

## Capítulo 3

# Epidemias, colonialismo y resistencias indígenas: Una lectura histórico-sanitaria para el diseño de políticas interculturales en América Latina

Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda, Claudine Glenda Benoit Ríos

### Resumen

Este capítulo ofrece una reflexión crítica sobre el papel de las epidemias coloniales en la configuración histórica de la salud en América Latina y sus implicancias para el diseño de políticas sanitarias interculturales. Se abordan tres ejes centrales: las epidemias como instrumento biopolítico que facilitó la conquista y el colapso demográfico indígena; las transformaciones culturales del cuerpo, la espiritualidad y el sufrimiento derivadas del trauma colonial; y las resistencias médicas originarias como fundamento para repensar la salud pública actual. El ensayo se sustenta en una revisión de alcance de literatura histórica, antropológica y sanitaria, bajo un enfoque cualitativo, humanista, decolonial e interpretativo, con un diseño narrativo de tópico. Se argumenta que las epidemias no fueron fenómenos naturales aislados, sino procesos políticos que fracturaron territorios y epistemologías. Se concluye que integrar la medicina indígena es imprescindible para construir sistemas de salud justos, plurales y culturalmente pertinentes.

Palabras clave:  
Colonialismo;  
Enfermedades  
epidémicas;  
Pueblos originarios;  
Medicina indígena;  
Salud pública  
intercultural.

Álvarez Sepúlveda, H. A., & Benoit Ríos, C. G. (2025). Epidemias, colonialismo y resistencias indígenas: Una lectura histórico-sanitaria para el diseño de políticas interculturales en América Latina. En G. Barreno, (Coord). *Salud Pública y Medicina en Contexto Latinoamericano: Análisis Interdisciplinarios, Experiencias Locales y Soluciones Innovadoras para Problemas Globales (Volumen II)*. (pp. 47-XX). Religación Press. <http://doi.org/10.46652/religacionpress.388.c741>



## Introducción

Desde la llegada de Cristóbal Colón en 1492, América fue escenario de uno de los procesos epidemiológicos más trascendentales de la historia global. El contacto entre europeos y pueblos originarios propició la circulación masiva de virus y bacterias desconocidas, generando una catástrofe sanitaria sin precedentes que modificó de forma irreversible el rumbo civilizatorio del continente. La reducción abrupta de la población indígena no fue un fenómeno periférico, sino un eje estructurante de la expansión imperial. Autores como Thornton (1987); Diamond (1997) y Ávila et al. (2024), estiman que en poco más de un siglo la población originaria disminuyó entre un 70% y un 90%, particularmente en regiones de alta densidad como Mesoamérica y los Andes, donde el colapso demográfico alteró sistemas de gobierno, producción y organización territorial. Como señala Crosby (2003), las epidemias no solo acompañaron la conquista: la hicieron posible. La viruela, el sarampión y otras enfermedades actuaron como un ejército silencioso que precedía a los conquistadores, debilitando defensas políticas, militares y comunitarias.

Este proceso tampoco puede ser comprendido únicamente como un intercambio biológico fortuito. Reducir la epidemia a un fenómeno natural implicaría ignorar su dimensión histórica, política y cultural, ya que la propagación de enfermedades estuvo asociada a desplazamientos forzados, tráfico de población esclavizada, destrucción agrícola, misiones de evangelización, minería intensiva y reestructuración del territorio para fines extractivos (Cook, 1998; Castilla et al., 2024). Es decir, los virus actuaron en escenarios mediados por violencia estructural y por una administración colonial centrada en la explotación. De este modo, la pandemia colonial fue tanto epidemiológica como socioeconómica.

Asimismo, las epidemias reconfiguraron la concepción indígena del cuerpo, del equilibrio espiritual y del vínculo con la naturaleza. Para los pueblos originarios, siguiendo a Estenssoro (2015), la salud

era expresión de armonía entre los ámbitos humano, comunitario y territorial; por ello, el despojo y la irrupción europea fueron vividos como fractura del orden cósmico. Esta disrupción alteró rituales funerarios, redes de reciprocidad, jerarquías políticas y prácticas médicas ancestrales, dejando huellas que perduran en la memoria social latinoamericana. Las epidemias actuaron, así, como fenómenos biológicos, pero también como eventos epistemológicos que cuestionaron la relación entre cuerpo, territorio y mundo espiritual.

El objetivo de este trabajo es examinar cómo se articula esta triada —epidemia, colonización y resistencia— para comprender su legado en los sistemas sanitarios actuales. La tesis que se sostiene es clara: las epidemias coloniales no solo produjeron muerte física, sino también heridas epistémicas, sanitarias y territoriales que continúan condicionando la salud pública latinoamericana. Su reparación implica avanzar hacia políticas interculturales de salud que reconozcan el valor de la medicina ancestral, no como herencia folclórica, sino como sistema de conocimiento vigente y necesario. En este sentido, la descolonización sanitaria es un requisito para garantizar justicia histórica, autonomía terapéutica y bienestar colectivo.

Metodológicamente, este ensayo se sustenta en una revisión de alcance de literatura histórica, antropológica y sanitaria sobre epidemias coloniales, cosmovisiones indígenas y políticas de salud intercultural en América Latina. Se consultaron publicaciones disponibles en Scielo y Google Académico, y obras clásicas de referencia. El estudio se enmarca en un enfoque cualitativo, interpretativo y de diseño narrativo de tópicos, bajo un paradigma humanista y decolonial que privilegia la comprensión contextual antes que la medición cuantitativa. Esta estrategia analítica permite examinar críticamente el vínculo entre enfermedad, poder y resistencia indígena, visibilizando continuidades epidemiológicas y epistémicas entre el pasado y el presente. Asimismo, posibilita identificar los aportes, tensiones y posibilidades que la medicina ancestral ofrece para repensar políticas sanitarias actuales que sean culturalmente pertinentes, históricamente informadas y éticamente reparadoras.

## **Epidemias como vector de conquista: Biopolítica y colapso demográfico**

El contacto entre europeos y amerindios inauguró un proceso de circulación biológica conocido como *Columbian Exchange* (Crosby, 2003), que incluyó patógenos como *Variola major* (viruela), *Morbilivirus* (sarampión), influenza, peste bubónica y tifus. Estas enfermedades encontraron en América un terreno inmunológicamente virgen: poblaciones que durante milenios habían evolucionado sin exposición previa a dichos agentes y, por ende, carecían de anticuerpos protectores. Las consecuencias fueron devastadoras, tanto en términos demográficos como en la desestructuración institucional y cultural de las sociedades originarias. De acuerdo con Crosby (2003), el choque microbiano entre ambos continentes fue un fenómeno asimétrico, pues Europa aportó patógenos mortales mientras que América no transmitió enfermedades equivalentes, lo que configuró un desequilibrio biológico que favoreció la expansión imperial.

Cook (1998), sostiene que la viruela jugó un papel decisivo en la caída de Tenochtitlan en 1521. Mientras las tropas de Cortés intentaban tomar la ciudad, una epidemia arrasaba silenciosamente con la estructura defensiva mexicana, diezmando a tlaxcaltecas, guerreros y sacerdotes encargados del sostenimiento simbólico del estado imperial. Mann (2006), amplía esta lectura señalando que la enfermedad no solo mató cuerpos, sino que destruyó capital cognitivo indígena: artesanos especializados, astrónomos, cartógrafos, herbolarios, nobles educados en calmécac y teopixque encargados de la memoria ritual. De ahí que la epidemia fuera también una epidemia de conocimiento, pues redujo la transmisión de saberes técnicos y cosmológicos milenarios.

En el ámbito andino, la llegada del virus entre 1524 y 1526 antecedió a la guerra civil entre Huáscar y Atahualpa y debilitó la institucionalidad inca, facilitando la conquista española (Hemming, 1970; Diamond, 1997). La enfermedad actuó como un factor geopolítico,

transformando el equilibrio estratégico del continente. También afectó rutas de mita, cultivos de maíz y sistemas hidráulicos destinados al almacenamiento de alimentos, lo que incrementó la vulnerabilidad de la población frente a hambrunas (Spalding, 1984). No fue un fenómeno aislado: su propagación respondió a desplazamientos forzados, tráfico de esclavos, desforestación y el establecimiento de haciendas y minas que desarticularon los sistemas productivos sostenibles (Gade, 1999; Castilla et al., 2024).

El impacto epidemiológico fue continental. En América del Norte, el sarampión de 1545 redujo poblaciones algonquinas y sioux, propiciando la expansión colonial hacia el valle del Misisipi (Thornton, 1987; Crosby, 2003). En el Caribe, la combinación entre viruela y esclavización produjo la extinción casi total de los taínos en menos de cinco décadas. La epidemia, por tanto, no fue un acontecimiento orgánico separado de la acción humana: fue una fuerza histórica con consecuencias políticas concretas.

A la luz de Foucault (2004), la epidemia puede leerse como un dispositivo biopolítico que gestionó cuerpos y poblaciones, reguló la capacidad de trabajo indígena y reconfiguró el territorio como campo de extracción económica. La muerte, en este sentido, no fue un accidente; fue una herramienta involuntaria de conquista que operó en la intersección entre cuerpo, territorio y poder colonial. Analizar la epidemia como vector de dominación permite entender que la salud no es solo fenómeno médico, sino una dimensión histórica que distribuye vidas, muertes y sentidos de humanidad.

### **Transformaciones culturales del cuerpo: Espiritualidad, duelo y resignificación del sufrimiento**

Antes de la conquista, los pueblos originarios poseían concepciones holísticas del cuerpo y la enfermedad. La salud se entendía como equilibrio entre fuerzas cósmicas, sociales y ambientales, donde el cuerpo no era una entidad aislada, sino un nodo integrado al

territorio, la comunidad y el mundo espiritual. En el caso andino, la Pachamama era fuente de vida, alimento y bienestar; en el mundo mapuche, la ñuke mapu constituía una matriz energética que sostenía la existencia; y en Mesoamérica, el teotl representaba el flujo vital que circulaba entre seres y elementos del cosmos (Kusch, 2007; Menéndez, 2024). La reciprocidad —ayni en los Andes, meli witrán mapu en Wallmapu o altepetl en el México central— regulaba tanto la producción agrícola como la salud espiritual, indicando que enfermedad y desarmonía eran fenómenos inseparables.

Con la llegada de los virus europeos, ese orden fue fracturado de manera abrupta. Estenssoro (2015), explica que las epidemias se interpretaron como desequilibrios cósmicos o castigos por la ruptura del vínculo con la tierra luego de la invasión extranjera. El duelo se volvió omnipresente, y los rituales funerarios —antes centrados en continuidad y renacimiento— adquirieron un tono catastrófico. La muerte dejó de ser tránsito para convertirse en desarraigo.

Frente a este escenario, las comunidades indígenas reelaboraron simbólicamente el cuerpo enfermo. La viruela, llamada hueyzáhuatl por los mexicas, pasó a ser entendida como una prueba espiritual, lo que exigía ayuno, temazcales y purificación ritual (León, 2006). Entre los pueblos andinos, el uso de quina —descubierta por los curanderos quechuas y posteriormente integrada a la farmacopea europea como quinina— se convirtió en recurso terapéutico central. En la Amazonía, la mezcla de cortezas, vahos y bebidas visionarias fortaleció el vínculo entre sanación y el mundo espiritual.

La epidemia también alteró la memoria social del cuerpo, generando el duelo histórico transgeneracional. No solo se perdieron vidas: se erosionaron lenguas, calendarios rituales, códigos, linajes sacerdotales y modos de comprender la enfermedad. La salud se convirtió en un territorio político, donde la supervivencia biológica era inseparable de la defensa cultural. Como advierte Walsh (2015) y Castilla et al. (2024), el trauma colonial no terminó en el siglo XVI:

continúa inscribiéndose en los cuerpos indígenas mediante pobreza estructural, racismo sanitario y patologización de saberes ancestrales.

La enfermedad dejó así de ser únicamente un fenómeno fisiológico para transformarse en un campo de disputa simbólica. El cuerpo indígena colonizado —marcado, diezmado y doliente— se volvió archivo viviente del genocidio epidemiológico. Entender esta transformación permite comprender por qué la salud para los pueblos originarios no es solo reparación física, sino restitución espiritual, territorial y epistémica.

### **Resistencias médicas indígenas y su valor para la salud pública actual**

A pesar del despojo territorial, la evangelización forzada y la destrucción de códigos, los saberes médicos originarios no solo sobrevivieron, sino que se adaptaron de manera resiliente frente a la colonialidad (Ávila et al., 2024). Parteras, machi, yatiri, hierbateros y chamanes mantuvieron vivas prácticas como baños de vapor, infusiones, dietas rituales, uso de cortezas, maceraciones en agua o alcohol, aplicación de emplastos y limpiezas energéticas. La fitoterapia indígena —basada en plantas como quina, paico, boldo, quillay, llantén, ruda, ayahuasca o huayo negro— constituye un sistema farmacológico milenario que permitió la continuidad biológica y cultural de las comunidades (Menéndez, 2009). No se trató solo de medicina para el cuerpo, sino para el espíritu, entendiendo que enfermedad y desequilibrio emocional o territorial son fenómenos interdependientes.

Hoy, estos conocimientos son reconocidos por organismos nacionales e internacionales. La Organización Mundial de la Salud (2013), señala que la medicina tradicional es un pilar clave para la cobertura universal de salud en pueblos indígenas y rurales, especialmente en contextos donde la biomedicina no llega o carece de pertinencia cultural. De forma complementaria, Montenegro y Stephens (2006),

advierten que el 80% de las poblaciones indígenas en América Latina recurre, total o parcialmente, a tratamientos tradicionales antes de acceder a atención médica occidental. Esta realidad evidencia una continuidad estructural de autonomía sanitaria, más que un signo de atraso epistémico.

Menéndez (2024), cuestiona el paradigma biomédico hegemónico por su fijación en la enfermedad y no en el sujeto que la vive. Bajo esta premisa, el modelo dominante patologiza síntomas, pero ignora el sufrimiento sociocultural asociado a pobreza, racismo institucional y pérdida territorial. En contraste, la medicina indígena concibe la sanación como un proceso integral que implica acompañar, nutrir, escuchar, ritualizar y restablecer el equilibrio vital, más que simplemente prescribir fármacos. Esta diferencia epistemológica explica por qué los pueblos originarios no conciben la curación sin comunidad, territorio ni espiritualidad.

En este contexto, la historia ofrece lecciones urgentes para el diseño de políticas interculturales de salud pública. La evidencia bibliográfica analizada indica que la devastación colonial no se debió exclusivamente a virus invasores, sino a la desarticulación económica, al trabajo forzado, a la ruptura de redes alimentarias y a la violencia estructural. Estos procesos persisten en el siglo XXI: desnutrición infantil en Guatemala, suicidio juvenil mapuche asociado a trauma histórico, tuberculosis y malaria en comunidades amazónicas, mortalidad materna wichí y kuna, y enfermedades derivadas del extractivismo minero y petrolero. La crisis sanitaria actual es un eco prolongado de la conquista.

Reconocer la resistencia médica indígena no es un gesto romántico ni museográfico: constituye una herramienta concreta y estratégica para transformar los sistemas sanitarios actuales. Este reconocimiento exige asumir que las prácticas de sanación indígenas no han sobrevivido como reliquias folclóricas, sino como formas vigentes de conocimiento, arraigadas en relaciones históricas con el territorio, la



espiritualidad y la comunidad. Restituir autonomía terapéutica implica, por tanto, dismantelar siglos de subordinación epistémica y devolver a las comunidades la capacidad de decidir cómo, con quién y desde qué marcos culturales se produce la salud.

Ello supone avanzar hacia hospitales interculturales que no operen como anexos simbólicos del modelo biomédico, sino como espacios de co-gestión donde machi, parteras, yatiris, médicos y agentes comunitarios participen en condiciones de igualdad. Del mismo modo, requiere fortalecer redes de salud comunitaria capaces de diagnosticar, prevenir y acompañar desde lógicas colectivas; formar médicos bilingües que comprendan los universos culturales de sus pacientes; y proteger los territorios medicinales frente al avance extractivista que amenaza la disponibilidad de plantas, aguas y lugares rituales esenciales para la cura. Incorporar la partería tradicional en los protocolos obstétricos no es solo reconocer su eficacia, sino garantizar prácticas de nacimiento respetuosas con los saberes ancestrales y con la autonomía corporal de las mujeres indígenas.

Tal como plantean Walsh (2015) y Castilla et al. (2024), la salud pública solo podrá considerarse verdaderamente democrática cuando reconozca la coexistencia epistémica de múltiples formas de sanar y abandone la pretensión monocultural de universalidad del paradigma biomédico. Desde esta perspectiva, una política sanitaria descolonizada evita reducir los saberes indígenas a elementos decorativos o testimoniales y los asume como un fundamento epistemológico y operativo indispensable para reconstruir el bienestar en territorios históricamente heridos por la violencia colonial, la marginalización institucional y la pérdida de soberanía sanitaria. En definitiva, avanzar hacia esta transformación implica repensar la salud como un derecho que se ejerce no solo en el cuerpo individual, sino también en la memoria, el territorio, la comunidad y la dignidad colectiva.

## Conclusión

La historia sanitaria latinoamericana muestra que las epidemias coloniales no fueron accidentes biológicos ni fenómenos espontáneos, sino consecuencias políticas vinculadas al despojo territorial, la imposición cultural, el trabajo forzado y la destrucción de los sistemas ecológicos que sostenían la vida indígena. La viruela, el sarampión y la gripe operaron como armas involuntarias de conquista que no solo precipitaron un colapso demográfico sin precedentes, sino que reconfiguraron ontologías del cuerpo, de la enfermedad, de la muerte y del territorio. La herida epidemiológica fue también una herida epistémica: al destruir poblaciones, se fracturaron cosmovisiones, calendarios rituales, archivos simbólicos y sistemas de conocimiento milenarios.

Sin embargo, la historia de la salud en América Latina no es únicamente la historia del daño. También es la historia de la resistencia. A pesar de la violencia biológica y colonial, los pueblos originarios preservaron plantas medicinales, lenguajes rituales, técnicas de partería, tratamientos herbales y concepciones holísticas del cuerpo y la tierra. El duelo se transformó en continuidad cultural y la medicina ancestral en memoria activa. La colonialidad fue profunda, pero no total: allí donde hubo invasión, hubo también re-existencia.

Este legado permanece vivo y es urgente para el presente. Actualmente, los sistemas sanitarios latinoamericanos enfrentan desigualdad, racismo institucional, medicalización excesiva, patologización de identidades indígenas y una crisis ecológica que reabre las preguntas del siglo XVI. Recuperar la medicina tradicional no es un gesto nostálgico ni arqueológico: es un acto político. La interculturalidad sanitaria —cuando no se limita al discurso— constituye una vía de reparación histórica, restitución epistémica y fortalecimiento de la soberanía comunitaria. Implica pasar de la inclusión simbólica a la redistribución real del poder terapéutico, donde la biomedicina no absorba ni domestique los saberes indígenas, sino conviva con ellos en igualdad epistémica.

Un sistema de salud latinoamericano verdaderamente humano será aquel que no cure solo cuerpos, sino también heridas coloniales. Será un sistema capaz de comprender que la sanación implica restaurar territorio, dignificar memoria, devolver lengua, proteger biodiversidad y garantizar autonomía. Las cosmovisiones originarias enseñan que la salud no se reduce a sobrevivir; se expresa en la posibilidad de recuperar el equilibrio con el mundo.

De cara al futuro, se vuelve imprescindible impulsar investigaciones que profundicen en la articulación entre medicina ancestral, políticas sanitarias actuales y justicia epistémica. Se requieren estudios comparativos entre sistemas terapéuticos mapuche, quechua, amazónico y mesoamericano, enfatizando no solo su eficacia clínica, sino también sus dimensiones espirituales, ecológicas y comunitarias. Asimismo, es urgente desarrollar metodologías participativas que involucren a machi, parteras, yatiri y sabedores indígenas como coautores y no simples informantes, con el objetivo de promover una producción científica intercultural que supere el extractivismo académico.

El campo también demanda investigaciones sobre el impacto del extractivismo minero y agroindustrial en la pérdida de plantas medicinales y territorios sagrados, así como evaluaciones de hospitales interculturales, programas de salud comunitaria y formación médica bilingüe. Construir una salud pública descolonizada implica no solo mirar el pasado, sino imaginar futuros donde la curación colectiva sea un derecho y no una excepción. Este desafío es, al mismo tiempo, científico, ético y civilizatorio.

## Referencias

- Ávila, O., Matamoros, F., y Melgarejo, M. (2024). Discusiones interdisciplinarias sobre persistencia colonial, descolonización, experiencia y pasajes socioantropológicos y políticos latinoamericanos. *Antipoda. Revista de Antropología y Arqueología*, (57), 3-19. <https://doi.org/10.7440/antipoda57.2024.01>
- Castilla, M., Hirsch, S., y Schmidt, M. (2024). Desigualdades, disputas ambientales y sanitarias en pueblos indígenas de América Latina. *Revista del Museo de Antropología*, 17(3), 249-254. <https://dx.doi.org/10.31048/bk67w495>
- Cook, N. (1998). *Born to die: Disease and New World conquest, 1492–1650*. Cambridge University Press.
- Crosby, A. (2003). *The Columbian exchange: Biological and cultural consequences of 1492*. Praeger.
- Diamond, J. (1997). *Guns, germs, and steel: The fates of human societies*. WW Norton & Company.
- Estenssoro, J. (2015). *Del paganismo a la santidad: La incorporación de los indios del Perú al catolicismo, 1532-1750*. Institut français d'études andines, Instituto Riva-Agüero, y Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Foucault, M. (2004). *Nacimiento de la biopolítica*. Fondo de Cultura Económica.
- Gade, D. (1999). *Nature and culture in the Andes*. University of Wisconsin Press.
- Hemming, J. (1970). *The Conquest of the Incas*. Harcourt Brace.
- Kusch, R. (2007). *América profunda*. Belidos Ediciones.
- León, M. (2006). *La filosofía náhuatl estudiada en sus fuentes*. UNAM.
- Mann, C. (2006). *1491: New revelations of the Americas before Columbus*. Vintage Books.
- Menéndez, E. (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Lugar.
- Menéndez, E. (2024). De hegemonías, subalternidades y posibles contrahegemonías: El caso de la medicina tradicional de los pueblos indígenas de México. *Salud Colectiva*, (20). <https://doi.org/10.18294/sc.2024.4843>

- Montenegro, R., & Stephens, C. (2006). Indigenous health in Latin America and the Caribbean. *Lancet*, 367, 1859-1969.
- Organización Mundial de la Salud (2013). *Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023*.
- Spalding, K. (1984). *Huarochirí: An andean society under Inca and Spanish rule*. Stanford University Press.
- Thornton, R. (1987). *American indian holocaust and survival: A population history since 1492*. University of Oklahoma Press.
- Walsh, C. (2015). Decolonial pedagogies walking and asking. Notes to Paulo Freire from Abya Yala. *International Journal of Lifelong Education*, 34(1), 9-21.

***Epidemics, colonialism and indigenous resistance: A historical-health perspective for the design of intercultural policies in Latin America***

***Epidemias, Colonialismo e Resistências Indígenas: Uma Leitura Histórico-Sanitária para o Desenho de Políticas Interculturais na América Latina***

**Humberto Andrés Álvarez Sepúlveda**

Universidad Católica de la Santísima Concepción | Concepción | Chile

<https://orcid.org/0000-0001-5729-3404>

halvarez@ucsc.cl

humalvarezsep@gmail.com

Académico de la Universidad Católica de la Santísima Concepción (Chile). Doctor en Sociedad y Cultura por la Universidad de Barcelona (España). Autor de diversos capítulos de libros y artículos sobre educación histórica publicados en revistas científicas indexadas a Vos, Scopus y Scielo.

**Claudine Glenda Benoit Ríos**

Universidad Católica de la Santísima Concepción | Concepción | Chile

<https://orcid.org/0000-0002-1791-2212>

cbenoit@ucsc.cl

claudbenoit@gmail.com

Académica del Departamento de Didáctica de la Universidad Católica de la Santísima Concepción, Concepción (Chile). Doctora en Lingüística, por la Universidad de Concepción. Investigadora en didáctica de la comprensión y producción del lenguaje, y estrategias colaborativas durante el procesamiento.

## **Abstract**

This chapter offers a critical reflection on the role of colonial epidemics in the historical configuration of health in Latin America and their implications for the design of intercultural health policies. Three central themes are addressed: epidemics as a biopolitical instrument that facilitated conquest and indigenous demographic collapse; cultural transformations of the body, spirituality, and suffering resulting from colonial trauma; and indigenous medical resistance as a basis for rethinking current public health. The essay is based on a comprehensive review of historical, anthropological, and health literature, using a qualitative, humanistic, decolonial, and interpretive approach, with a narrative design of the topic. It argues that epidemics were not isolated natural phenomena, but political processes that fractured territories and epistemologies. It concludes that integrating indigenous medicine is essential for building fair, pluralistic and culturally relevant health systems.

Keywords: Colonialism; Epidemic diseases; Indigenous peoples; Indigenous medicine; Intercultural public health.

## **Resumo**

Este capítulo oferece uma reflexão crítica sobre o papel das epidemias coloniais na configuração histórica da saúde na América Latina e suas implicações para o desenho de políticas sanitárias interculturais. Três eixos centrais são abordados: as epidemias como instrumento biopolítico que facilitou a conquista e o colapso demográfico indígena; as transformações culturais do corpo, da espiritualidade e do sofrimento derivadas do trauma colonial; e as resistências médicas originárias como fundamento para repensar a saúde pública atual. O ensaio se sustenta em uma revisão de escopo da literatura histórica, antropológica e sanitária,

sob uma abordagem qualitativa, humanista, decolonial e interpretativa, com um desenho narrativo de tópicos. Argumenta-se que as epidemias não foram fenômenos naturais isolados, mas processos políticos que fraturaram territórios e epistemologias. Conclui-se que integrar a medicina indígena é imprescindível para construir sistemas de saúde justos, plurais e culturalmente pertinentes. Palavras-chave: Colonialismo; Doenças epidêmicas; Povos originários; Medicina indígena; Saúde pública intercultural.