10.18800/anthropologica.202402.001>
- Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] Tomo I
(2018). *Resultados definitivos del censo 2017*. INEI.
- Jiménez, E.
(2021). *Nuevo Coronavirus y buen gobierno. Memorias de la pandemia de COVID-19 en Perú*. Institutos de Estudios Peruanos.
- Kleinman, A.
(1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*.
- Manero, E. A., & Reali, M. L.
(2021). Usos del pasado, relatos épicos y construcción de alteridades amenazantes en América Latina en tiempos de pandemia. *Antropología Americana*, 6 (11), 55–84. <https://doi.org/10.35424/anam.v6i11.843>.

- Menendez, E.
(2016). Salud intercultural: propuestas, acciones y fracasos. *Ciencia & Saúde Coletiva*, 21 (1): 109–118.
- Mujica, L.
(2021). *Manchakuy Pacha. Una Mirada desde los Andes*. UNAJMA.
- Oré, R.
(2022). *La Historia de Epidemias en el pueblo de Hualla, 1840-1880. Monografía del ciclo de Actualización Profesional en Historia*. UNSCH.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]
(2020). Resumen de la misión: Visita de campo de la OMS a Wuhan (China), 20 y 21 de enero de 2020. <https://www.who.int/china/news/detail/22-01-2020-field-visit-wuhan-china-jan-2020>
- Organización Mundial de la Salud [OMS].
(2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS].
(2002). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/67314/WHO_EDM_TRM_2002.1_spa.pdf;sequence=1
- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud.
(1999). *Sistemas de Salud Tradicionales en América Latina y el Caribe: Información de Base*. Organización Mundial de la Salud.
- Paillaco, T. y Marilaf, C.
(2023). Aproximaciones al pensamiento, saber y lengua mapuche. Fundamentos para un diálogo intercultural, desde la visión de personas mapuches de la región de la Araucanía y los Ríos (2013-2017). *Diálogo Andino*, 72, p. 122–132.
- Pesantes, M y Gianella, C.
(2020) ¿Y la salud intercultural?: Lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar. *Mundo Amazónico* 11 (2), pp. 93–110.
- Portocarrero, F., Panfiche, A., Burga, M., Manky, O., Freier, L., Braukmeyer, G., Mannarelli, M. E., Motta, A., Yon, C., Figueroa, É., Soto, K., Urrutia, A., Collantes, P., Cuenca, R., Pérez, J. L., Correa, N., Yeckting, F., Herrera, L., & Matsuda, R.
(2020). *Por una nueva convivencia en la sociedad peruana en tiempos del COVID-19: escenarios, propuestas de política y acción pública*. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Quijano, A.
(2000). *La colonialidad del saber: Eurocentrismo y ciencias sociales perspectivas latinoamericanas*. CLACSO.
- Romio, S., Rivera, M., Delmotte, C., Sotelo, E., Grard de Dubois, C., Piccoli, E.
(2022). Resiliencia y memorias en Perú durante la pandemia: innovaciones y continuidades en barrios y comunidades. *Debates en Sociología* N° 55, pp. 13-41. <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/debatesensociologia/article/view/24296>
- Sousa Santos, B. de.
(2020). La cruel pedagogía del virus. CLACSO. <https://biblioteca-repositorio.clacso.edu.ar/bitstream/CLACSO/15543/1/La-cruel-pedagogia-del-virus.pdf>
- Sosa, L., Orellana, L., Alarcón, P., Ríos, R. & Paye, D.
(2025) Estrategias de sobrevivencia de mujeres quechuas durante la pandemia COVID-19. *Diálogo Andino*, 78, pp. 5–15.
- Scheper, N y Lock, M.
(2012). The Mindful Body: A Prolegomenon to Future Work in Medical Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, New Series, 1, (1), pp. 6–41.
- Skewes, J. C., Guerra, D., Jofré, G., & Mora, I.
(2023). COVID-19, Hidropoder y paisaje: un siglo de transformaciones estructurales en la precordillera andina del Maule Sur Chile Central. *Diálogo Andino* 70, pp. 214–231.

Romio, S., Rivera, M., Delmote, C., Arenas, E., Grard de Dubois, Ch. & Piccoli, E.

(2022). Resiliencia y memorias en Perú durante la pandemia: innovaciones y continuidades en barrios y comunidades. *Debates en Sociología*, 55, pp. 5-33. <https://doi.org/10.18800/debatesensociologia.202202.001>

Ulfe, M. E.

(2021). Reseña: Nuevo coronavirus y buen gobierno. Memorias de la pandemia de COVID-19 en Perú de Edilberto Jiménez. *Revista Argumentos* 2 (1): 101-104. <https://doi.org/10.46476/ra.v2i1.110>.

Vergara, A.

(2023). *Antropología del COVID. Espacio, tiempo, Territorio y lugar en la crisis Sindémica*. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.