



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2026,
Volumen 10, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rem.v10i4

CONCEPCIONES SOBRE SALUD- ENFERMEDAD Y PRÁCTICAS CURATIVAS EN LOS SECTORES POPULARES DE CHIMBOTE

CONCEPTIONS OF THE HEALTH-ILLNESS PROCESS AND
HEALING PRACTICES IN THE POPULAR SECTORS OF
CHIMBOTE

Lía Adela Salazar Soto

Universidad Nacional del Santa, Perú

José Estanislao Cerna Montoya

Universidad Nacional del Santa, Perú

Brinelda Lilia Julca Castillo

Universidad Nacional del Santa, Perú

Concepciones sobre Salud-enfermedad y Prácticas Curativas en los sectores populares de Chimbote

Lía Adela Salazar Soto¹

Lsalazar@uns.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0005-2915-2758>

Universidad Nacional del Santa. Facultad de
Educación y Humanidades. Chimbote- Perú

José Estanislao Cerna Montoya

Jcerna@uns.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-2540-3602>

Universidad Nacional del Santa. Facultad de
Educación y Humanidades. Chimbote- Perú

Brinelda Lilia Julca Castillo

Bjulca@uns.edu.pe

<https://orcid.org/0000-0002-5939-2841>

Universidad Nacional del Santa. Facultad de
Educación y Humanidades. Chimbote- Perú

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue comprender cómo se explica y afronta el proceso salud-enfermedad en sectores populares de Chimbote. Mediante un enfoque cualitativo, se empleó un muestreo por bola de nieve y saturación teórica para seleccionar 100 familias afectadas por alguna dolencia. La recolección de datos se realizó a través de encuestas y entrevistas en profundidad, utilizando un cuestionario de prácticas curativas y una guía de entrevista. Los resultados demuestran que las concepciones populares articulan de forma sincrética los saberes tradicionales con la medicina formal. Asimismo, el afrontamiento combina la herbolaria y ritos locales con la consulta biomédica según la eficacia percibida, movilizandando la autoayuda y el capital social mediante el apoyo instrumental. Se concluye que la salud popular opera como un sistema plural e integrado de soporte comunitario y terapéutico frente a la enfermedad.

Palabras clave: Salud-enfermedad, Prácticas curativas, Sectores populares, Chimbote, Medicina tradicional

¹ Autor principal

Correspondencia: Lsalazar@uns.edu.pe

Conceptions of the Health-Illness Process and Healing Practices in the Popular Sectors of Chimbote

ABSTRACT

The objective of this research was to understand how the health-disease process is explained and coped with in popular sectors of Chimbote. Through a qualitative approach, snowball sampling and theoretical saturation were used to select 100 families affected by an illness. Data collection was carried out using surveys and in-depth interviews, utilizing a healing practices questionnaire and an interview guide. The results demonstrate that popular conceptions syncretically articulate traditional knowledge with formal medicine. Likewise, coping combines herbal medicine and local rituals with biomedical consultation based on perceived efficacy, mobilizing self-help and social capital through instrumental support. It is concluded that popular health operates as a plural and integrated system of community and therapeutic support against illness.

Keywords: Health-disease; Healing practices; Popular sectors; Chimbote; Traditional medicine.

Artículo recibido 20 mayo 2026

Aceptado para publicación: 20 junio 2026



1. INTRODUCCIÓN

La salud y la enfermedad constituyen procesos biológicos, sociales y culturales cuya comprensión varía según las creencias, experiencias y prácticas de cada grupo humano. En los sectores populares, las decisiones relacionadas con el cuidado de la salud no responden únicamente a criterios biomédicos, sino también a saberes tradicionales, valores culturales y recursos disponibles, configurando diversas formas de interpretar y afrontar la enfermedad.

Los sistemas médicos tradicionales coexisten con la medicina convencional en numerosos contextos latinoamericanos. En el Perú, la diversidad étnica y cultural ha favorecido la permanencia de prácticas curativas tradicionales que, especialmente en poblaciones de origen andino y urbano-marginal, forman parte de las estrategias cotidianas de atención. Esta coexistencia refleja la pluralidad de racionalidades médicas presentes en el país y plantea la necesidad de comprender cómo interactúan los conocimientos tradicionales con los servicios formales de salud.

Chimbote representa un escenario pertinente para este análisis debido a su acelerado proceso de urbanización y a la fuerte migración proveniente de los Andes ocurrida desde mediados del siglo XX. Como resultado, gran parte de su población conserva prácticas, creencias y formas de atención de la salud vinculadas a la tradición andina, aun cuando convive con el sistema biomédico. En este contexto, las personas transitan entre diferentes modelos de atención y recurren a diversos especialistas según la naturaleza del padecimiento, sus posibilidades económicas y sus referentes culturales.

A pesar de la importancia de este fenómeno, existen escasos estudios interdisciplinarios que expliquen las concepciones sobre salud y enfermedad y las prácticas curativas desarrolladas en los sectores populares de Chimbote desde una perspectiva antropológica e intercultural. Esta limitación dificulta la comprensión de los factores socioculturales que influyen en las decisiones relacionadas con el cuidado de la salud y restringe la formulación de estrategias sanitarias culturalmente pertinentes.

En este marco, la presente investigación tuvo como objetivo comprender cómo los sectores populares de Chimbote explican y afrontan la salud y la enfermedad, caracterizando el perfil sociodemográfico de la población de estudio, identificando las concepciones que sustentan el uso de la medicina tradicional, los factores que favorecen su permanencia y las formas de abordaje terapéutico empleadas por la población. Los resultados buscan aportar evidencia para fortalecer el diálogo intercultural y promover



una atención en salud que reconozca la diversidad de saberes y prácticas existentes en el contexto peruano.

2. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. La salud y la enfermedad como construcciones socioculturales

La comprensión de la salud-enfermedad ha trascendido la perspectiva biomédica para entenderse como un proceso condicionado de manera sociocultural. Desde la antropología médica, la enfermedad no es solo una alteración orgánica, sino una experiencia significativa dentro de un contexto cultural. Kleinman (1980) distingue entre *disease* (alteración biológica clínica) e *illness* (experiencia subjetiva y cultural del padecimiento). Esta diferenciación demuestra que las decisiones sanitarias responden a interpretaciones construidas socialmente. Laplantine (1999) sostiene que las explicaciones sobre la enfermedad forman parte de sistemas simbólicos que relacionan el cuerpo, la naturaleza y el mundo espiritual. Por ende, los procesos de salud-enfermedad-atención, como plantea Menéndez (2003), constituyen fenómenos complejos donde intervienen diferentes racionalidades médicas que no pueden comprenderse aisladas de sus contextos históricos y económicos.

2.2. Pluralismo médico y permanencia de la medicina tradicional

El pluralismo médico implica la coexistencia de diversos sistemas de atención a los que las personas recurren simultáneamente según el tipo de enfermedad, accesibilidad y creencias. Kleinman (1980) identifica tres sectores de atención: el profesional (servicios formales), el popular (familia y redes comunitarias) y el tradicional o *folk* (curanderos, parteras, hierbateros). La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023) reconoce que la medicina tradicional es utilizada por millones de personas para la atención primaria y recomienda su integración segura en los sistemas nacionales de salud. En el Perú, Cabieses (1995) sostiene que la medicina tradicional es un sistema organizado de conocimientos y especialistas que responde a una cosmovisión propia. Asimismo, Bussmann y Sharon (2006) documentan que en el norte peruano persisten prácticas curativas sustentadas en el uso de plantas medicinales y rituales que conservan una profunda legitimidad social.

2.3. Salud intercultural y diversidad cultural en el Perú

La interculturalidad en salud busca establecer relaciones de respeto y complementariedad entre la medicina académica y los sistemas tradicionales. Aguirre Beltrán (1996) plantea que esto implica



reconocer la coexistencia de distintas racionalidades médicas. El Ministerio de Salud del Perú estipula que la atención debe respetar las creencias de los pueblos indígenas y grupos culturalmente diversos. No obstante, Menéndez (2003) señala que las barreras culturales y la desconfianza hacia la medicina occidental —originadas por diferencias lingüísticas y simbólicas— explican la continuidad del uso de terapeutas tradicionales incluso en contextos urbanos.

2.4. Estudios sobre medicina tradicional en poblaciones andinas y urbano-populares

Las investigaciones en el ámbito andino coinciden en que las prácticas curativas articulan dimensiones biológicas, sociales y espirituales. Carmona (2009), en comunidades del Cusco, encontró que muchas enfermedades son interpretadas como consecuencia de desequilibrios entre la persona, la naturaleza y las fuerzas espirituales, requiriendo tratamientos rituales además del uso de plantas medicinales.

En el norte peruano, Bussmann y Sharon (2006) documentaron una amplia diversidad de especies vegetales utilizadas con fines terapéuticos y evidenciaron la permanencia de conocimientos ancestrales transmitidos generacionalmente. Estos estudios muestran que la eficacia atribuida a la medicina tradicional no depende únicamente de sus propiedades farmacológicas de las plantas, sino de los significados culturales compartidos, actuando como recursos frente a las desigualdades socioeconómicas urbanas.

2.5. Vacío de conocimiento

Aunque la literatura internacional y nacional ha documentado ampliamente las prácticas de la medicina tradicional y el pluralismo médico, son escasas las investigaciones que analizan, desde una perspectiva antropológica, cómo los sectores populares urbanos de Chiclaya explican la salud y la enfermedad y articulan diferentes sistemas terapéuticos en su vida cotidiana. Esta ausencia de evidencia limita la comprensión de las racionalidades culturales presentes en una ciudad caracterizada por intensos procesos migratorios y una marcada diversidad sociocultural. En este contexto, la presente investigación busca contribuir a dicho vacío mediante el análisis de las concepciones sobre salud-enfermedad y las prácticas curativas desarrolladas por los sectores populares de Chiclaya, aportando evidencia para fortalecer las políticas de salud intercultural y promover una atención sanitaria culturalmente pertinente. En esta perspectiva se analiza el perfil sociodemográfico de la población de estudio, el marco ideológico que sustenta el uso de la medicina tradicional, el sostenimiento de la medicina tradicional y



los modelos de abordaje de la enfermedad, que los sectores populares de Chimbote desarrolla y práctica.

3. METODOLOGÍA

El estudio se desarrolló bajo un enfoque metodológico mixto, con predominio cualitativo y apoyo cuantitativo para la caracterización sociodemográfica de la población. Se enmarca en el paradigma interpretativo y corresponde a una investigación de nivel descriptivo-comprensivo y de corte transversal, orientada a comprender las concepciones sobre salud-enfermedad y las prácticas curativas desarrolladas por los sectores populares de Chimbote en un momento determinado.

La población y muestra de estudio estuvo conformada por familias residentes en los sectores urbano-populares de El Acero, La Victoria y La Florida, en la ciudad de Chimbote, que presentaban al menos un integrante con algún proceso de enfermedad o padecimiento durante el período de ejecución de la investigación.

Inicialmente se proyectó una muestra de 150 unidades familiares; sin embargo, durante el trabajo de campo, desarrollado entre enero a diciembre de 2025, la recolección de información concluyó con 100 familias, debido a que se alcanzó la saturación teórica de las categorías de análisis. Este criterio permitió establecer el punto de cierre del trabajo de campo, al evidenciarse que las nuevas entrevistas ya no aportaban información sustancialmente diferente para responder a los objetivos de la investigación.

La selección de los participantes fue intencional. En una primera etapa se recurrió a informantes clave con conocimiento de familias que cumplieran con los criterios de inclusión. Posteriormente, se aplicó la técnica de muestreo por cadena o "bola de nieve", mediante la cual los propios participantes recomendaron nuevos casos con características similares, favoreciendo el acceso progresivo a la población de estudio.

El proceso de identificación y contacto con las familias contó con el apoyo de estudiantes de Educación y Humanidades de la Universidad Nacional del Santa, residentes o conocedores de los sectores investigados, así como de dos estudiantes de Enfermería que desarrollaban actividades académicas en dichas comunidades. Su participación se limitó a facilitar el acceso inicial a los hogares potencialmente elegibles, garantizando, la independencia del proceso de recolección de datos.



4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Perfil sociodemográfico de la población de estudio

Para comprender las racionalidades de salud, es indispensable analizar las características de los 100 participantes estudiados (Tabla 1).

Tabla 1. *Variables sociodemográficas de las familias de sectores populares de Chimbote.*

Dimensión	Variable / Indicador	%
Género y Edad	Femenino	84
	Masculino	16
	Adultos Jóvenes (Etapa productiva)	54
	Adultos Maduros	30
	Adultos Mayores	16
Procedencia	Local (Chimbote)	60
	Migrante Andino (Zonas rurales)	22
	Migrante Costeño / Amazónico	18
Educación	Educación Básica (Primaria / Secundaria)	81
	Educación Superior (Técnica / Universitaria)	16
	Sin instrucción formal	3
Estructura Familiar	Familia Nuclear	57
	Familia Extensa (Redes de parentesco)	43
Empleo y Economía	Inserción Laboral Informal / Labores Domésticas	89
	Empleo Formal	11
	Ingresos iguales o menores a S/ 500 mensuales	40
	Ingresos entre S/ 800 y S/ 1,000 mensuales	46
	Ingresos de 1,500 mensuales	4
	Ingresos mayores a 1, 500 mensuales	10

Este perfil denota una población predominantemente femenina en edad productiva, con niveles de escolaridad básica. Si bien el tipo de organización familiar más frecuente es la familia nuclear hay alta densidad de familias extensas. La coexistencia de ambos tipos de organización familiar evidencia la diversidad de arreglos domésticos presentes en los sectores populares de Chimbote. Mientras la familia nuclear continúa siendo la estructura predominante, la elevada presencia de familias extensas revela la importancia de las redes de parentesco como mecanismo de apoyo económico, cuidado y afrontamiento



frente a situaciones de enfermedad, aspecto ampliamente documentado en contextos urbanos de origen migrante.

La informalidad laboral es predominante. Más de la mitad de los participantes se dedica principalmente a labores domésticas complementadas con actividades generadoras de ingresos.

Las economías familiares confirman una elevada vulnerabilidad económica, con ingresos por debajo de la canasta familiar legal menos o igual a 500 soles y menos de 1, 000 soles mensuales subsisten alrededor del 84% de la población estudiada. Estas condiciones estructurales de pobreza restringen el acceso regular al sistema biomédico privado y público, constituyendo el sustrato material donde se anclan las prácticas terapéuticas tradicionales.

4.2. Marco ideológico que sustenta el uso de la medicina tradicional en los sectores populares de Chimbote

Los resultados demuestran que el uso de saberes tradicionales no es un mero recurso de última instancia ante la precariedad material, sino que responde a una estructura ideológica firmemente arraigada, construida históricamente a partir de condiciones sociales, económicas y culturales. Las características sociodemográficas identificadas —predominio de población adulta, limitada escolaridad, empleo mayoritariamente informal, bajos ingresos y significativa presencia de población migrante de origen andina— configuran un contexto de vulnerabilidad estructural que favorece la permanencia de prácticas médicas tradicionales. En concordancia con Castro (2011), la elección de estos recursos terapéuticos constituye una estrategia social y culturalmente construida para afrontar el proceso salud-enfermedad. Se observa que el marco ideológico se sustenta en los siguientes aspectos fundamentales:

4.2.1. Religiosidad popular y pluralismo terapéutico: se observa que la dimensión religiosa constituye uno de los principales componentes del marco ideológico que orienta las prácticas de salud de la población estudiada. El 98 % manifiesta pertenecer a alguna agrupación religiosa con predominio de la religión católica (73 %), seguida de pertenencia a iglesias cristianas (11 %) y evangélicas (10 %), mientras que los grupos adventista, mormón y Testigos de Jehová representaron porcentajes menores. Más que expresar únicamente una afiliación institucional, estos resultados reflejan la persistencia de una religiosidad popular caracterizada por el sincretismo entre el catolicismo, la tradición andina y diversos sistemas simbólicos de interpretación de la enfermedad. La salud se entiende como resultado del



equilibrio entre la persona, Dios, la naturaleza y las relaciones sociales; y el enfermar es interpretado bajo redes simbólicas que conectan lo físico con lo metafísico. Mientras los sectores católicos integran libremente misas de salud, agua bendita y rezos con la consulta al curandero o al médico, los sectores evangélicos recurren a la "sanidad divina" (oración e imposición de manos), rechazando al terapeuta folclórico, pero manteniendo una causalidad espiritual de la dolencia.

Las prácticas terapéuticas observadas muestran un claro escenario de pluralismo médico. La población no establece una oposición entre medicina científica y medicina tradicional; por el contrario, ambas son utilizadas de manera complementaria según la naturaleza del padecimiento. Así, el tratamiento biomédico suele combinarse con el uso de plantas medicinales, limpiezas, rezos, agua bendita, misas de salud y la consulta a curanderos, parteras o hierbateros. Este comportamiento confirma que la búsqueda de atención responde a itinerarios terapéuticos flexibles, donde distintos sistemas médicos coexisten y se articulan de acuerdo con las necesidades del paciente. En términos de Menéndez (2003), la población desarrolla estrategias de atención que integran el modelo biomédico con saberes tradicionales, mientras que Laplantine (1999) sostiene que la enfermedad adquiere significado dentro de una red de relaciones entre individuo, comunidad y mundo sobrenatural.

4.2.2. Concepciones sobre el origen de la enfermedad: El 81% atribuye la enfermedad a factores externos y relacionales. El 64% apunta a desequilibrios térmicos del ambiente (frío/calor/humedad), lo que devela la vigencia del modelo humoral andino de equilibrio corporal. En este modelo, la enfermedad aparece cuando se rompe la armonía entre el organismo y el ambiente, interpretación que continúa vigente en poblaciones urbano-populares con fuerte influencia cultural andina.

Asimismo, un 10% y 7% explican los padecimientos a través de categorías culturalmente definidas mágico-religiosas como el "*susto*", el "*daño*" (brujería) (10%), el "*castigo divino por pecados cometidos o falta de fe*" (7%).

Desde la perspectiva de Kleinman (1980), estas categorías forman parte de modelos explicativos propios mediante los cuales las personas atribuyen significado al sufrimiento y orientan la búsqueda de tratamiento.

Estas dolencias, al estar culturalmente construidas, quedan fuera de la jurisdicción explicativa de la biomedicina, validando de forma exclusiva el saber tradicional.



Aunque con menor frecuencia, casi una quinta parte de la población reconoce causas internas relacionadas con el desarreglo personal y la alimentación. Este resultado evidencia la incorporación progresiva de explicaciones compatibles con el modelo biomédico, sin que ello implique el abandono de las interpretaciones tradicionales. Más bien, los resultados muestran la coexistencia de diferentes racionalidades explicativas que se activan de manera complementaria según el tipo de enfermedad.

4.2.3. Legitimidad social del terapeuta tradicional

La confianza depositada en los especialistas de la medicina tradicional constituye otro componente central del marco ideológico. El 89 % de los participantes recurren a curanderos, hierbateros o especialistas tradicionales y solo el 11 % expresa no utilizar estos recursos. La principal razón que legitima al terapeuta tradicional es la confianza depositada por la comunidad en su capacidad de curación (68 %) y la creencia de que posee un don otorgado por Dios (12 %) además del reconocimiento de su conocimiento para curar enfermedades que la población considera propias de la medicina tradicional (9 %). Estos resultados evidencian que la legitimidad del terapeuta tradicional no depende exclusivamente de sus conocimientos empíricos, sino del reconocimiento social construido colectivamente. La eficacia terapéutica se sustenta en relaciones de confianza, reciprocidad y validación comunitaria, elementos que Lévi-Strauss (1958) denominó eficacia simbólica. La autoridad del curandero se fortalece porque comparte el mismo universo cultural de los pacientes, comprende sus categorías diagnósticas y ofrece respuestas coherentes con sus modelos explicativos de enfermedad.

Asimismo, la asociación entre las causas atribuidas a la enfermedad y las razones para acudir al especialista tradicional muestra una clara correspondencia cultural. Las personas que interpretan la enfermedad como consecuencia del susto, la brujería o el castigo divino consideran que estos padecimientos requieren intervenciones igualmente simbólicas y espirituales, inaccesibles para la medicina científica.

En general, los resultados permiten afirmar que la utilización de la medicina tradicional en los sectores populares de Chimbote no constituye una práctica residual ni exclusivamente asociada a la pobreza. Por el contrario, responde a un sistema cultural complejo donde confluyen religiosidad popular, memoria cultural andina, pluralismo médico y legitimidad comunitaria del terapeuta tradicional. Estos elementos



conforman un marco ideológico que orienta las decisiones terapéuticas de la población y explica la persistencia de la medicina tradicional como parte del sistema local de atención en salud.

4. 2. Factores que favorecen el sostenimiento y permanencia de la medicina tradicional

El arraigo de estas prácticas curativas se sostiene por la confluencia de variables epidemiológicas y vacíos del sistema de salud formal.

4.2.1. Perfil epidemiológico de cronicidad: El 80% de los participantes reportó padecer activamente alguna enfermedad. Las patologías prevalentes son crónicas no transmisibles: hipertensión arterial e hipercolesterolemia (18%), problemas osteomusculares y reumatismo (15%), afecciones renales (9%) y diabetes (5%).

Esta transición epidemiológica exige tratamientos farmacológicos continuos y costosos. Ante los bajos ingresos de los hogares (menores a S/ 1,000 en el 86% de los casos), la herbolaria surge como un recurso económicamente sostenible para la paliación de síntomas cotidianos, complementando o sustituyendo las recetas médicas inaccesibles. En este sentido, la medicina tradicional aparece como un recurso complementario que facilita la continuidad terapéutica cuando existen limitaciones económicas o dificultades de acceso a los servicios formales de salud.

Estos resultados coinciden con investigaciones desarrolladas en el norte peruano, donde Bussmann y Sharon (2006) documentaron la amplia utilización de plantas medicinales para el tratamiento de enfermedades crónicas. Asimismo, estudios recientes sobre pluralismo médico señalan que la coexistencia entre medicina tradicional y biomedicina constituye una estrategia adaptativa frente a las desigualdades en el acceso a los servicios sanitarios (OMS, 2023; Menéndez, 2009). Desde el Modelo de Creencias en Salud (Hochbaum, 1958), esta conducta puede interpretarse como una respuesta racional frente a las barreras económicas, administrativas y geográficas que limitan la continuidad del tratamiento biomédico.

4.3.2. Demandas psicosociales y de salud mental: Un 23% de la población acudió a los terapeutas tradicionales motivado por padecimientos de índole emocional, estrés urbano, crisis familiares o cuadros de angustia. Situaciones vinculadas con la mala suerte, daños o brujería (7%), la envidia (6%) o la búsqueda de empleo (10%). Aunque estas consultas representan una proporción menor, evidencian que la medicina tradicional conserva funciones sociales que trascienden el tratamiento de alteraciones



orgánicas. De acuerdo con (Kleinman, 1980) por corresponder estas demandas a los síndromes culturalmente definidos, su origen y tratamiento se explican mediante modelos culturales compartidos. Este hallazgo resulta relevante en una ciudad como Chimbote, caracterizada por procesos migratorios, empleo predominantemente informal y condiciones persistentes de vulnerabilidad social. Bajo estas circunstancias, los rituales de limpieza, florecimiento o protección cumplen funciones psicológicas, comunitarias y simbólicas que fortalecen los mecanismos de afrontamiento frente a la incertidumbre económica y social. Mientras el sistema biomédico periférico tiende a somatizar o ignorar la salud mental de estos sectores vulnerables. El curandero o la limpia tradicional ofrecen un espacio de catarsis afectiva, contención psicosocial y restauración del equilibrio espiritual que los centros de atención primaria formal no logran cubrir por limitaciones de personal o ausencia de enfoques interculturales.

4.3.3. Especialización funcional de los terapeutas tradicionales

Los resultados muestran que el sistema médico tradicional existente en Chimbote posee una organización funcional claramente diferenciada, donde cada especialista atiende problemas específicos de salud. El especialista más consultado fue el herbolario o naturista (54 %), seguido del curandero-huesero (41 %). En proporciones considerablemente menores aparecen los rezadores o sacerdotes sanadores (3 %) y las parteras (2 %). Estos resultados evidencian que la población no recurre indistintamente a cualquier terapeuta tradicional, sino que identifica competencias específicas según el tipo de enfermedad o necesidad presentada. El predominio del herbolario refleja la importancia que tiene la fitoterapia en el tratamiento de enfermedades digestivas, metabólicas, renales y circulatorias. La disponibilidad inmediata de plantas medicinales, su menor costo y el conocimiento acumulado por las familias favorecen su utilización cotidiana.

El huesero concentra la atención de problemas osteomusculares, traumatismos y el curandero se ocupa de padecimientos culturalmente definidos, como el susto, el mal de ojo o el daño. En uno y otro caso su práctica combina procedimientos físicos, rituales simbólicos y acompañamiento emocional, configurando un abordaje integral del proceso salud-enfermedad/padecimiento.

Los rezadores y sacerdotes sanadores intervienen principalmente cuando la enfermedad es interpretada desde una dimensión espiritual o religiosa, mientras que las parteras conservan una participación



focalizada en la atención del embarazo y del parto, aunque con menor presencia debido a la institucionalización progresiva de los servicios obstétricos.

Estos hallazgos respaldan los planteamientos de Menéndez (2009) sobre el pluralismo médico, según los cuales los usuarios articulan diferentes sistemas terapéuticos dependiendo de la naturaleza del padecimiento, la accesibilidad del servicio y la confianza depositada en cada tipo de especialista. Del mismo modo, coinciden con estudios recientes desarrollados en América Latina que muestran cómo la medicina tradicional continúa reorganizándose y especializándose para responder a las nuevas necesidades epidemiológicas y sociales de la población (OMS, 2023).

En conjunto, la evidencia obtenida demuestra que la sostenibilidad de la medicina tradicional en los sectores populares de Chimbote no depende exclusivamente de la preservación de conocimientos ancestrales, sino de su capacidad para responder de manera integral a problemas biológicos, psicológicos, sociales y espirituales que la población experimenta cotidianamente. La complementariedad con la medicina convencional, la accesibilidad económica, la legitimidad comunitaria y la afinidad cultural constituyen los principales factores que explican su permanencia como un componente activo del sistema local de atención en salud.

4.4. Modelos de abordaje y afrontamiento terapéutico empleados por la población

Los resultados muestran que la atención de la enfermedad en los sectores populares de Chimbote no responde a un único sistema médico, sino a un modelo plural de atención, donde coexisten prácticas domésticas, comunitarias, tradicionales y biomédicas. La enfermedad es enfrentada mediante cuatro modalidades no excluyentes principales: la autoatención (8%), la asistencia familiar (82%), el apoyo comunitario (5%) y la alternancia entre medicina tradicional y medicina hospitalaria (63%). La población transita itinerarios terapéuticos plurales. Ante la aparición de síntomas, las familias activan modelos explicativos flexibles. No operan en una disyuntiva radical entre ciencia y tradición. Por el contrario, articulan de manera sincrética ambos sectores (el biomédico y el folk) basándose en la *eficacia percibida*. Este comportamiento confirma la propuesta del **Modelo de los Sistemas de Atención de la Salud** de Arthur Kleinman (1980), quien sostiene, que toda sociedad organiza el cuidado de la enfermedad en tres grandes sectores: el **sector popular**, constituido por la familia y la comunidad; el



sector profesional, representado por la medicina institucional; y el **sector folclórico**, integrado por curanderos, herbolarios, parteras, hueseros y demás especialistas tradicionales.

Los resultados muestran que el sector popular continúa siendo el eje organizador del proceso terapéutico. La familia constituye el primer espacio de diagnóstico, interpretación y tratamiento de la enfermedad, mientras que los especialistas tradicionales y los servicios hospitalarios son incorporados posteriormente de acuerdo con la evolución del padecimiento y la eficacia percibida de cada alternativa.

4.4.1. Modelo de Autoatención: La autoatención representa la primera respuesta frente al malestar y comprende aproximadamente el 8% de los casos estudiados. Incluye el consumo de infusiones de plantas medicinales, uso de analgésicos, aplicación de baños medicinales y sahumerios destinados a "limpiar" el ambiente donde permanece el enfermo. Bajo el enfoque de Méndez (2003) el conjunto de prácticas mediante las cuales los propios individuos diagnostican, interpreta y tratan sus padecimientos antes de acudir a cualquier especialista. El paciente popular combina simultáneamente recursos provenientes de distintos sistemas médicos. Una infusión de plantas puede administrarse junto con un analgésico sin que ello represente contradicción alguna. Desde la lógica popular ambos tratamientos cumplen funciones complementarias. El uso de baños terapéuticos y sahumerios revelan además una concepción holística de la enfermedad. En este sentido, Laplantine (1999) sostiene que numerosos sistemas médicos tradicionales entienden la enfermedad como una alteración del equilibrio ecológico y simbólico entre el individuo y su entorno.

4.4.2. Modelo de Asistencia Familiar: El afrontamiento trasciende la esfera individual para convertirse en una respuesta colectiva estructurada por la familia extensa y constituirse en la principal institución sanitaria de los sectores populares. Antes de acudir al hospital, el hogar despliega un protocolo terapéutico construido sobre conocimientos transmitidos entre generaciones. La asistencia familiar es el principal mecanismo de atención de la enfermedad en el 82% de los casos registrados e integra dimensiones farmacológicas, nutricionales, afectivas y espirituales. Los cuidados son asumidos principalmente por la madre, las abuelas y tías, mediante infusiones medicinales, masajes, cataplasmas y frotaciones, caldos reconstituyentes y medicamentos farmacéuticos. En el grupo familiar los caldos preparados con gallina, pescado o cuy no solo cumplen una función alimentaria sino también terapéutica. En la medicina tradicional estos alimentos son considerados reconstituyentes de la fuerza vital. De



manera similar, la quema de hojas de eucalipto combina propiedades fitoterapéuticas objetivas con un importante significado simbólico de purificación del ambiente doméstico. Esta integración confirma el planteamiento de Menéndez (2003), quien sostiene que el hogar constituye el verdadero núcleo de producción cotidiana de salud dentro del sector popular.

4.4.3. Modelo de Asistencia Comunitaria

Cuando la enfermedad supera las capacidades de la familia, intervienen las redes comunitarias conformadas por vecinos, amistades y grupos religiosos. Aunque representa únicamente el 5% de los casos registrados, esta modalidad posee un enorme significado social. El apoyo comunitario comprende préstamos de medicamentos, entrega de alimentos, ayuda económica, acompañamiento emocional, rezos colectivos y sahumerios realizados en la vivienda del enfermo.

Estas prácticas reflejan el funcionamiento del capital social descrito por Putnam (2000), donde las relaciones de confianza y reciprocidad permiten afrontar colectivamente situaciones de vulnerabilidad. La oración colectiva constituye además un importante recurso de afrontamiento emocional. Según Kleinman (1980), los grupos religiosos forman parte del sector popular de atención porque proporcionan significado cultural a la enfermedad y disminuyen el sufrimiento psicológico mediante el acompañamiento espiritual. En este contexto, la enfermedad deja de ser una experiencia individual para convertirse en una situación compartida por toda la comunidad.

4.4.4. Modelo de Alternancia entre Medicina Tradicional y Medicina Hospitalaria

Los resultados muestran que el rasgo más representativo del comportamiento sanitario de la población estudiada es la alternancia entre medicina tradicional y medicina institucional. 73 entrevistados manifiestan haber utilizado ambos sistemas durante un mismo episodio de enfermedad, recurriendo indistintamente a establecimientos de EsSalud (37%) o del MINSA (26%), y a curanderos, hueseros o herbolarios. Este comportamiento confirma la existencia de un auténtico **pluralismo médico** (Leslie, 1980). Los usuarios no consideran incompatibles ambos sistemas, sino complementarios. Cada uno responde a dimensiones distintas del padecimiento.

La medicina hospitalaria es valorada por su capacidad diagnóstica, sus exámenes auxiliares y el tratamiento farmacológico especializado. Sin embargo, la medicina tradicional ofrece explicaciones



culturales sobre el origen del mal, mayor accesibilidad económica, atención personalizada y continuidad terapéutica.

La decisión de acudir a uno u otro sistema depende de la gravedad percibida de la enfermedad, de la experiencia previa del paciente y de la eficacia observada en tratamientos anteriores, aspectos ampliamente desarrollados por Hochbaum (1958) en el Modelo de Creencias en Salud.

Más que una competencia entre dos medicinas, los resultados muestran una relación de complementariedad donde el paciente utiliza cada recurso según las necesidades concretas del proceso de enfermedad.

a) El curandero, especialista del sufrimiento espiritual: Las funciones atribuidas al curandero incluyen el diagnóstico simbólico mediante lectura de cartas, la realización de rituales de sanación, la preparación de remedios herbales y la prescripción de restricciones alimentarias. Su práctica combina conocimientos botánicos, elementos religiosos y recursos psicológicos que permiten otorgar sentido cultural al sufrimiento del paciente.

Desde la perspectiva de Lévi-Strauss (1958), la eficacia del ritual radica en su capacidad para reorganizar simbólicamente la experiencia del enfermo, transformando un padecimiento incomprensible en un problema dotado de significado y susceptible de ser resuelto. En consecuencia, el curandero actúa simultáneamente como terapeuta, consejero espiritual y mediador entre el paciente, la comunidad y el mundo sobrenatural.

b) El huesero, especialista de los trastornos musculoesqueléticos: El huesero constituye el especialista tradicional dedicado al tratamiento de fracturas, luxaciones, esguinces y dolores osteomusculares mediante manipulaciones manuales, masajes y aplicación de preparados tópicos. Su permanencia responde principalmente a la rapidez del alivio obtenido y al bajo costo del tratamiento. En contextos donde los servicios traumatológicos presentan largas listas de espera, el huesero representa una alternativa inmediata para trabajadores cuya recuperación física determina su capacidad de generar ingresos.



c) El herbolario, especialista de la farmacopea tradicional: El herbolario concentra la mayor demanda dentro del sistema tradicional. Su labor consiste en seleccionar plantas medicinales específicas, preparar mezclas terapéuticas y orientar su correcta administración. Las boticas herbales funcionan como verdaderas farmacias populares especializadas, donde el conocimiento botánico tradicional se sistematiza y adapta a las necesidades de una población urbana.

Como muestran Bussmann y Sharon (2006), la medicina tradicional del norte peruano posee una farmacopea altamente especializada que continúa respondiendo tanto a enfermedades agudas como crónicas.

El predominio del herbolario confirma que gran parte de la sostenibilidad de la medicina tradicional descansa sobre la confianza depositada por la población en el tratamiento fitoterapéutico como complemento o alternativa de la medicina institucional.

En conjunto, los resultados permiten afirmar que el abordaje de la enfermedad en los sectores populares de Chimbote responde a un modelo de pluralismo médico pragmático, donde la población combina racionalmente los recursos disponibles según la naturaleza del padecimiento, la accesibilidad de los servicios y la eficacia culturalmente percibida de cada sistema terapéutico. La medicina tradicional no constituye un sistema residual ni opuesto a la biomedicina; por el contrario, forma parte de una estrategia adaptativa que integra conocimientos familiares, redes comunitarias, especialistas tradicionales y servicios hospitalarios, configurando un sistema complejo de atención que garantiza la continuidad del cuidado en contextos de vulnerabilidad social.

5. CONCLUSIONES

La población de los sectores populares de Chimbote presenta condiciones de vulnerabilidad estructural caracterizadas por bajos niveles de escolaridad, predominio del empleo informal, ingresos económicos limitados y diversidad en la composición familiar. Condiciones que configuran un contexto social que condiciona las formas de comprender la salud, la enfermedad y las estrategias de búsqueda de atención, favoreciendo la permanencia de la medicina tradicional como un recurso accesible y socialmente legitimado.

Las concepciones sobre el proceso salud-enfermedad en los sectores populares de Chimbote están estructuradas por un marco ideológico de carácter sincrético, donde la cosmovisión andina y la



religiosidad popular se amalgaman para dotar de sentido al padecimiento mediante categorías climáticas y mágico-religiosas.

La permanencia y el sostenimiento de la medicina tradicional están determinados por la presión de un perfil epidemiológico dominado por enfermedades crónicas y demandas psicosociales que desbordan la capacidad económica de las familias y la oferta de un sistema biomédico formal carente de pertinencia intercultural.

Los modelos de abordaje de la enfermedad configuran un sistema plural e integrado de atención donde el tránsito entre la consulta biomédica y el recurso tradicional es fluido. Este afrontamiento se sostiene en sólidas redes de parentesco y capital social que activan mecanismos de autoayuda, asistencia familiar, soporte instrumental comunitario y asistencia de alternancia entre medicina hospitalaria - especialistas de medicina tradicional, frente a la vulnerabilidad.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre Beltrán, G. (1996). *Antropología médica*. Fondo de Cultura Económica.
- Bussmann, R. W., & Sharon, D. (2006). Traditional medicinal plant use in Northern Peru: tracking two thousand years of healing culture. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 2(1), 47.
- Cabieses, F. (1995). *Apuntes sobre medicina tradicional peruana*. Universidad San Martín de Porres.
- Carmona, G. (2009). *Sistema médico andino y salud intercultural en el Cusco*. Centro de Estudios Regionales Andinos Bartolomé de Las Casas.
- Castro, R. (2011). *Teoría social y salud*. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*. University of California Press.
- Laplantine, F. (1999). *Antropología de la enfermedad*. Ediciones del Sol.
- Leslie, C. (1980). *Medical pluralism in world perspective*. *Social Science & Medicine*, 14B(4), 191–195.
- Lévi-Strauss, C. (1958). *Antropología estructural*. Eudeba.
- Menéndez, E. L. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. *Salud Colectiva*, 1(1), 9-29.



Organización Mundial de la Salud. (2023). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*. Organización Mundial de la Salud.

Putnam, R. D. (2000). *Bowling alone: The collapse and revival of American community*. Simon and Schuster.

Referencia de la investigación

Salazar Soto, L. A. (2025). *Encuesta salud-enfermedad y prácticas curativas en los sectores populares de Chimbote 2025* [Base de datos inédita]

