

Sosa Bitulas, L. A., Ramos López, J., Gonzalez Paucarhuanca, L., Ramirez Espinoza, A., y Argumedo Morote, R. N. (2025). Salud pública y prácticas culturales frente al COVID-19 en la comunidad Lorenzayuq, Perú. M. A. Santacruz Vélez (Coord). *Medicina y Salud. Un Panorama Integral de Especialidades y Avances Científicos (Volumen I)*. (pp. 35-56). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.2715.c456>



Capítulo 2

Salud pública y prácticas culturales frente al COVID-19 en la comunidad Lorenzayuq, Perú

Lucio Alberto Sosa Bitulas, Juan Ramos López, Lidia Gonzalez Paucarhuanca, Angelica Ramirez Espinoza, Rosa Natali Argumedo Morote

Resumen

El estudio analizó las prácticas culturales y la respuesta sanitaria ante el COVID-19 en la comunidad rural de Lorenzayuq y la ciudad de Ayacucho, Perú. Se enmarcó en un enfoque cualitativo y descriptivo, con observación participante y entrevistas semiestructuradas a 30 personas. Se examinó cómo los imaginarios y percepciones sobre la enfermedad, el uso de mascarillas, el acceso a medicamentos y la vacunación variaron según el contexto. El artículo exploró las diferencias entre lo rural y lo urbano en la implementación de medidas sanitarias. Mientras en las ciudades se aplicaron restricciones estrictas, en zonas rurales se adoptaron estrategias propias, influidas por la organización comunitaria, el acceso a la información y las creencias tradicionales. Se abordó la interacción entre medicina convencional y tratamientos alternativos, así como la resistencia a la vacunación en algunos sectores. El análisis resaltó la importancia de los imaginarios colectivos en la interpretación de la pandemia. Se destacó la necesidad de estrategias de salud pública que consideren las particularidades culturales y sociales de cada contexto, permitiendo una respuesta más efectiva y pertinente.

Palabras clave: Prácticas culturales; salud pública; resiliencia; COVID-19; percepción comunitaria.

Introducción

En los últimos tiempos, desde el enfoque de las ciencias sociales, se ha analizado cómo las sociedades construyen percepciones e imaginarios colectivos en torno a determinados hechos. Es evidente que no todas las personas deben pensar de la misma manera; las diferencias son inevitables y, a su vez, constituyen el punto de partida para reconocer y valorar la diversidad humana, pues responden a realidades y contextos específicos y diversos (Arguedas, 2014).

Intentar uniformar una nación con múltiples identidades culturales implica forzar la idea de eliminar diferencias, algo promovido, en parte, por las dinámicas de la globalización. Sin embargo, en un contexto de transformación de identidades, queda claro que las discrepancias persisten incluso en los niveles más pequeños de la sociedad. Esto lleva a reflexionar que la riqueza de una nación no reside en la homogeneidad, sino en la preservación de su memoria colectiva y en el conocimiento que puede emerger de su diversidad, elementos esenciales para avanzar hacia una verdadera interculturalidad.

La antropología médica no se limita a estudiar el impacto del COVID-19, sino que también explora cómo las personas interpretan las enfermedades y los procesos de diagnóstico, tratamiento y curación. Además, examina las percepciones de la pandemia en contextos urbanos y rurales, destacando las diferencias en la implementación de protocolos. Mientras las ciudades adoptaron restricciones estrictas, en áreas rurales se implementaron medidas particulares, como el cierre de fronteras locales y cuarentenas para migrantes, utilizando espacios comunitarios como instituciones educativas o municipios. Sin embargo, la percepción de estas acciones varió ampliamente según el contexto; en muchos casos, las actividades cotidianas continuaron con aparente normalidad. Asimismo, se reconoce la eficacia de tratamientos tradicionales, aunque persisten resistencias hacia la vacunación, motivadas por creencias culturales y diferencias contextuales.

Cuando el Estado peruano declaró la emergencia sanitaria e implementó medidas preventivas, estas se establecieron para todo el país, sin distinciones claras entre zonas urbanas y rurales. Aunque las recomendaciones de bioseguridad fueron atendidas en gran medida en las ciudades, en áreas rurales, como Quinua, muchas personas carecían de información sobre la razón de medidas como el confinamiento, el uso de mascarillas o el lavado de manos. Este desconocimiento revela una brecha significativa en la comunicación y aplicación de políticas públicas en territorios con dinámicas culturales y sociales diferentes (Berger y Luckmann, 1986).

Las acciones del gobierno y la población durante la pandemia reflejaron cómo los ideales tradicionales de roles sociales siguen influyendo en la sociedad,

siendo más factible el confinamiento en zonas urbanas que en áreas rurales, donde la época de cosecha impedía un encierro estricto y aseguraba el suministro de alimentos a las ciudades. Desde la antropología, se entiende que las percepciones sobre las medidas sanitarias varían según los contextos, evidenciando cómo las diferencias culturales y sociales condicionaron su cumplimiento

En este análisis se destacan las categorías de imaginario, percepciones y el impacto de la COVID-19, considerando una integración de enfoques provenientes de las ciencias sociales. Este enfoque interdisciplinario permite abordar con mayor claridad las percepciones que, en algunos casos, pueden resultar abstractas o inconsistentes entre los actores sociales. No obstante, muchas disciplinas que estudian al ser humano tienden a adoptar una perspectiva “ética”, es decir, externa y general, que a menudo ignora el contexto práctico y particular de cada individuo. La diversidad de experiencias humanas es un aspecto clave, ya que las relaciones de las personas no siempre son horizontales. Estas se fundamentan, en gran medida, en interacciones cercanas y significativas dentro de su entorno social más próximo. Este factor resulta fundamental en el análisis de percepciones, ya que omitirlo conllevaría a una visión reduccionista que homogeniza a las sociedades, desconociendo su complejidad y pluralidad.

En relación con el concepto de lo imaginario, Durand (1982), lo define como “el conjunto de imágenes y de relaciones de imágenes que constituyen el capital pensado” (p. 11). Este “capital pensado” incluye conocimientos, experiencias y perspectivas que conforman lo que se denomina capital humano, el cual influye directamente en nuestro comportamiento y en la toma de decisiones, ya sea de manera favorable o desfavorable, en respuesta a las demandas del entorno social. Castoriadis (1975), complementa esta idea al señalar que los imaginarios sociales están constituidos por creencias y significados compartidos que desempeñan un rol esencial en la formación y sostenimiento de la sociedad y sus instituciones. Estos imaginarios no solo afectan la percepción individual de la realidad, sino que también moldean las estructuras sociales y determinan la manera en que interactuamos y nos relacionamos en sociedad. Posteriormente, Castoriadis (2013), amplía esta perspectiva, argumentando que lo imaginario es una creación constante e indeterminada, tanto en lo histórico-social como en lo psíquico, a través de figuras y formas que fundamentan lo que entendemos como realidad y racionalidad (p. 12). Baeza (2011), también contribuye al análisis, afirmando que el imaginario se refiere a tipos específicos de relaciones sociales que incluyen estilos de pensamiento, comportamiento y juicio. Estos elementos configuran la percepción de la realidad, definiendo lo que se considera plausible y aceptado dentro de un contexto social compartido. En esta línea, Taylor (2006), añade que los imaginarios sociales influyen en cómo las personas conciben su existencia, las relaciones que establecen, los eventos que interpretan, y las expectativas y valores que guían su interacción. En esencia, los imaginarios no solo modelan la

percepción de la realidad, sino que también impactan las normas y valores que estructuran las interacciones humanas.

De modo que, el imaginario puede entenderse como el conjunto de ideas, representaciones y conceptos que una persona o sociedad construye respecto a una realidad, tanto subjetiva como objetiva, y que influye directamente en las acciones humanas. Este proceso está profundamente vinculado a la creatividad de nuestras mentes y a la influencia de los contextos culturales y sociales en los que nos desenvolvemos. Así, la “realidad” y la “racionalidad” se presentan como construcciones dinámicas, en constante transformación, adaptándose a las percepciones y comprensiones cambiantes del mundo.

La percepción, como elemento esencial de la existencia humana, ha sido ampliamente estudiada desde diversas perspectivas, destacándose su capacidad para reflejar tanto factores internos como externos en la construcción de la realidad. Según Carterette y Friedman (1982), citados por Arias (2006), la percepción es una función clave de la conciencia, que configura la realidad experimentada a través de la actividad de receptores estimulados por el entorno físico y modulada por la actividad del sujeto. Barthey (1982), también citado por Arias (2006), amplía este concepto al señalar que la percepción no solo pertenece al ámbito psicológico, sino que es un término de uso cotidiano, asociado con el conocimiento sensorial e intuitivo de los objetos y hechos. Estos enfoques resaltan cómo la percepción no solo se forma a partir de los elementos culturales internos, sino también de influencias externas, lo que la convierte en un proceso dinámico y multidimensional, fundamental para comprender la realidad desde contextos individuales y colectivos.

Aunque compartamos un mismo grupo social e identidad, cada persona interpreta de manera distinta los fenómenos, sucesos y manifestaciones que ocurren a su alrededor. Este contexto es clave para entender por qué, durante la pandemia, muchas comunidades no comprendieron el mensaje del confinamiento. En áreas donde las viviendas están separadas por distancias de 30 a 45 minutos de caminata, estas condiciones no fueron consideradas como un factor esencial de convivencia. Por ello, es fundamental analizar cada experiencia en su contexto específico, ya que solo así podremos identificar los elementos subyacentes que explican la realidad de las personas. Moya (1999), destaca que una comprensión integral de cada dimensión es crucial para sistematizar y construir significados, aunque como investigadores, a menudo podríamos pasar por alto ciertos aspectos implícitos. En este sentido, la percepción, según Bruner et al. (1958, citado en Arias, 2006), implica dos procesos esenciales: primero, la selección y simplificación de los datos externos para facilitar su almacenamiento y recuperación, y segundo, un esfuerzo por extrapolar la información obtenida, permitiendo predecir eventos futuros y reducir la incertidumbre.

Para abordar este proceso cultural, utilizamos los postulados de la psicología, reconociendo que la percepción es, en cierto sentido, una especulación. Sin embargo, permite comprender integralmente los procesos mediante los cuales el ser humano intenta interpretar su realidad, destacando la importancia de estas dimensiones en el desarrollo humano. La percepción social, como disciplina de la psicología social, ha enfrentado crisis de relevancia desde las décadas de 1960 y 1970 (Lara y Ocampo, 2002). Durante este período, al igual que la psicología social, buscó soluciones a problemas sociales y adaptó sus definiciones y enfoques en función de orientaciones críticas (Arias, 2006). Las percepciones individuales y grupales se construyen a partir de una realidad contextualizada, lo que influye directamente en cómo entendemos nuestro entorno y abordamos los problemas. Esta diferencia es inherente a la condición humana y refleja cómo cada individuo valora los elementos subyacentes de una problemática. No es posible, ni debería ser el objetivo, que todos tengan una misma valoración sobre un hecho. Más bien, esta diversidad debe ser reconocida y explicada, ya que a partir de ella se fundamentan las percepciones construidas en un contexto determinado (Geertz, 1973).

En síntesis, cada percepción es el resultado de una construcción personal basada en experiencias vividas. Estas experiencias previas son fundamentales para comprender un fenómeno, hecho o suceso, ya que ninguna realidad puede ser entendida sin la existencia de antecedentes significativos que hayan sido experimentados, ya sea de manera individual o colectiva. Este aprendizaje previo constituye un elemento esencial para interpretar y dar sentido a la realidad que enfrentamos.

Metodología

Esta investigación se enmarcó en un enfoque cualitativo, tal como lo proponen Hernández, Fernández y Baptista (2010), lo que permitió un análisis profundo de las experiencias y percepciones de los participantes en su contexto específico. Al tener una naturaleza no experimental y descriptiva, el diseño metodológico se centró en observar y registrar los fenómenos en su estado natural, sin manipular las variables de estudio. Además, el artículo se ubica en el nivel explicativo, el cual, según Hernández (2018), busca ir más allá de la mera descripción de los fenómenos, explorando las causas que subyacen en los eventos sociales y físicos, así como las condiciones que los determinan. Este enfoque fue fundamental para comprender por qué y bajo qué circunstancias se manifiestan las diferencias en los imaginarios y percepciones entre los contextos rural y urbano.

En cuanto a los instrumentos de investigación, se emplearon dos principales: la observación participante y las entrevistas semiestructuradas. La observación participante se realizó durante el periodo de emergencia sanitaria provocado por

la pandemia de COVID-19, permitiendo al investigador involucrarse directamente en el contexto y capturar detalles significativos sobre las dinámicas sociales. Por su parte, las entrevistas semiestructuradas se llevaron a cabo en dos localidades: la comunidad rural de Lorenzayuq y la ciudad de Ayacucho. Este instrumento se diseñó con 12 preguntas abiertas, lo que facilitó la obtención de respuestas detalladas y reflexivas por parte de los participantes. Se entrevistó a un total de 30 personas, distribuidas equitativamente entre las dos localidades (15 en cada una), generando un total de 360 respuestas que fueron analizadas con profundidad.

Este enfoque metodológico también resuena con las propuestas de Creswell (2013), quien enfatiza que los métodos cualitativos deben ser emergentes y adaptativos, permitiendo que las preguntas y técnicas se ajusten al contexto específico de la investigación. Creswell también subraya la importancia de los relatos y narrativas como herramientas para captar las percepciones y subjetividades de los participantes, un aspecto crucial en este estudio. Además, Flick (2007), contribuye a la discusión al resaltar que la metodología cualitativa se centra en comprender los casos en profundidad dentro de sus contextos particulares, y no en buscar generalizaciones amplias, lo cual fue esencial para explorar las diferencias en los imaginarios rurales y urbanos durante la pandemia.

El objetivo principal de esta investigación fue identificar y analizar las diferencias en los imaginarios y percepciones entre los contextos rural y urbano, especialmente en relación con las medidas de confinamiento y la gestión de la pandemia. Este análisis reveló cómo las realidades socioculturales, económicas y espaciales de cada contexto influyeron en las formas en que las personas interpretaron y respondieron a la emergencia sanitaria. En el ámbito rural, por ejemplo, se observaron percepciones influenciadas por las dinámicas comunitarias y la lejanía de las viviendas, mientras que en el ámbito urbano las respuestas estuvieron más condicionadas por la densidad poblacional y el acceso a información.

El periodo temporal de la investigación se centró en el año 2021, en el contexto del confinamiento social obligatorio impuesto durante la pandemia de COVID-19. Este marco temporal fue particularmente relevante, ya que permitió estudiar las respuestas de las personas en un momento de crisis global, donde las diferencias entre lo rural y lo urbano se hicieron especialmente evidentes. Este enfoque temporal y contextual enriqueció el análisis, proporcionando una comprensión integral de cómo las percepciones e imaginarios se moldearon en función de las condiciones particulares de cada entorno.

Resultados y discusión

El COVID-19

Uno de los aspectos estudiados en esta investigación es la percepción del COVID-19 como un fenómeno que impacta la salud, analizado desde los contextos rural y urbano. Para comprender esta percepción, se consideran las particularidades de cada escenario. En las áreas urbanas, la pandemia ha sido entendida como un fenómeno que exige estrictas medidas de distanciamiento social y aislamiento, además de una serie de precauciones destinadas a evitar la propagación del virus y su ingreso a los hogares. Este enfoque refleja una percepción más estructurada y alineada con las recomendaciones emitidas por las autoridades sanitarias.

Por otro lado, cabe destacar que, históricamente, las poblaciones han enfrentado diversas enfermedades utilizando una combinación de tratamientos caseros y medicamentos proporcionados por la medicina científica. Esta interacción entre prácticas tradicionales y modernas ofrece un contexto relevante para analizar cómo las comunidades, tanto rurales como urbanas, han respondido y adaptado sus estrategias frente al COVID-19, reflejando las particularidades culturales y sociales que influyen en su comprensión y manejo de la pandemia.

En ciertas comunidades campesinas, las autoridades locales implementaron medidas restrictivas para controlar la circulación de personas, tanto de entrada como de salida, como parte de su estructura organizativa social. Al mismo tiempo, algunas comunidades acogieron a poblaciones que buscaban escapar de las zonas urbanas, considerando que la pandemia podía expandirse e ingresar con quienes llegaban, un riesgo real desde el punto de vista médico. En este contexto, uno de los elementos recurrentes fue la generación de un miedo colectivo frente al contagio. Este temor, además de las implicancias sanitarias, estuvo asociado al miedo a la muerte, cuya connotación varía según el contexto: para las comunidades campesinas, la muerte es vista como un hecho inevitable contra el que no se puede luchar, mientras que en las áreas urbanas predomina la búsqueda de alternativas ofrecidas por la ciencia médica para preservar la vida.

En estas comunidades rurales, las medidas de inmovilización fueron implementadas, pero no tuvieron la misma duración que en los entornos urbanos. En un periodo relativamente corto, los pobladores rurales retomaron sus actividades cotidianas, como el cuidado de animales, cultivos y sembríos. Sin embargo, enfrentaron desafíos importantes relacionados con aquellos que retornaron a las comunidades tras un largo tiempo en las ciudades. Este retorno, en algunos casos percibido como unas “vacaciones forzadas”, dio lugar a nuevas dinámicas y conflictos territoriales, ya que muchos de estos retornantes

comenzaron a reclamar tierras, cultivarlas o construir viviendas. Además, este traslado implicaba la llegada de familias enteras, incluidos hijos y nietos, acostumbrados a las comodidades urbanas, lo que generó tensiones culturales y sociales dentro de las comunidades campesinas. Estos fenómenos reflejan las complejidades que emergieron en la convivencia entre los diferentes contextos durante la pandemia y su impacto en la organización comunitaria.

Es posible que las percepciones construidas dentro de un mismo grupo social presenten diferencias significativas entre sus integrantes. Esto se debe a que dichas construcciones no son uniformes ni aplicables de manera homogénea a todos los hombres y mujeres del grupo. Cada individuo desarrolla percepciones únicas influenciadas por sus experiencias personales y las dinámicas de su red de relaciones familiares. En algunos casos, estas construcciones también reflejan la necesidad de interacción y conexión con otros grupos familiares, lo que amplía las perspectivas individuales. Además, la modernidad ha facilitado la posibilidad de transitar entre diversos espacios en un solo día, lo que contribuye a una mayor interrelación y reconocimiento de nuestra identidad como seres sociales. Este fenómeno refuerza la construcción de percepciones colectivas e individuales, destacando cómo las experiencias y relaciones particulares moldean nuestra comprensión de la realidad y nuestro papel dentro de la sociedad.

Tabla 1. Respuestas de la pregunta 01, en el ámbito de lo rural y lo urbano.

Cód.	Pregunta 01: ¿Conoce la enfermedad del COVID-19?	
E1	No conozco mucho.	Por información de los medios de comunicación.
E2	Muy poco.	Sobre esta nueva enfermedad muy poco se conoce y se sabe.
E3	La gente habla, pero no se.	En realidad, siendo nueva enfermedad, nadie sabe explicar de qué se trata, excepto que digan que tienen un origen chino.
E4	Que será, pero todo y remedio.	El difícil saber de qué se trata esta nueva enfermedad por la poca información que existe.
E5	Eso es la gente débil.	De alguna manera si sabemos algo es porque lo hemos escuchado en los medios de comunicación a los médicos y especialistas
E6	No se.	De la aparición de esta enfermedad ya han transcurrido más de un año, y al parecer nadie tiene una explicación coherente y creíble.

Cód. Pregunta 01: ¿Conoce la enfermedad del COVID-19?		
E7	He escuchado muy poco.	He buscado información en Internet, pero no hay una información que ayude a entender de qué se trata esta enfermedad, lo único que se sabe es que es de alto riesgo
E8	La radio dice que es peligroso.	La mayor parte de los medios de comunicación han informado que el origen está en China, y lo que se nos ha dicho es que tengamos bastante cuidado en la limpieza e higiene.
E9	todos le tienen miedo.	Evidentemente es una enfermedad para el que no estuvimos preparados ni las personas ni el Estado peruano.
E10	Nosotros no sabemos nada de esa enfermedad.	Uno ya no sabe qué creer, tanto de la información sobre la enfermedad, que parece que se viene el fin de la humanidad.
E11	Sólo algunas personas dicen que es malo.	Todos los días escucho información en la televisión, y se habla de que es muy peligroso y muy riesgoso, a su vez el tratamiento es demasiado costoso.
E12	Muy poco, mi hijo es el que sabe más.	Nadie sabe explicar con mucha certeza de que se trata esta enfermedad.
	Rural	Urbano

Fuente: elaboración propia

Las diferencias en el conocimiento sobre el COVID-19 entre contextos rurales y urbanos destacan disparidades significativas en términos de acceso a la información, fuentes de conocimiento y percepciones sobre la enfermedad. En las áreas rurales, se observa un conocimiento más limitado, acompañado de una fuerte dependencia de fuentes locales de información, lo que genera percepciones estigmatizantes, temor generalizado y una falta de comprensión clara sobre el virus y su impacto. Estas limitaciones reflejan barreras estructurales en el acceso a información confiable y oportuna. Por su parte, en los contextos urbanos, las respuestas evidencian un mayor acceso a diversas fuentes de información, como los medios masivos y las plataformas digitales. Sin embargo, este acceso no está exento de desafíos, ya que se identifican confusión y escepticismo frente a la calidad y veracidad de los datos recibidos. A pesar de esto, en las zonas urbanas se percibe una mayor conciencia sobre los riesgos asociados al COVID-19, el origen del virus y las medidas preventivas necesarias, junto con preocupaciones específicas relacionadas con los costos del tratamiento y la efectividad de la gestión gubernamental. Las respuestas ponen de manifiesto las desigualdades

en la percepción y el entendimiento del COVID-19 entre lo rural y lo urbano. Esto subraya la necesidad de diseñar estrategias de comunicación y educación en salud que se adapten a las particularidades y necesidades de cada contexto, promoviendo una mejor comprensión y acción frente a la enfermedad en ambos entornos.

En este contexto, se identifican tres percepciones principales relacionadas con el impacto del COVID-19. La primera corresponde a las autoridades sanitarias a nivel nacional, quienes establecieron directrices y estrategias para contener la pandemia. La segunda abarca las perspectivas de las autoridades regionales y locales, cuyas interpretaciones y acciones estuvieron influenciadas por las particularidades de cada territorio. La tercera percepción proviene de las personas y familias dentro de las comunidades campesinas, donde las experiencias y entendimientos del virus estuvieron profundamente enraizados en sus dinámicas culturales y sociales.

Aunque podrían existir múltiples interpretaciones adicionales sobre la pandemia, estas tres perspectivas han sido asumidas como clave para analizar cómo se percibió el COVID-19 en las comunidades campesinas. Sin embargo, individualizar estas percepciones dificulta una comprensión integral de la magnitud y las implicancias de ser portador del virus en estos contextos. En un caso observado, una persona creyó estar enferma basándose en sueños recurrentes, lo que la llevó a aislarse voluntariamente de su familia y comunidad. Curiosamente, esta misma experiencia onírica le indicó más tarde que estaba recuperada, manteniendo todo el proceso en privado. Este ejemplo resalta cómo las percepciones individuales pueden estar influenciadas por creencias culturales y cómo estas moldean las formas de afrontar la enfermedad, a menudo alejadas de los enfoques médicos convencionales.

En términos generales, a pesar de contar con diversos medios de comunicación, como internet, televisión, prensa escrita y, especialmente, la radio, la difusión de información sobre la pandemia resultó insuficiente para transmitir de manera clara y efectiva los conocimientos y las implicancias del COVID-19. Este problema se agravó por la circulación de información distorsionada, lo que dificultó una comprensión precisa de la situación.

En las zonas rurales, como Quinoa, las dinámicas organizativas y el uso de los espacios siguieron patrones diferentes a los de las áreas urbanas. Aunque las personas continuaron utilizando espacios públicos, las celebraciones habituales se suspendieron, mientras que actividades esenciales, como la agricultura, se mantuvieron con relativa normalidad. Además, la feria semanal se reprogramó de los domingos a otros días, adaptándose a las nuevas condiciones. El uso de mascarillas, por su parte, no era común en las zonas rurales, salvo en eventos específicos como reuniones o actividades públicas. Este contexto evidencia la

dificultad de implementar medidas como el confinamiento en comunidades rurales, donde las actividades cotidianas, como la agricultura, constituyen el núcleo de la vida diaria y son indispensables para la subsistencia.

Por el contrario, en las zonas urbanas, un porcentaje significativo de la población acató las disposiciones gubernamentales, particularmente las impulsadas por el sector salud. Estas medidas, respaldadas por el uso de fuerzas coercitivas, incluyeron multas y sanciones para garantizar su cumplimiento. Este contraste entre lo rural y lo urbano pone de manifiesto las diferencias estructurales y culturales en la forma de afrontar la pandemia, destacando la necesidad de estrategias diferenciadas y adaptadas a cada contexto.

La percepción del COVID-19 mostró una notable variación según el contexto territorial, lo que influyó directamente en las dinámicas de las comunidades campesinas y su capacidad para cumplir con las medidas de inmovilización y distanciamiento social. En estas comunidades, se observó una rápida vuelta a la cotidianidad, lo que dificultó la implementación sostenida de estas medidas. En este contexto, emergen dos aspectos clave. En primer lugar, se evidenció una discrepancia entre las percepciones declaradas y las acciones efectivas. Aunque el miedo a la enfermedad estaba presente, este no siempre se tradujo en prácticas concretas de prevención ni en una comprensión clara de los riesgos asociados al COVID-19. En segundo lugar, muchas comunidades campesinas optaron por organizarse a través de rondas campesinas, estableciendo estrategias locales como el bloqueo de la entrada de personas externas, la implementación de cuartos de cuarentena y la adopción de un distanciamiento social estricto durante actividades esenciales como las agrícolas. Estas medidas reflejan un esfuerzo por adaptar las recomendaciones generales a las particularidades de sus contextos, con el objetivo de minimizar el riesgo de contagio dentro de sus comunidades.

El uso de mascarillas

El uso de mascarillas se consolidó como un símbolo predominante en las ciudades para prevenir la propagación del COVID-19, especialmente en entornos médicos. Este equipo de protección, inicialmente vinculado al personal de salud y a laboratorios, se adoptó masivamente como una herramienta esencial para evitar la entrada de agentes contaminantes a través de las vías respiratorias. Además, su implementación se complementó con prácticas de higiene en la manipulación de alimentos y objetos cotidianos. Con el tiempo, la mascarilla se normalizó en los entornos urbanos, siendo considerada no solo como un equipo de protección personal, sino también como parte del atuendo diario.

En las zonas rurales, el uso de mascarillas fue principalmente obligatorio y, de no ser así, probablemente no habría sido adoptado de manera espontánea. Las

características de estas áreas, con mayor amplitud territorial y menor densidad de población, contribuyeron a una menor frecuencia de casos de COVID-19 en comparación con las ciudades. Sin embargo, cuando se requería su uso, la implementación en las zonas rurales fue limitada, ya que las medidas relacionadas con su uso no se difundieron ni aplicaron de manera efectiva. Incluso en contextos urbanos, era común que las personas reutilizaran una misma mascarilla en diferentes momentos de su rutina diaria. Dentro de las comunidades campesinas, el uso de mascarillas adquirió un significado particular. Su utilización se asociaba principalmente con visitas a centros de abastecimiento, como ferias o mercados, como una forma de mostrar obediencia a las disposiciones del gobierno nacional. En estos contextos, las mascarillas representaban una práctica “reapropiada” de las áreas urbanas, adoptada durante el tránsito por espacios públicos dentro de la comunidad.

Entre los pobladores rurales, el uso de mascarillas era percibido en dos escenarios principales. El primero surgía cuando una persona había tenido contacto directo con la sociedad urbana, y el segundo, cuando la comunidad percibía que existía un riesgo de contagio. En ambos casos, llevar mascarilla generaba la percepción de estar enfermo, lo que con frecuencia derivaba en aislamiento voluntario o la exigencia de abandonar la comunidad. Este fenómeno ilustra las diferencias culturales y contextuales en la adopción de medidas sanitarias entre lo rural y lo urbano, resaltando cómo las prácticas preventivas adquirieron significados sociales particulares en cada entorno.

Cultural y socialmente, el rechazo al uso de mascarillas era prevalente en las comunidades rurales. Esta decisión no puede ser interpretada únicamente como negligencia, sino como una elección consciente cargada de significados culturales y sociales. El no uso de mascarillas reflejaba la complejidad de las circunstancias individuales y colectivas, y no se limitaba a una cuestión puramente sanitaria. Era un acto que integraba creencias locales, percepciones sobre la salud y la conexión con elementos culturales propios. El tiempo durante el cual las personas en estas comunidades usaron mascarillas fue breve. Uno de los argumentos frecuentes entre los habitantes era que, debido a su dieta basada en productos naturales, estaban protegidos de la enfermedad. Además, consideraban que las deidades andinas no presentaban ninguna desarmonía con ellos, y atribuían el impacto del COVID-19 en las ciudades a los errores cometidos por quienes vivían allí, percibiendo la pandemia como un castigo que no tendría efectos duraderos en sus comunidades.

Esta perspectiva generó una percepción crítica hacia los gestores de las medidas sanitarias, quienes no tomaron en cuenta las particularidades de las comunidades rurales. Se asumió que el Perú era una realidad homogénea en la que todos debían cumplir estrictamente las disposiciones del gobierno central. Sin embargo, estas recomendaciones no consideraban las circunstancias específicas

de cada entorno, lo que dificultó la implementación efectiva de las medidas y evidenció la desconexión entre las políticas sanitarias y las realidades culturales y sociales de las comunidades rurales.

Las comunidades campesinas retomaron rápidamente sus actividades cotidianas y sus quehaceres habituales, alineados con los ciclos del calendario solar y lunar. En un primer momento, las actividades se limitaron principalmente a los grupos de parentesco más cercanos, sin la participación activa de la comunidad en su conjunto. Sin embargo, poco antes de la primera ola de la pandemia de COVID-19 en el Perú, las actividades comunitarias se reanudaron por completo, permitiendo que estas comunidades comenzaran nuevamente a abastecer de productos agrícolas a las ciudades.

El uso de mascarillas en estos contextos fue percibido más como un gesto de aceptación hacia las recomendaciones sanitarias para contrarrestar la COVID-19. La enfermedad fue considerada una de las más graves a las que las personas podían enfrentarse, y los tratamientos variaron desde el empleo de plantas medicinales hasta la utilización de minerales y productos derivados de animales. Todas estas prácticas y recomendaciones fueron asumidas como válidas y efectivas para combatir la enfermedad, reflejando la integración de saberes tradicionales y modernos en la gestión de la pandemia. El uso de mascarillas en las comunidades campesinas fue limitado. Principalmente, las personas que mantenían contacto directo con las poblaciones urbanas fueron quienes las utilizaron, ya que debían acceder a los centros de abasto para obtener los alimentos esenciales para sus hogares. Esta dinámica destaca cómo la interacción con las ciudades influyó en la adopción de medidas sanitarias en los entornos rurales, mientras que las prácticas tradicionales siguieron desempeñando un papel central en la respuesta comunitaria a la pandemia.

Acceso a medicamentos

En cuanto al acceso a medicamentos, las comunidades mostraron una evidente desconfianza hacia el sistema médico oficial, percibiendo sus esfuerzos como un proceso de prueba y error. Ante esta incertidumbre, cada persona y familia emprendió diversas acciones basadas en sus propios saberes y prácticas tradicionales, buscando alternativas para enfrentar la enfermedad. En este contexto, la COVID-19 fue interpretada por algunos como un castigo impuesto por las deidades andinas, lo que reforzó la recurrencia a tratamientos y rituales locales como parte de la respuesta a la pandemia. Estas dinámicas reflejan la interacción entre las creencias culturales y las estrategias de cuidado adoptadas en ausencia de confianza en los sistemas médicos convencionales.

Tabla 2. Respuestas de la pregunta 02, en el ámbito de lo rural y lo urbano.

Cód.	Pregunta 04: ¿Para el tratamiento del COVID-19 ha utilizado conocimientos tradicionales?	
E1	Nosotros utilizamos puras hierbas.	Todo lo que podía curar hemos utilizado.
E2	Con comida y hierbas nos curamos.	En mi familia hemos utilizado medicamentos, pero también hemos utilizado recetas caseras.
E3	Tenemos que comer bien para no enfermarnos.	Más hemos utilizado remedios caseros en familia, aun cuando hemos comprado bastantes medicamentos, y muchos de ellos no eran aptos para el consumo humano.
E4	Hay que cocinar alimentos sanos.	Cualquier remedio en plena enfermedad era bueno, las recetas los puedes encontrar en cualquiera de las redes sociales.
E5	Las personas tenemos que comer bien.	Todos hemos utilizado medicamentos y remedios caseros.
E6	Mi vecina me ha contado que sus hijos en la ciudad han comprado medicamentos en el hospital y la farmacia.	Ya tenía parientes en el norte y en la selva, y ellos me han enviado sus recetas y creo que esa receta nos ha mejorado más que los medicamentos.
E7	Lo importante es comer bien.	Cuando uno tenía la enfermedad, todos tomamos cualquier medicamento que puede mejorarnos y aliviarnos.
E8	Todas comemos bastante y alimentos naturales.	Si yo te contara hemos tomado de todo y mi familia han tomado, no sabemos en realidad cual nos ha mejorado, pero estamos sanos en la actualidad.
E9	Mi suegra conoce todo tipo de recetas.	Los medicamentos empezaron a costar mucho y no quedaba de otra que acudir a los remedios caseros.
E10	nuestra comida es siempre comida sana.	nosotros los hemos tratado con puro remedios caseros.
E11	Cualquier enfermedad puede curarse con hierbas.	Yo tenía que trabajar y todos los días tomaba mis preparados.
E12	Muy poco nos enfermamos, a no ser que estemos viejitos.	Ya ni recuerdo qué cosas he tomado para mejorar, todos tenían una receta salvadora.
	Rural	Urbano

Fuente: elaboración propia

Las respuestas sobre el tratamiento del COVID-19 utilizando conocimientos tradicionales evidencian claras diferencias entre los contextos rurales y urbanos. En las áreas rurales, predominó el uso de hierbas, alimentos naturales y recetas transmitidas de generación en generación, subrayando la importancia de la dieta y las prácticas preventivas. Por el contrario, en los entornos urbanos, aunque los remedios caseros también fueron mencionados, se observó una mayor diversidad en las prácticas de tratamiento, incluyendo el uso de medicamentos comprados y recetas caseras influenciadas por la información obtenida en redes sociales y recomendaciones de familiares de otras regiones. Estas diferencias reflejan no solo la diversidad cultural, sino también las distintas concepciones sobre la salud y el manejo del COVID-19, destacando la necesidad de valorar y respetar las prácticas tradicionales en ambos contextos.

El enfoque de “ensayo y error” se convirtió en una estrategia común cuando los síntomas del COVID-19 se manifestaban. En casos de afecciones respiratorias, como dolor de garganta o problemas en las vías respiratorias, se priorizaron tratamientos como inhalaciones y frotaciones, cuya efectividad se basó en la experiencia personal y familiar. Estas prácticas se replicaron con éxito, adaptándose a la complejidad y diversidad de los síntomas, lo que permitió una combinación de métodos ajustados al contexto específico.

En momentos donde el acceso a medicamentos y la consulta médica fue prácticamente nulo o ineficaz, las comunidades recurrieron a un “baúl cultural” de conocimientos tradicionales. Este recurso permitió a las personas distinguir que las propuestas médicas convencionales no respondían eficazmente a sus necesidades, obligándolas a buscar alternativas en saberes provenientes de otros contextos. Este enfoque demuestra cómo las comunidades integraron sus conocimientos culturales con nuevas adaptaciones para enfrentar la crisis sanitaria, reforzando la importancia de la resiliencia cultural en tiempos de incertidumbre.

Los centros de salud en las zonas rurales enfrentaron serias limitaciones al inicio de la pandemia, comenzando por la falta de especialistas capacitados para abordar una crisis de esta magnitud. Además, el sistema de salud peruano en su conjunto estaba en un proceso de aprendizaje, enfrentándose a una enfermedad desconocida que requería nuevas estrategias y enfoques. Este contexto de incertidumbre no solo afectó al personal médico, sino también a los pobladores de las comunidades campesinas, quienes recurrieron a sus propios métodos para experimentar y validar tratamientos, algunos de los cuales resultaban poco convencionales o incluso desagradables.

La gestión de la pandemia por parte del sistema de salud generó aún más confusión al intentar comprender las características del virus y su impacto. En las comunidades, el temor y la incertidumbre se apoderaron de las personas

y las familias, dando lugar a respuestas culturales para combatir este miedo. Entre estas prácticas destacaron los rituales tradicionales para tratar el “susto”, que demostraron ser sorprendentemente efectivos en aliviar el estrés y el temor. Asimismo, organizaciones religiosas no católicas comenzaron a realizar asambleas de sanación, buscando restablecer la salud a través de prácticas espirituales.

Estas experiencias vividas reforzaron el “baúl cultural” de las comunidades, un reservorio de conocimientos que valida socialmente el uso de recursos locales para la recuperación de la salud. Este cúmulo de saberes tradicionales no solo se mantuvo dentro de los entornos rurales, sino que también comenzó a llegar a las ciudades, donde fue replicado en algunos casos. Este intercambio evidencia un contexto en el que todas las prácticas, sean tradicionales o modernas, son consideradas válidas en la búsqueda de soluciones rápidas y efectivas contra el virus. Este conocimiento empírico, basado en la experiencia comunitaria, ofrece un punto de partida valioso para que la ciencia médica lo integre como base para el desarrollo de estrategias más efectivas, incluidas las vacunas y otros tratamientos.

La “Vacuna”

En las ciudades, la espera por la llegada de las vacunas se vivió con gran ansiedad, mientras los medios de comunicación informaban constantemente sobre los avances científicos y tecnológicos que prometían desarrollar una solución en un tiempo récord. Esta cobertura diaria convirtió la información sobre la vacuna, tanto veraz como especulativa, en un tema de consumo masivo, alimentando una especie de dependencia informativa. Pronto, comenzó a surgir una competencia global y mediática entre los países y laboratorios por demostrar quién lograría producir la vacuna más eficaz, generando una “guerra” comunicacional sobre los avances científicos.

Mientras tanto, la población urbana permanecía bajo estrictas medidas de confinamiento y restricciones sociales, sin una perspectiva clara de cuándo podría retomarse la normalidad. Estas medidas afectaron severamente las economías familiares, obligando a muchas personas a consumir sus ahorros y agotar sus recursos de contingencia durante el aislamiento prolongado. En contraste, en las zonas rurales, para cuando llegó la segunda ola del COVID-19, las actividades comunitarias y cotidianas ya se habían normalizado, reflejando una diferencia significativa en la forma en que los distintos contextos territoriales enfrentaron la pandemia y sus consecuencias.

Tabla 3. Respuestas de la pregunta 09, en el ámbito de lo rural y lo urbano.

Cód.	Pregunta 09: ¿Dónde adquirido los medicamentos?	
E1	Botica.	Farmacia.
E2	Farmacia.	Farmacia.
E3	Hospital.	Farmacia.
E4	Botica.	Farmacia.
E5	Farmacia.	Farmacia.
E6	La tienda.	Farmacia.
E7	En la feria.	Farmacia.
E8	En la feria.	Farmacia.
E9	En la botica.	Farmacia.
E10	En la feria.	Farmacia.
E11	Farmacia.	Farmacia.
E12	Hospital.	Farmacia.
	Rural	Urbano

Fuente: elaboración propia

Las respuestas sobre los lugares donde se adquieren medicamentos en contextos rurales y urbanos muestran cierta uniformidad, especialmente en la preferencia por las farmacias como la principal fuente de abastecimiento en ambos entornos. Sin embargo, en las áreas rurales se mencionan además otros lugares, como boticas, hospitales, tiendas locales y ferias, lo que refleja una mayor diversidad de opciones. Esta variedad sugiere que, en los contextos rurales, donde la infraestructura y los recursos están más dispersos, las comunidades recurren a diferentes puntos de acceso según su disponibilidad. En contraste, en las áreas urbanas, la farmacia emerge como la opción predominante y, en muchos casos, la única mencionada, debido a la mayor concentración de servicios en estas zonas.

Dentro del imaginario social de las poblaciones rurales, las vacunas y los tratamientos del sistema médico oficial no eran percibidos como necesarios. En lugar de ello, los conocimientos y prácticas tradicionales se extendieron incluso a las ciudades a través de las dinámicas pendulares de las poblaciones rurales. Este fenómeno dio lugar a una masificación de recetas caseras frente a la lentitud y la falta de accesibilidad del sistema médico oficial.

A pesar de la llegada de las vacunas, las percepciones hacia ellas fueron profundamente diversas y, en muchos casos, contradictorias. Surgieron numerosos discursos cargados de desinformación, que no correspondían a la realidad, y se asociaron a teorías sobre supuestos efectos negativos y conspiraciones globales. Algunas personas consideraron que las vacunas eran un medio de control universal, diseñado para regular el comportamiento humano en un contexto de globalización tecnológica. Paralelamente, distintas religiones aportaron discursos que calificaban a las vacunas como parte de un plan “diabólico” cuyo objetivo final sería la extinción de la humanidad. Estas narrativas dificultaron el proceso de vacunación promovido por las políticas públicas del Estado peruano.

No obstante, los discursos negativos no se limitaron a las posiciones religiosas. Movimientos y organizaciones antivacunas también jugaron un papel importante en la resistencia a la inmunización, especialmente en las zonas rurales, donde su impacto fue mayor. A pesar de los esfuerzos por implementar una vacunación masiva, persiste un grupo de población que ha rechazado la vacuna sin haber experimentado complicaciones graves de salud. Este fenómeno ha generado diversas conjeturas científicas, algunas de las cuales sugieren que ciertos factores, como el tipo de sangre, la constitución corporal, la dieta basada en productos locales y las características geográficas, podrían conferir cierta inmunidad natural frente a enfermedades como el COVID-19. Este debate sigue abierto, reflejando las complejidades socioculturales y científicas asociadas a la percepción y aceptación de las vacunas.

Los comentarios y actitudes frente a las vacunas han surgido en contextos y realidades específicas. Existe una población que no solo rechaza la vacuna contra el COVID-19, sino también otras inmunizaciones esenciales para la salud pública. En el marco de la política de salud peruana, el Ministerio de Salud (MINSA) establece el uso obligatorio de la Tarjeta de Control de Crecimiento y Desarrollo (CRED), un sistema diseñado para realizar un seguimiento periódico y sistemático del crecimiento y desarrollo infantil, con el objetivo de detectar riesgos de manera oportuna. Aunque estas vacunas son obligatorias, su administración puede ser rechazada por las personas, lo que puede excluirlas del acceso a servicios de salud y educación, ya que estos están condicionados por la participación en las políticas sociales implementadas por el país.

En este contexto, muchas personas de zonas urbanas se trasladaron a áreas rurales para acceder a las vacunas. El sistema médico oficial no tuvo más opción que aplicar las vacunas a quienes lo requerían. Sin embargo, en las primeras campañas de vacunación, la cobertura en las zonas rurales fue muy limitada, dejando a una gran parte de la población sin inmunizar.

Fueron los programas sociales los que impulsaron una vacunación más masiva en estas áreas, ya que el acceso a sus beneficios estaba condicionado al

cumplimiento del esquema de vacunación. En nuestra zona de estudio, este vínculo con los programas sociales permitió que muchas personas inscritas en ellos se vacunaran para no perder los apoyos que estos ofrecían.

A pesar de estos esfuerzos, no existen datos concluyentes sobre cuántas personas realmente se vacunaron en las circunscripciones rurales. Esto se debe, en parte, a la aparición de “facilitadores” que ofrecían carnets y constancias de vacunación falsas, tanto en formato físico como digital. Esta situación complicó el monitoreo y la precisión de los registros oficiales, impidiendo que las autoridades gubernamentales tengan certeza sobre la cantidad real de personas vacunadas en áreas rurales. Este fenómeno refleja las dificultades estructurales y sociales que enfrentó el proceso de vacunación en el país.

Conclusiones

Esta investigación evidencia una marcada diferenciación en las percepciones, imaginarios y respuestas frente al COVID-19 entre la comunidad rural de Lorenzayuy y la ciudad de Ayacucho. Estos hallazgos resaltan la necesidad de diseñar estrategias de comunicación y salud pública adaptadas a las particularidades de cada contexto. En Lorenzayuy, el COVID-19 es interpretado como un castigo de las deidades andinas, lo que motiva el uso de tratamientos basados en recursos naturales, alimentos nutritivos y saberes transmitidos de generación en generación. Este conocimiento limitado está profundamente enraizado en prácticas tradicionales y culturales, reflejando la cosmovisión de la comunidad.

En contraste, en la ciudad de Ayacucho, las percepciones urbanas se caracterizan por confusión y escepticismo hacia la información moderna. Factores como el uso de mascarillas, el acceso a medicamentos y las actitudes hacia la vacunación muestran variaciones significativas en comparación con el contexto rural. Las prácticas de tratamiento en áreas urbanas, influenciadas por redes sociales y dinámicas regionales, evidencian una mayor diversidad, pero también una desconfianza hacia las intervenciones sanitarias.

Estas diferencias subrayan la importancia de respetar y valorar las prácticas culturales en ambos contextos. Adaptar las intervenciones de salud pública desde un enfoque intercultural no solo garantiza una respuesta más efectiva, sino también más respetuosa hacia las creencias, valores y necesidades de cada comunidad. Reconocer la diversidad de respuestas y percepciones, tanto en lo rural como en lo urbano, es esencial para abordar de manera integral las implicancias de la pandemia, promoviendo estrategias que integren los saberes tradicionales y las herramientas modernas en beneficio de todas las poblaciones.

Referencias

- Arguedas, J. M. (2014). *Todas las sangres*. Horizonte.
- Arias Castilla, C. A. (2006). Enfoques teóricos sobre la, percepción que tienen las personas. *Pedagógica*, 8(1), 9 - 22.
- Baeza, M. (2011). Elementos básicos de una teoría fenomenológica de los imaginarios sociales. En J. Coca, J. Valero, F. Randazzo, y J. Pintos, (eds.). *Nuevas posibilidades de los imaginarios sociales* (pp. 31-42). TREMN-CEASGA.
- Berger, P. L., & Luckmann, T. (1986). *La construcción social de la realidad*. Amorrortu Editores.
- Castoriadis, C. (1975). *La constitución imaginaria de la sociedad*. TusQuets.
- Castoriadis, C. (2013). *La institución imaginaria de la sociedad*. Tusquets.
- Creswell, J. W. (2013). *Diseño de investigación: Enfoques cualitativo, cuantitativo y mixto*. SAGE Publications.
- Durand, G. (1982). *Las estructuras antropológicas de lo imaginario*. Taurus.
- Estermann, J. (1998). *Filosofía andina. Estudio intercultural de la sabiduría autóctona andina*. Abya-Yala.
- Flick, U. (2007). *El diseño de la investigación cualitativa*. Morata.
- Geertz, C. (1973). *La Interpretación de las Culturas*. Gedisa.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. P. (2010). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Hernández, R. (2018). *Metodología de la Investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. McGraw Hill México.
- Moya, M., & Vasquez, J. (2010). De la Cultura a la Cibercultura: la mediatización tecnológica en la construcción de conocimiento y en las nuevas formas de sociabilidad. *Cuadernos de antropología social*, (31), 75 - 96.
- Taylor, C. (2006). *Imaginarios Sociales Modernos*. Paidós.
- Zapata, A., Rojas, R., & Pereyra, N. (2010). *Historia y cultura de Ayacucho*. UNICEF - IEP.

Public Health and Cultural Practices in Response to COVID-19 in the Lorenzayuq Community, Peru

Saúde pública e práticas culturais em relação à COVID-19 na comunidade de Lorenzayuq, Peru

Lucio Alberto Sosa Bitulas

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga | Ayacucho | Perú

<https://orcid.org/0000-0003-0328-9674>

lucio.sosa@unsch.edu.pe

Juan Ramos López

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga | Ayacucho | Perú

<https://orcid.org/0000-0001-5324-2554>

juan.ramos.10@unsch.edu.pe

Lidia Gonzalez Paucarhuanca

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga | Ayacucho | Perú

<https://orcid.org/0000-0002-8722-6787>

lidia.gonzalez@unsch.edu.pe

Angelica Ramirez Espinoza

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga | Ayacucho | Perú

<https://orcid.org/0000-0001-5310-6253>

angelica.ramirez@unsch.edu.pe

Rosa Natali Argumedo Morote

Universidad Nacional San Cristóbal de Huamanga | Ayacucho | Perú

<https://orcid.org/0009-0001-3225-7658>

rargumedo26@gmail.com

Abstract

The study analysed cultural practices and the public health response to COVID-19 in the rural community of Lorenzayuq and the city of Ayacucho, Peru. It followed a qualitative and descriptive approach, incorporating participant observation and semi-structured interviews with 30 individuals. The research examined how imaginaries and perceptions of the disease, mask usage, access to medicines, and vaccination varied according to context. The article explored differences between rural and urban areas in the implementation of health measures. While strict restrictions were enforced in cities, rural areas adopted their own strategies, influenced by community organisation, access to information, and traditional beliefs. The study addressed the interaction between conventional medicine and alternative treatments, as well as vaccine hesitancy in certain sectors. The analysis highlighted the role of collective imaginaries in interpreting the pandemic. It emphasised the need for public health strategies that consider the cultural and social particularities of each context, ensuring a more effective and appropriate response.

Keywords: Cultural practices; public health; resilience; COVID-19; community perception.

Resumo

O estudo analisou as práticas culturais e a resposta de saúde à COVID-19 na comunidade rural de Lorenzayuq e na cidade de Ayacucho, Peru. Ele foi enquadrado em uma abordagem qualitativa e descritiva, com observação participante e entrevistas semiestruturadas com 30 pessoas. Ele examinou como os imaginários e as percepções sobre a doença, o uso de máscaras, o acesso a medicamentos e a vacinação variavam de acordo com o contexto. O artigo explorou as diferenças entre as zonas rurais e

urbanas na implementação de medidas de saúde. Enquanto as cidades aplicavam restrições rigorosas, as áreas rurais adotavam suas próprias estratégias, influenciadas pela organização comunitária, pelo acesso a informações e pelas crenças tradicionais. A interação entre a medicina convencional e os tratamentos alternativos foi abordada, bem como a resistência à vacinação em alguns setores. A análise destacou a importância dos imaginários coletivos na interpretação da pandemia. Ressaltou a necessidade de estratégias de saúde pública que considerem as particularidades culturais e sociais de cada contexto, permitindo uma resposta mais eficaz e relevante.

Palavras-chave: Práticas culturais; saúde pública; resiliência; COVID-19; percepção da comunidade.