

COLECCIÓN
ESPECIAL

La escuela peruana y las epidemias (1900-2020)



ENMANUEL
MONTALVO SALCEDO



MUSEO VIRTUAL
HISTORIA
DE LA
ESCUELA
PERUANA



CENTRO DE
**INVESTIGACIONES Y
SERVICIOS EDUCATIVOS**

COLECCIÓN
ESPECIAL

La escuela peruana y las epidemias (1900-2020)



ENMANUEL
MONTALVO SALCEDO

Licenciado en Historia (PUCP)



CENTRO DE
**INVESTIGACIONES Y
SERVICIOS EDUCATIVOS**

La escuela peruana y la epidemias (1900-2020)

© Pontificia Universidad Católica del Perú (PUCP).
Centro de Investigaciones y Servicios Educativos (CISE).
Av. Universitaria 1801, San Miguel, Lima - Perú
<http://cise.pucp.edu.pe/>

Autor

Enmanuel Montalvo Salcedo

Corrección de estilo

Axel Torres Queija

Ilustración y diagramación

Ana Lucía Saavedra

Primera edición digital, noviembre 2025

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 025-02618

Reproducción: la información contenida en este documento puede ser reproducida de forma total o parcial, comunicando previa y de manera expresa a los propietarios de los derechos de autor, y mencionando los créditos y las fuentes de origen respectivas.

El contenido de este documento es responsabilidad de sus autores. Las ideas, afirmaciones y opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad.

ISBN: 978-612-49159-7-0



ÍNDICE

Presentación	<u>6</u>
Introducción	<u>8</u>
Los agentes mundiales: las grandes pandemias	<u>10</u>
1. La peste bubónica en el siglo xx (1903-1905)	<u>10</u>
2. La gripe española (1918-1920)	<u>13</u>
3. El cólera en el Perú (1990)	<u>16</u>
4. La nueva gripe H1N1 (2009)	<u>21</u>
5. La pandemia de la COVID-19 (2020)	<u>27</u>
Los enemigos cotidianos: las enfermedades endémicas	<u>33</u>
1. El tifus en el mundo andino y rural	<u>33</u>
2. La malaria costeña y selvática	<u>37</u>
3. El dengue en el Perú	<u>42</u>
Reflexiones finales	<u>47</u>
Referencias	<u>49</u>



PRESENTACIÓN

La Colección Especial del Museo de Historia de la Escuela Peruana es una línea editorial dedicada a publicar estudios centrados en problemáticas específicas que, desde distintas perspectivas, han marcado la historia de la educación en nuestro país. Este número está dedicado a analizar la relación entre las epidemias y la escuela peruana durante el periodo 1900-2020.

A lo largo de estos años, diversas enfermedades —desde la peste bubónica y la gripe española, hasta el cólera, el AH1N1 y la pandemia de la COVID-19— afectaron de manera directa la vida escolar, revelando la vulnerabilidad de la infraestructura educativa, las limitaciones de la gestión estatal y las desigualdades sociales de nuestro país. Asimismo, se examinan las enfermedades endémicas, como el tifus, la malaria y el dengue, que han incidido de manera persistente en comunidades rurales y urbanas, condicionando el acceso a la educación.

Con este estudio, buscamos ofrecer una aproximación documental e histórica que permita comprender cómo la escuela ha debido adaptarse y responder a las emergencias sanitarias, y cómo, en muchos casos, estas crisis pusieron en evidencia la necesidad de articular de mejor manera las políticas de salud y educación. Más allá de los cierres escolares o las pérdidas de clases, el análisis invita a reflexionar sobre la función de la escuela como espacio de transmisión de saberes sanitarios, de resiliencia comunitaria y de construcción de aprendizajes sociales frente a la adversidad.



El autor, Enmanuel Montalvo Salcedo, historiador formado en la Pontificia Universidad Católica del Perú, ofrece aquí una investigación que articula fuentes documentales, estadísticas y bibliográficas recientes, con el propósito de fortalecer la memoria histórica de la educación peruana en contextos de epidemia.

Confiamos en que esta obra no solo enriquecerá el conocimiento sobre la relación entre salud y educación en la historia del Perú, sino que también contribuirá a generar conciencia sobre los retos actuales y futuros que enfrentará la escuela frente a nuevas emergencias sanitarias.

Dra. Carol Rivero Panaqué

Directora del Centro de Investigaciones y Servicios
Educativos



INTRODUCCIÓN

Este texto tiene como objetivo ofrecer una visión general y divulgativa sobre los principales aspectos de la interacción entre el sector educativo y el manejo de las epidemias a lo largo de los siglos xx y xxi. En particular, se examina el impacto de este proceso en las escuelas y su importancia para su desarrollo. Se busca identificar los aprendizajes, o la ausencia de ellos, que el Estado y la sociedad peruana han adquirido durante este periodo, tanto en el enfrentamiento de las enfermedades epidémicas como en el tratamiento de la educación en dicho contexto. Aunque no se pretende abarcar todos los aspectos de manera exhaustiva, el enfoque propuesto se fundamenta en la bibliografía más reciente sobre el tema y en información oficial relevante. Asimismo, con el fin de no limitarse exclusivamente a las enfermedades consideradas como agentes externos, es decir, originadas en pandemias globales, el estudio incorpora un análisis de las experiencias en el manejo de enfermedades endémicas y su relación con la educación.

Para abordar este tema, se debe establecer una diferenciación conceptual respecto a las enfermedades mencionadas. Se entiende como epidemia un brote inusual en tiempo y magnitud de una enfermedad en una región determinada. Cuando una epidemia adquiere un alcance global y se transmite de manera comunitaria en diversas regiones, se transforma en pandemia. Finalmente, cuando una enfermedad se circunscribe de forma sostenida a una región específica, se convierte en endémica. Una enfermedad



puede originarse como un brote epidémico en una región particular, extenderse a nivel mundial como pandemia y, eventualmente, establecerse como endémica en regiones similares.



Los agentes mundiales: las grandes pandemias

1. LA PESTE BUBÓNICA EN EL SIGLO XX (1903-1905)

Contexto general

La peste bubónica es una infección causada por la bacteria *Yersinia pestis*, transmitida principalmente por pulgas infectadas que infestan los cuerpos de roedores. La etiología de la enfermedad se caracteriza por la aparición de grandes bubones en los ganglios linfáticos, fiebre alta, vómitos, gangrena y, en muchos casos, la muerte. Este antiguo flagelo del Viejo Mundo provocó dos de las pandemias más devastadoras en la historia de Eurasia, la “peste justiniana” en el siglo VI d. C. y la “peste negra” en el siglo XIV d. C. Por ello, el temor generado por su reaparición y propagación mundial a finales del siglo XIX resulta comprensible.

El tercer brote mundial de la peste bubónica tuvo su origen en 1898 en Hong Kong y se extendió hacia distintas regiones del mundo a través de los puertos marítimos, hasta llegar al Callao en 1903. La preocupación en torno a la enfermedad aumentó cuando una decena de trabajadores del molino Milne contrajo la infección. Los pacientes presentaban síntomas como inflamación ocular, fiebre alta y bubones. La rápida propagación de la peste fue favorecida por las pésimas condiciones de salubridad, el hacinamiento y la proliferación de ratas en los barrios pobres (Cueto, 1991, p. 1).

Figura 1

Lazareto de Guía². Foto: David Pino y Skyscrapercity, tomada del blog Marco Gamarra Galindo.



Nota. Archivo
El Comercio

La epidemia reveló las graves deficiencias sanitarias en las ciudades del litoral peruano y la ausencia de una estructura institucional capaz de afrontar dichos problemas. La capacidad limitada de la policía municipal y de las sociedades de beneficencia resultó insuficiente ante las demandas que impuso la peste. Esta situación marcó el primer paso hacia la institucionalización de la salud pública en el país, como lo evidencia la creación de la Dirección de Salubridad Pública en 1903. A pesar de las medidas adoptadas por el Estado se orientaron a erradicar la peste en el menor tiempo posible, su aplicación se caracterizó por un alto grado de autoritarismo, lo que afectó de manera significativa la vida cotidiana de los sectores urbanos más pobres. Como consecuencia, la mayoría de los infectados optó por ocultar su estado, mientras que la población en general resistió la implementación de las medidas de salubridad (Cueto, 2020, pp. 42-52).

² Espacios destinados para la cuarentena de los infectados en las afueras del distrito del Rímac.

Impacto en la escuela

En una época en que el paradigma bacteriológico aún no se había establecido plenamente, prevalecían las ideas que atribuían la transmisión de infecciones a la falta de higiene. Por ello, las medidas profilácticas contra la peste se centraron en el aseo y la limpieza de las infraestructuras. En este sentido, aunque las escuelas ya estaban obligadas por la norma a contar con salones amplios, bien iluminados y ventilados (Reglamento de Instrucción Pública, 1884), la expansión de la peste obligó a reconsiderar los cánones de higiene en los salones. La *Crónica Médica* (1905) destaca que las medidas necesarias para evitar la infección en poblaciones indemnes consisten, esencialmente, en la aplicación de los preceptos generales de higiene. Por lo tanto, era imperativo garantizar la limpieza de la población, “manteniendo la limpieza más perfecta así de las habitaciones, cualquiera que sea la condición social de sus moradores, como de los edificios públicos, talleres, fábricas, colegios, iglesias, conventos, lugares de detención, comisarías, cárceles, etc.” (p. 96).

Figura 2

Centro de Lima en 1903. Foto: *El Comercio*



Nota. Archivo
de Gonzalo
Maguiña

Sin embargo, la medida más frecuente para enfrentar el problema en los colegios fue su cierre temporal, lo que conllevó la pérdida de clases para los estudiantes. Esta disposición se aplicó extensivamente en Lima y en las regiones de la costa peruana afectadas por la epidemia de principios de siglo.

2. LA GRIPE ESPAÑOLA (1918-1920)

Contexto general

La gripe española fue la primera pandemia global del siglo XX. Aunque su origen exacto aún se debate, se considera plausible que su propagación se debiera a los soldados estadounidenses desplegados durante la Primera Guerra Mundial. La enfermedad provocó estragos en todo el mundo y alcanzó una cifra estimada de entre 60 y 70 millones de fallecidos entre 1918 y 1919 (Chávez, 2015, p. 8). Esta cantidad se elevó debido a la férrea censura de los gobiernos en guerra, el constante desplazamiento de las poblaciones por el comercio internacional y la falta de condiciones sanitarias adecuadas en un contexto de conflicto bélico y depresión mundial. En el Perú, la pandemia llegó a mediados de 1918. No obstante, al principio las autoridades políticas y sanitarias no lograron identificar con precisión su origen ni su gravedad. Estudios recientes revelan que, a pesar de las menciones esporádicas en los medios y la escasa información, la enfermedad provocó alrededor de 50 000 muertes entre 1918 y 1920. Esta cifra subrepresenta el número total de fallecimientos debido a la falta de registros en la zona altoandina (Chowell et al., 2022).

Figura 3

Grupo de personas utilizando mascarillas, noviembre de 1918
(California, Estados Unidos) Cartel: "Usa una mascarilla o ve a la cárcel"



Nota. Mill Valley
Public Library,
Lucretia Little
History Room.

En el Perú, la gripe española fue especialmente mortal debido a la falta de consenso entre las autoridades médicas y civiles sobre los mecanismos de control más adecuados. Mientras las autoridades oficiales atribuían la responsabilidad de la exposición al virus a las propias víctimas, alegando que sus deficientes hábitos de higiene y pobreza extrema las hacían vulnerables, surgieron voces discrepantes como la de Carlos Manuel Paz Soldán, quien defendía una política de salubridad que incluyera el aspecto social. Este enfoque reconocía la necesidad de implementar un sistema de asistencia pública y saneamiento que previniera la propagación de enfermedades contagiosas. El debate se desarrolló en los diarios mientras el número de fallecidos aumentaba y la conflictividad social se intensificaba. Las manifestaciones por el fin de la Primera Guerra Mundial, junto con las movilizaciones obreras en defensa de los derechos laborales, facilitaron la expansión del virus, que solo en Lima provocó



aproximadamente 15 000 muertes durante su primer año (Ruiz Zevallos, 2023, pp. 140-147).

Impacto en la escuela

Las escuelas también se convirtieron en un escenario relevante en la lucha contra la pandemia. No obstante, nunca hubo plena certeza sobre la forma adecuada de atacar el virus. La teoría miasmática y la bacteriológica continuaban en franco enfrentamiento, lo que generaba incertidumbre en la toma de decisiones. Por esta razón, las medidas adoptadas por municipios y la Dirección de Salubridad incluían el aislamiento de los enfermos, la cuarentena, la desinfección con kresol, la prohibición de actividades públicas y la difusión de buenas prácticas de aseo e higiene, como cubrir el rostro con mascarillas. Sin embargo, la capacidad de los entes gubernamentales y municipales para implementar estas decisiones fue muy limitada, lo que redujo considerablemente la aplicación efectiva de estas medidas.

Figura 4
Portada de El Comercio, 8 de diciembre de 1918



En la práctica, la medida más extendida fue la suspensión de las actividades escolares. Al depender las escuelas de las municipalidades, esta decisión se tomó de forma particular según la evaluación de cada concejo municipal. En el Callao, la suspensión se implementó en octubre de 1918, mientras que en Lima ocurrió el 10 de noviembre de 1918 (Ruiz Zevallos, 2023, p. 144). Esto refleja una continuidad en la gestión de las escuelas durante emergencias sanitarias, en una época en que el sector educativo carecía de autonomía. Las escuelas se transformaron en un apéndice prescindible, eliminado cuando no se consideraba vital.

3. EL CÓLERA EN EL PERÚ (1990)

Contexto general

El cólera es una infección intestinal causada por la bacteria *Vibrio cholerae*. La enfermedad se caracteriza por producir diarrea y vómitos que provocan una rápida deshidratación, lo que puede llevar a estados de shock e incluso la muerte. Aunque esta infección ha sido endémica en la India durante siglos, su expansión global comenzó en el siglo XIX con la colonización británica (Lossio, 2021, pp. 75-76). El cólera se transmite a través del consumo de agua contaminada y el contacto directo con excrementos de personas infectadas. En un país como el Perú, que carecía de un sistema eficiente de alcantarillado, de un suministro constante de agua potable y limpia, y donde la contaminación de alimentos y bebidas era común debido a inadecuadas condiciones de higiene, la epidemia que llegó en 1990 tenía el potencial de desencadenar una severa crisis de la salud pública en el Perú.

Figura 5

Médicos franceses visitando asentamientos humanos en Lima, febrero de 1991



Nota. *El Comercio*

La epidemia avanzó con rapidez a partir de enero de 1991, con tres focos casi simultáneos en Lima, Áncash y Piura. El caso más destacado ocurrió en el puerto de Chancay, donde se atribuyó su origen al consumo de pescado contaminado por barcos cargueros extranjeros. Aunque este pudo haber sido el vector inicial, otros alimentos contaminados y las deficientes condiciones del sistema de eliminación de aguas servidas se convirtieron en los principales factores para su propagación. El brote de cólera se expandió de manera acelerada en Chancay y Chimbote, una ciudad de reciente crecimiento y con alta desigualdad intraurbana, para luego adquirir una magnitud explosiva en el centro y norte de la costa peruana. A finales de ese mes, la epidemia alcanzó la sierra y en marzo de 1991 llegó a la selva. La rápida expansión de la enfermedad provocó un clima de temor apocalíptico entre la población peruana.

La respuesta oficial del Ministerio de Salud [MINSA] fue inmediata, con un enfoque riguroso en las medidas de higiene personal, como el lavado de manos, la correcta descontaminación de alimentos y, en especial, la prohibición del consumo de pescado y mariscos crudos. Esta decisión generó malestar en los gremios empresariales y entre los pescadores tradicionales, ya que se arraigó firmemente en el saber popular. Un aspecto positivo de la campaña de salud fue la introducción de soluciones salinas para el tratamiento de la enfermedad, lo que permitió una significativa reducción de la mortalidad. Además, se impulsaron mecanismos de ayuda mutua, como la organización vecinal y comunitaria, junto con el fortalecimiento de las ollas comunes (Cueto, 2020, pp. 204-221).

Figura 6

Funcionarios del Ministerio de Salud explicando los procedimientos de desinfección de alimentos.



Nota.
*Agencia
Andina*

Sin embargo, la enfermedad continuó expandiéndose considerablemente y generó un fuerte estigma de pobreza entre las personas que la padecieron. El cólera se relacionó

con la miseria, las deficientes condiciones de salud y la falta de higiene. En consecuencia, tanto desde los medios de comunicación como desde el propio Gobierno, se instauró un discurso que responsabilizaba a los infectados por su situación (Cueto, 2020, pp. 221-230). De esta forma, la culpabilización de la enfermedad se individualizaba, eludiendo la atención de los verdaderos condicionantes sociales de la epidemia, entre ellos, el abandono estatal en la provisión de servicios sanitarios en las zonas urbanas.

Impacto en la escuela

Durante la emergencia sanitaria, los colegios “se convirtieron en fuentes de contagio del cólera debido al pésimo estado sanitario en el que se encontraban. Este tema llamó la atención, pues la epidemia coincidió con el inicio del año escolar” (Valdivia, 2014, p. 32). El estado de los inodoros, el servicio de agua y desagüe y, en general, la infraestructura sanitaria de los colegios limeños, era deficiente. Por esta razón, se decidió postergar el inicio de las clases escolares por un mes. Se llevaron a cabo procesos de desinfección y rehabilitación de los servicios higiénicos de los planteles, además de la instalación de letrinas en lugares donde era necesario. El sector privado también aportó en este aspecto. La Confederación Nacional de Instituciones Empresariales Privadas (CONFIEP), por ejemplo, colaboró con la donación de letrinas. Según la directora Iris Peña de Piñeda del Colegio Nacional Mercedes Cabello de Carbonera existía el riesgo de que 1200 estudiantes vieran afectada su salud” (El Correo, 1991, p. 19). El impacto principal de la epidemia de cólera fue que el inicio de clases dependiera del estado sanitario de cada centro educativo (Castillo & Meléndez, 2022, p. 89).

Figura 7
Campaña de prevención del cólera en 1992



Nota. *El Comercio*

Los alimentos y bebidas que se ofrecían en las escuelas también representaban un peligro. El doctor Enrique Jáuregui, jefe del Programa Contra el Cólera del Hospital del Niño, señaló que muchos escolares enfermaron tras consumir alimentos en mal estado en los quioscos de sus instituciones educativas. En el Hospital María Auxiliadora se registraron 58 casos adicionales de escolares afectados por

la misma causa (Valdivia, 2014, p. 33). Aunque no se cuenta con cifras exactas sobre el avance de la epidemia, es posible afirmar que los colegios enfrentaron factores estructurales que favorecieron la expansión de la enfermedad. La falta de sistemas adecuados para la eliminación de residuos líquidos y sólidos, sumada a la deficiente provisión de agua potable, especialmente en las zonas más alejadas del casco urbano y en áreas rurales, convirtió el inicio de clases en un potencial foco de infección.

4. LA NUEVA GRIPE H1N1 (2009)


Contexto general

La gripe H1N1 es una variante del mismo tipo de influenza que causó la pandemia de gripe española a inicios del siglo pasado. La pandemia iniciada en 2009 fue un fenómeno de zoonosis, resultado de una mutación que pasó de los cerdos a los humanos y se originó como un brote en una plantación estadounidense localizada en territorio mexicano. En sus primeras fases, se presentaba como una gripe común, aunque acompañada de fiebre alta y un rápido agravamiento que podía conducir a la muerte. El desconocimiento sobre el tratamiento adecuado de este nuevo virus, que recordaba el impacto devastador de su predecesor del siglo pasado, la indecisión del Gobierno mexicano para declarar la emergencia sanitaria, así como la falta de preparación internacional frente a una pandemia, desató el pánico a nivel mundial. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS) contribuyó en esta alarma al proporcionar estimaciones extremadamente altas sobre la cantidad de muertes que podría ocasionar la enfermedad (Lossio, 2021, pp. 130-132).

Figura 8
Se declara el inicio de la emergencia mundial



Nota. Diario
Reforma
(Ciudad de
México), 21 de
abril de 2009



En el Perú, la epidemia llegó a través de personas que habían hecho viajes recientes al extranjero. La enfermedad se propagó con rapidez y el temor se apoderó de los medios de comunicación y de los sistemas de salud. La falta de conocimiento sobre los mecanismos de contagio llevó a que las medidas de seguridad resultaran insuficientes, mientras los medios agitaron las banderas apocalípticas. No obstante, con el tiempo y debido a la baja letalidad que mostró la enfermedad, tanto en el Perú como a nivel global, las teorías conspirativas cobraron relevancia. Se difundió la idea de que la gripe había sido creada por las grandes farmacéuticas como una estrategia para aumentar la venta de vacunas y retrovirales. Muchas personas sostenía que la enfermedad no era real, sino una “cortina de humo” diseñada para ocultar la crisis política y el mal manejo de otros problemas de salud pública, como las víctimas del friaje en Puno (Lossio, 2021, pp. 132-134).

El Estado lanzó una agresiva campaña de información y capacitación dirigida a autoridades de salud, municipales y regionales. Se distribuyó material informativo sobre el nuevo virus y, tras los primeros contagios, se diseñó una estrategia para mitigar sus estragos a través del aislamiento de los infectados, la suspensión de actividades públicas, entre otras medidas. La epidemia reveló nuevamente la deficiente infraestructura hospitalaria del país y la incapacidad de cumplir muchas de las directivas emitidas por el Ministerio de Salud. Esta situación impulsó una nueva campaña para revitalizar hábitos de higiene que parecían haberse olvidado desde la epidemia del cólera, como el lavado de manos y la desinfección. Para ello se usaron anuncios publicitarios y se recurrió a figuras televisivas famosas y reconocidas (Lossio, 2010, pp. 73-81).

Impacto en la escuela

La epidemia del H1N1 mantuvo una relación estrecha con los colegios. Uno de los primeros casos en el país afectó a dos alumnos de 16 y 17 años, provenientes de colegios privados de Lima, quienes contrajeron la enfermedad durante su viaje de promoción a República Dominicana (La República, 2009, p. 20). El virus se propagó rápidamente entre sus compañeros de clase y familiares, y en la primera semana después del primer caso se detectaron once nuevos contagios relacionados con dichos viajes. La respuesta del MINSA a los centros educativos afectados fue inmediata. Se dispuso que todas las personas que hubieran tenido contacto directo con los infectados y sus familiares permanecieran en aislamiento en sus domicilios para recibir el tratamiento adecuado.

Este hecho motivó la ampliación de la suspensión de clases ante el temor de que la enfermedad se propague en numerosos colegios privados. Los propios padres de familia acudieron a recoger a sus hijos de las escuelas y exigieron que se prohibiera la asistencia de escolares que presentaran síntomas de resfriado común. El pánico provocó un elevado ausentismo escolar en la capital, con cuarenta colegios privados cerrados para junio de 2009, muchos de ellos con un riesgo de contagio apenas remoto (Lossio 2010, p. 48-50).

opusieron a la cancelación de los desfiles escolares y algunos debieron ser clausurados por la fuerza con la intervención de funcionarios del Ministerio Público. En varios distritos de Lima no se acató dicha disposición y, de manera similar, en colegios públicos de ciudades como Chimbote, Huaraz y Trujillo las clases continuaron hasta mediados de mes a pesar de las órdenes dictadas por el MINSA (Lossio, 2010, pp. 60-61).

Las medidas sanitarias adoptadas en los colegios no solo incluyeron la fumigación y desinfección durante las etapas de cierre obligatorio y adelanto de vacaciones, sino también una campaña de información sobre las medidas higiénicas que debían seguirse para prevenir la propagación del virus. No obstante, el temor al contagio y la incapacidad del Estado para garantizar el cumplimiento efectivo de sus disposiciones limitaron el alcance de estos esfuerzos. Como resultado, se generó una percepción generalizada de ausentismo en las aulas, ya que muchas familias optaron por evitar que sus hijos asistieran a clases para protegerlos de la enfermedad.

5. LA PANDEMIA DE LA COVID-19 (2020)

Contexto general

El virus SARS-COV2 es una variante del coronavirus originada en la ciudad de Wuhan, China, a finales de diciembre de 2019. El brote inició en un mercado de mariscos de la ciudad, lo que sugiere un posible origen zoonótico. Al principio, el Gobierno chino intentó ocultar la gravedad de la enfermedad; sin embargo, pronto se volvió imposible negar su expansión. De esta forma, cuando el virus ya se había propagado por Asia y Europa, China impuso una cuarentena estricta de toda la provincia de Hubei, bajo un riguroso control sanitario (Lossio, 2021, pp. 139-140). Esta medida fue una advertencia de las draconianas medidas que se implementarían en todo el mundo para contener la propagación del nuevo virus. Esta nueva gripe se manifestaba con fiebre alta, congestión, tos seca y una variedad de síntomas, entre los cuales el más preocupante era la fatiga extrema y la dificultad respiratoria, producida por la reducción de la capacidad pulmonar.

El virus llegó al Perú el 6 de marzo de 2020. Aunque inicialmente fue recibido con una mezcla de temor y escepticismo, ese sentimiento se convirtió en pánico generalizado a medida que el número de enfermos y fallecidos aumentaba de manera sostenida. El 12 de marzo se declaró la emergencia sanitaria a nivel nacional y se instauraron las primeras medidas de aislamiento social. Finalmente, el domingo 15 de marzo se decretó la cuarentena obligatoria, inicialmente prevista para 15 días, pero que se extendió a lo largo de 107 días, hasta el 1 de julio de ese año. Durante este periodo solo las personas que desempeñaban actividades esenciales tenía permiso para circular libremente por las calles. Se prohibieron las reuniones sociales, se cerraron las

fronteras y se impuso el toque de queda (Lossio, 2021, pp. 141-144).

El extenso confinamiento dejó al descubierto las precarias condiciones de vida de una parte significativa de la población, cuyas viviendas y formas de trabajo les impedían cumplir con la consigna de “quedarse en casa” como medida de protección contra el virus. A pesar de que el Estado y los medios de comunicación adoptaron una actitud de búsqueda culpable a quienes no acataban las disposiciones de aislamiento social, la realidad es que la pandemia puso en evidencia, de manera cruda, las profundas desigualdades sociales que caracterizan a la sociedad peruana. Una prueba más de esta realidad fue el colapso del sistema de salud, que se vio desbordado por la emergencia. Esto evidenció la falta de un sistema de atención primaria eficiente y, en especial, la insuficiencia de tecnología adecuada para enfrentar la enfermedad, como los respiradores mecánicos y las camas de cuidados intensivos (Lossio, 2021, p. 146).

Figura 10

Ciudadanos utilizando mascarillas en sus actividades diarias en Lima, 2020.



Nota:
Agencia de
noticias
France24

Tras el 1 de julio, las medidas de restricción se flexibilizaron y se aplicaron de manera focalizada en las zonas de mayor riesgo. Sin embargo, el país debió enfrentar las consecuencias económicas de una cuarentena estricta nunca antes vista. Con un decrecimiento del PBI del 32 % en el segundo trimestre del 2020, los bonos solidarios y el programa Reactiva Perú intentaron mantener la liquidez para reactivar la economía, aunque estas medidas resultaron insuficientes. A esta crisis se sumó la inestabilidad política, reflejada en el cambio de autoridades en el Ministerio de Salud en tres oportunidades durante 2020. Además, hacia finales de ese año, la vacancia del entonces presidente Martín Vizcarra por parte del Congreso y la posterior asunción de Manuel Merino generó manifestaciones masivas que contribuyeron a la expansión del virus (Lossio, 2021, pp. 144-146).

Impacto en la escuela

La cuarentena más estricta y prolongada en la historia de las pandemias obligó a las escuelas de todo el mundo a adoptar métodos alternativos para continuar sus actividades. La emergencia sanitaria forzó a más de 190 países a cerrar sus instalaciones escolares para frenar la propagación del virus (Comisión Económica para América Latina y el Caribe [CEPAL], 2020, p. 1). El Perú no fue la excepción, ya que el 11 de marzo de 2020 se decretó el cierre de las escuelas públicas y privadas (Lossio, 2021, p. 141). Transcurrido poco más de un mes, se diseñó un plan de contingencia para asegurar la culminación del año escolar. Mediante la Resolución Ministerial n.º 160-2020-MINEDU, el programa Aprendo en Casa se puso en marcha a partir del 6 de abril, lo que permitió dar inicio al año lectivo. Aunque esta resolución contemplaba la reanudación de las actividades presenciales en mayo del mismo año, la evolución de la pandemia obligó a ampliar y articular mejor el

programa de enseñanza a distancia, en coordinación con las instituciones educativas del país (MINEDU, 2020). Este servicio se implementó como un sistema multicanal de educación a distancia (a través de una plataforma virtual, la radio y el canal TVPerú), dirigido a estudiantes de educación básica, básica especial y básica alternativa con el fin de complementar las lecciones de los docentes, especialmente en zonas rurales.

El proyecto también evidenció la reactivación de las escuelas públicas y privadas a través del sistema de clases virtuales, lo que implicó la necesaria adaptación de docentes, estudiantes y personal administrativo al entorno virtual y al uso de nuevos instrumentos tecnológicos y software especializado para la enseñanza. Aunque la modalidad virtual se presentó como una posible solución para reducir las grandes brechas en infraestructura y capital humano del sistema educativo, la realidad demostró que el país no estaba preparado para implementar este sistema de manera adecuada. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), en 2018 solo el 53 % de los estudiantes peruanos de 15 años que participaron en las pruebas PISA disponía de una computadora personal (CEPAL, 2020, p. 6). En términos generales, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2021) informó que solo el 55 % de los hogares peruanos tenía acceso a internet un año después del inicio de la pandemia (CNE, 2022).

Figura 11

Página de inicio de la plataforma virtual Aprendo en casa (<https://aprendoencasa.pe/>)



Debido a los problemas propios de la educación a distancia y las dificultades originadas por la pandemia, como el fallecimiento de los jefes de familia y las necesidades laborales urgentes, 245 152 estudiantes abandonaron sus estudios en 2020, lo que representó alrededor del 3 % del total, mientras que 124 533 lo hicieron en 2021. Además, con el retorno a la modalidad presencial a partir de 2022, se produjo un importante trasvase de alumnos desde las instituciones educativas privadas hacia las públicas. Otro aspecto crucial es la efectividad de la educación en casa. El Estudio Virtual de Aprendizajes (EVA, 2021), desarrollado por el MINEDU, evaluó a nivel nacional a la población que recibió este tipo de enseñanza y concluyó que los resultados promedio en comprensión lectora y matemática se redujeron durante la pandemia. En este nuevo escenario social, los estudiantes permanecieron en sus hogares durante largos periodos, mientras los padres enfrentaban situaciones laborales complicadas y la situación socioeconómica del país se tornaba

incierto. Estas circunstancias afectaron los logros académicos de los estudiantes, además de su capacidad para afrontar los desafíos de la vida cotidiana. Resulta imprescindible analizar las posibles consecuencias a largo plazo para esta nueva generación, que perdió un año y medio de interacción social en las aulas.

Los enemigos cotidianos: las enfermedades endémicas

1. EL TIFUS EN EL MUNDO ANDINO Y RURAL

El tifus exantemático, causado por *Rickettsia prowazekii*, tiene como vector principal al piojo humano. Esta enfermedad produce fiebre, tos, dolor de cabeza, escalofríos, vómitos y dolor abdominal, y puede derivar en complicaciones graves como anorexia o convulsiones. Es endémica en la sierra sur y central del Perú, lo que afecta principalmente a los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Cusco y Puno. Las bajas temperaturas y la escasa humedad en las zonas situadas por encima de los 2000 msnm crean condiciones favorables para la proliferación del microorganismo (Morón, 1999, pp. 51-52).

Desde inicios del siglo XX, los médicos identificaron esta enfermedad como típica de las zonas rurales de la sierra. Esta situación estaba relacionada con las precarias condiciones de vida de los campesinos andinos. Factores como la dureza del clima, la escasez de combustible, y la pobreza, reflejada en viviendas familiares en las que convivían todos los habitantes en un solo piso de tierra sin iluminación ni ventilación, así como la carencia de ropa adecuada, contribuían a la prevalencia de la enfermedad en estas áreas. Para 1950, las cifras indicaban una alta tasa de morbilidad en la sierra, con 100 casos por cada 100 000 habitantes, mientras que en la costa se registraban 31 casos y en la selva solo un caso (Cueto, 2020, pp. 116-118).

En las comunidades indígenas era común despiojar a las personas con la mano y consumir los piojos, bajo la creencia de que esta práctica eliminaba la “mala sangre”. Además, se

utilizaba orina para lavarse la cabeza, con la convicción de que ayudaba a eliminar la suciedad. Hacia 1930, el control médico de los brotes epidémicos se centraba exclusivamente en la eliminación del piojo, la promoción de la higiene personal, el uso de ropa limpia y el rapado de cabeza (Cueto, 2020, p. 118). No obstante, nunca se implementó una campaña eficiente de este tipo. La escasez de médicos en las provincias serranas, la insuficiencia de recursos dirigidos a estas zonas y la infraestructura extremadamente deficiente obstaculizaban la ejecución de dichas campañas.

Figura 12

Brigadas sanitarias Rijchary con la presencia del doctor Manuel Núñez Butrón, un oficial del ejército y otros actores sociales



Nota.
Arroyo
Hernandez
(2013)

En 1933, el médico itinerante Manuel Núñez Butrón creó las brigadas sanitarias en la comunidad de Isla, en Juliaca. Los brigadistas, denominados rijchary (que significa 'despierta' en quechua), sirvieron como una forma de atención médica primaria. Con el apoyo de la Iglesia adventista local y las escuelas de la región, la brigada reclutó exsoldados y contó

con la colaboración de curanderos y herbolarios tradicionales. Este enfoque buscaba cumplir las funciones de los médicos indígenas, lo que aseguraba que las prácticas sanitarias fueran aceptadas por la población local. Las brigadas promovieron avances en la vacunación y en las campañas de prevención del tifus. Entre sus actividades se incluían cortar el cabello, eliminar piojos, administrar medicamentos, desinfectar habitaciones, enseñar la fabricación de jabones y construir pequeñas estufas para eliminar las pulgas de la ropa (Cueto, 2020, pp. 124-127).

Figura 13

Portada de Runa Soncco, publicación eventual sobre la sanidad rural de Rijchary



Nota.
Arroyo
Hernandez
(2013)

La brigada también impactó de manera significativa en el ámbito educativo. En primer lugar, publicaron Runna Soncco, una revista cuyo nombre significaba “corazón del indio” o “aquel que ama a los indios de corazón”. Esta publicación, distribuida de forma gratuita, destacaba la necesidad de combatir las enfermedades endémicas de la región y fomentaba la importancia de la lectura y la escritura. Muchos de los brigadistas eran figuras influyentes en sus comunidades, ya que formaban parte de las primeras experiencias de educación primaria en la región. En segundo lugar, las brigadas utilizaron las escuelas adventistas como centros de expansión mediante la promoción no solo de la enseñanza de la lectoescritura, sino también la higiene en las comunidades rurales (Cueto, 2020, pp. 127-128; 104-106). Estos avances ocurrieron en el contexto del apogeo del indigenismo en los proyectos educativos regionales, que comenzó a inicios del siglo XX y se prolongó hasta la década de 1960. Aunque el proyecto de las brigadas casi culminó con la muerte de Núñez Butrón, quien adoptó un enfoque paternalista, la experiencia en Puno resultó significativa. Demostró cómo un proyecto surgido de la práctica local, con el respaldo de las comunidades y las autoridades, podía enfrentar de manera eficaz el problema epidemiológico.

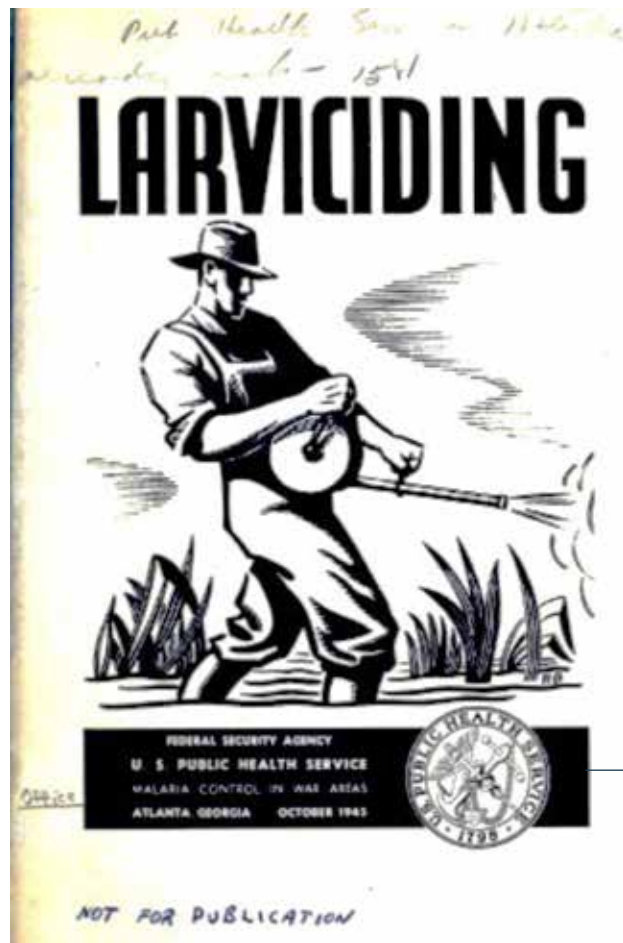
En la actualidad, el tifus exantemático continúa siendo una enfermedad endémica en la sierra sur y central del Perú, especialmente en las comunidades altoandinas. Aunque los métodos de prevención siguen siendo prácticamente los mismos que los usados a mediados del siglo pasado, el sistema de vigilancia se considera incompleto debido a la escasa presencia estatal en estas regiones. Ante la detección de un brote, que afecta principalmente a jóvenes, se investiga el área, se aplican insecticidas en las viviendas y vestimentas, y el brote se controla de forma estacional (Morón, 1999, pp.

52-53). Esta situación impacta especialmente a los jóvenes en edad escolar durante los brotes esporádicos en las comunidades rurales.

2. LA MALARIA COSTEÑA Y SELVÁTICA

La malaria es una enfermedad provocada por el parásito Plasmodium y transmitida por el mosquito Anopheles. Esta enfermedad se adapta principalmente a zonas cálidas y húmedas situadas por debajo de los 1500 msnm, lo que la convierte en endémica en la costa y la selva del Perú. Durante la temporada de lluvias en la sierra (enero a marzo), el caudal de los ríos aumenta y se vuelve inestable. En estas circunstancias, el arrastre de materiales forma charcos, pantanos y filtraciones, lo que genera aguas estancadas propicias para el desarrollo de las larvas del mosquito. Este fenómeno facilita la expansión de la malaria en la costa durante dicho periodo. En la selva, en cambio, es la estación seca la que favorece la formación de pozas debido a la disminución del caudal de los ríos, lo que facilita la reproducción de las larvas (Cueto, 2020, p. 144-146). La transmisión de la enfermedad en estas regiones se agrava por la mayor cantidad de vectores y la carencia de instalaciones sanitarias adecuadas en las zonas más alejadas.

Figura 14
Campaña a favor de los larvicidas



Nota. U.S Public
Health Service
(1945)

Durante un largo periodo, la malaria fue considerada una parte habitual de la vida en el Perú. Se percibía como una enfermedad propia de la infancia y una amenaza que afectaba principalmente a las poblaciones migrantes provenientes de la serranía hacia las zonas costeras bajas. Sin embargo, a mediados del siglo XX, el éxodo rural, la creciente demanda de mano de obra en fábricas y haciendas tecnificadas de la costa, y el interés estatal y privado por la colonización de la selva, transformaron la malaria en un problema de carácter

nacional. A nivel internacional, la malaria se consideraba una enfermedad endémica de los países en vías de desarrollo, con el potencial de convertirse en un riesgo para la economía mundial al reinsertarse en el primer mundo a través de los puertos. Por esta razón, desde la Segunda Guerra Mundial, los países industrializados apoyaron activamente los programas de salud en el Tercer Mundo con el fin de erradicarlas.

Marcos Cueto identifica dos periodos en la lucha del Estado peruano contra la malaria. El primero, que abarca desde comienzos del siglo XX hasta la década de 1940, se centró en el control de las larvas y el tratamiento de los enfermos. Estas campañas resultaban sumamente costosas, ya que implicaban obras hidráulicas, sistemas de drenaje y el tratamiento de reservorios de agua, además de medidas como la fumigación y la protección de las viviendas mediante mosquiteros y telas metálicas. La resistencia a estas medidas provenía tanto de los hacendados, que se oponían a asumir los costos, como de la población, que temía los efectos adversos de la quinina o la posible pérdida de empleo por la enfermedad (2020, pp. 151-155).

La epidemia de La Convención en 1932 ofrece un ejemplo desgarrador del impacto de la malaria en los colonos de la selva. En Quillabamba, capital de la provincia, numerosos colonos, conocidos como “arrendires”, habían sido reclutados para suplir la escasez de mano de obra en haciendas dedicadas a la producción de coca, azúcar y aguardiente de caña. Vivían en condiciones paupérrimas y la presencia del Estado en la región era prácticamente inexistente. La zona estaba plagada de bandidos, había pocos policías y la infraestructura vial era deficiente, mientras que las autoridades municipales apenas se manifestaban. En este contexto, una epidemia de alta mortalidad, transmitida por arrieros y comerciantes que llegaban a las haciendas, devastó la región. Aunque el temor

se propagó rápidamente hacia Cusco, el Estado no intervino sino hasta un año después. Se intentó distribuir quinina a precios accesibles y proveer telas metálicas y mosquiteros, pero ni la medicina llegó a toda la población ni los mosquiteros resultaron efectivos en viviendas construidas con caña, paja y madera. Muchos administradores y propietarios de haciendas abandonaron las áreas afectadas y los médicos locales que atendieron a los enfermos fueron denunciados por estos. Para 1934, se estimaba que entre 6000 y 10 000 personas habían fallecido y al menos 15 000 estaban infectadas en una población de solo 25 000 personas (Cueto, 2020, pp. 155-172).

Figura 15

Capilla del hospital de Quillabamba, 1952. Construida tras la gran epidemia de malaria. Nota. Facebook, "A Quillabamba Mi Tierra".



Es difícil cuantificar con precisión el impacto de estas epidemias en el sistema educativo peruano. Los anuarios estadísticos y los datos recopilados por los agentes encargados de controlar la epidemia solo ofrecen una visión parcial. Entre

1932 y 1933, la población de Quillabamba mostraba una tendencia decreciente. En 1932 se registraron 113 nacimientos en la localidad, pero al año siguiente la cifra se redujo a 58. En contraste, el número de fallecimientos aumentó de 114 a 212 en el mismo periodo. El temor probablemente llevó a la población a limitar sus actividades a lo esencial y dejar de lado la escuela. En La Convención solo existían dos centros escolares y doce escuelas fiscales, todas dentro de haciendas. De los 1014 estudiantes matriculados en la provincia, solo 415 asistieron regularmente al final del año, lo que representa un 40,9 %. Esta cifra es al menos 20 puntos porcentuales inferior al promedio nacional, que alcanzaba el 62 % (Ministerio de Hacienda y Comercio del Perú, 1935, pp. 245, 271 y 277). Estos datos evidencian que factores como el miedo, la pobreza, la falta de una intervención estatal decidida, la escasa presencia de autoridades municipales y la ausencia de un plan de salud adecuado agravaron las condiciones educativas en las zonas afectadas por la malaria.

Durante la década de 1940, el interés por erradicar la malaria impulsó la creación del Servicio Nacional Antimalárico y de Sanidad Rural en 1941, y con la formación del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social en 1942 se inauguró un nuevo periodo en el control de la enfermedad a nivel nacional. Los gobiernos desarrollistas de Manuel Prado (1939-1945), José Luis Bustamante y Rivero (1945-1948) y Manuel A. Odría (1948-1956) se apoyaron en el capital estadounidense a través de programas de asistencia social para ampliar la lucha contra la malaria. El Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y la Fundación Rockefeller establecieron un plan conjunto con el Perú para emprender una campaña de erradicación, que incluía el uso intensivo del insecticida DDT (dicloro difenil tricloroetano) para eliminar el mosquito adulto, interrumpir la transmisión biológica y superar la resistencia de la población (Cueto, 2020, pp. 172-180). Aunque la

campaña tuvo un éxito inicial que generó altas expectativas y permitió la expansión de inversiones industriales y proyectos de urbanización en la costa, como en el caso de Chimbote, los resultados fueron efímeros. La malaria reapareció en la década de 1970, lo que puso en evidencia las limitaciones del DDT. Además de su toxicidad para animales y humanos, los mosquitos desarrollaron resistencia al insecticida (Lossio, 2021, pp. 110-112). La enfermedad mostró signos de evolución, y los focos de reinfección en diversas localidades de la costa y la selva retomaron su comportamiento previo a la campaña. De esta manera, la malaria volvió a expandirse en la década de 1980 y, hasta la actualidad, no existe un plan definitivo para su erradicación. En este contexto, los esfuerzos actuales se concentran en reducir la transmisión y mejorar el tratamiento, pero cada vez más predomina la actitud que se tenía a inicios del siglo XX: la resignación a aceptar la malaria como parte de la vida cotidiana.

3. EL DENGUE EN EL PERÚ

El dengue común es una enfermedad causada por el virus del dengue, que presenta cuatro serotipos distintos. Se caracteriza por fiebre aguda, dolores intensos en las articulaciones y músculos, cefalea, dolor ocular, mareos y vómitos. Los síntomas aparecen de manera repentina y suelen durar aproximadamente una semana. La enfermedad puede complicarse rápidamente y provocar falta de apetito, erupciones cutáneas y hemorragias que, en algunos casos, conducen a un shock letal (Cueto, 2009, p. 257). Aunque se trata de una enfermedad de larga data, la cepa que afecta la costa y selva peruana se originó en la década de 1980 con

el reingreso del vector principal, el mosquito *Aedes aegypti*, que comenzó a propagarse entre poblaciones expuestas a reservorios de agua en mal estado, sin un sistema adecuado de recolección de aguas residuales y sin acceso a una red de agua potable (Cabezas Sánchez, 2023, p. 145).

Figura 16

Personas almacenando agua en recipientes plásticos en la costa peruana



Nota.
UNICEF

Por esta razón, el dengue se ha consolidado como una enfermedad que afecta principalmente a los sectores más pobres en áreas urbanas y rurales del Perú. En la costa, la escasez de lluvias y la falta de acceso a la red pública de agua obligan a las poblaciones a abastecerse mediante camiones cisterna y a construir reservorios que, sin una desinfección adecuada, se convierten en focos propicios para el desarrollo de larvas del mosquito, situación que también se observa, en cierta medida, en la Amazonía. En la costa norte, fenómenos

climáticos extremos como el fenómeno de El Niño generan acumulación de agua y formación de pozas en las que proliferan los *Aedes aegypti*, cuyo desarrollo se acelera en condiciones de temperaturas cálidas.

Desde su reaparición a inicios de la década de 1990, el dengue ha convivido con la población de la costa y la selva del Perú, lo que ha provocado brotes epidémicos recurrentes, entre los más prevalentes los de 2001, 2012, 2017 y 2023 (Cabezas Sánchez, 2023, p. 146). Los métodos empleados para combatir la enfermedad no difieren significativamente de aquellos utilizados para enfrentar la malaria cincuenta años antes: se busca eliminar al vector mediante larvicidas, fumigación y la participación activa de comunidades y autoridades locales en campañas de concientización sobre buenas prácticas en el manejo y almacenamiento del agua. Marcos Cueto (2009) observa que muchas de estas políticas tienden a revictimizar a los enfermos al atribuir la infección a malos hábitos de higiene, sin considerar las deficiencias estructurales en el acceso a servicios básicos y los altos niveles de pobreza en las localidades endémicas. En ese contexto, el brote del 2023, el más grave registrado, ha demostrado nuevamente la limitada capacidad del sistema de salud pública peruano para enfrentar epidemias de transmisión local. Aun así, es importante destacar el papel de la expansión de los tratamientos médicos de atención primaria en la reducción de la mortalidad asociada a la enfermedad.

Figura 17

Alumnos participando en capacitaciones del Ministerio de Salud para la desinfección de reservorios de agua (Lima Norte, 2024)



La alta prevalencia del dengue en el Perú y la política estatal de concientización han generado una sinergia significativa entre el Ministerio de Salud y el Ministerio Educación en cuanto a las medidas para prevenir la proliferación de la enfermedad. En las áreas donde el dengue es endémico, el MINEDU recomienda fomentar buenos hábitos de higiene, movilizar a la comunidad educativa en actividades preventivas ante el riesgo de brotes en contextos de fenómenos naturales, priorizar la instalación de mosquiteros y mallas en las ventanas de los centros educativos, asegurar la protección de los depósitos de agua, promover el uso racional del agua en áreas verdes, asegurar la adecuada disposición de residuos sólidos y efectuar una desinfección apropiada de los implementos utilizados en la alimentación de los estudiantes. Estas recomendaciones se complementan con pautas para que los estudiantes adopten medidas de protección y para que los padres de familia no envíen a sus hijos a la escuela si presentan síntomas (MINEDU, 2024).


Asimismo, el auge de la educación a distancia tras la experiencia del COVID-19 facilitó la elaboración de videos informativos sobre la prevención del dengue y las acciones a seguir en caso de contagio. Estos recursos audiovisuales se distribuyen a través de medios de comunicación masivos, campañas publicitarias y canales digitales. Un ejemplo de estos materiales son los videos producidos por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud, que explican la etiología de la enfermedad, el vector de transmisión, las características de los brotes epidémicos y las medidas necesarias para su prevención (CDC Perú, 2022).



REFLEXIONES FINALES

La historia de las epidemias en el Perú refleja un proceso continuo de reaprendizaje en la gestión de la sanidad pública por parte de la sociedad y el Estado. Las prácticas reiteradas en el control de enfermedades y los problemas recurrentes en la gestión de epidemias han sido constantes en este proceso. Aunque las epidemias de inicios de siglo obligaron al Estado a atender de manera directa las consecuencias de la propagación de enfermedades y a institucionalizar la lucha contra ellas, desde mediados del siglo XX, y especialmente desde la década de 1980, la estrategia en el combate contra estas enfermedades ha cambiado. Los grandes proyectos de erradicación de enfermedades endémicas, las inversiones significativas en infraestructura hospitalaria, la atención médica primaria y las obras de saneamiento fueron reemplazados por soluciones inmediatas frente a los problemas derivados de la expansión de las enfermedades. Esta política ha dejado secuelas en las epidemias recientes que el país ha enfrentado —como el cólera, el AH1N1 y, sobre todo, el COVID-19—, así como en el manejo de las enfermedades endémicas. La ausencia de una gestión adecuada del sector salud y la falta de un enfoque integral que enfrente las causas sociales de la enfermedad se ha revelado con mayor crudeza durante las emergencias sanitarias, lo que ha acentuado las profundas disparidades socioeconómicas que afectan a la población.

En este proceso, la educación ha servido como tributario del sector salud. Hasta mediados del siglo XX, ante la falta de una expansión significativa del sistema educativo, el cierre de las escuelas se consideraba un mal necesario para contener la propagación de enfermedades, que implicaba la pérdida



del ciclo escolar o de periodos prolongados de enseñanza en diversas áreas urbanas y rurales. Con la implementación de grandes proyectos de erradicación de enfermedades y el apoyo financiero extranjero, la escuela asumió un papel central en la reeducación sanitaria de la población, en especial en áreas rurales, como la sierra sur, donde las brigadas sanitarias y la comunicación constante con las comunidades fueron fundamentales para reducir el impacto de las enfermedades. Sin embargo, el contacto fluido entre comunidades locales, escuelas y entidades de salud siempre presentó desafíos. En la mayoría de los casos, estos programas de educación sanitaria mostraron más las limitaciones que los logros de una política autoritaria e insensible a la diversidad cultural del Perú.

En los últimos años, las campañas de prevención y cuidado frente a las enfermedades endémicas han enfatizado la interacción entre las escuelas y los programas de salud integrados. La reciente pandemia acentuó esta tendencia al fortalecer los lazos entre la institucionalidad sanitaria y el Ministerio de Educación. El programa Aprendo en Casa demuestra la relevancia del sector educativo en la actualidad, al procurar mantener de manera efectiva las funciones escolares en beneficio de estudiantes, docentes y padres de familia. No obstante, aunque la educación virtual ha sido una herramienta valiosa para enfrentar problemas históricos en la educación peruana, también ha revelado otras brechas en la sociedad, como el acceso limitado a internet de calidad en áreas rurales. En este contexto, surge la necesidad de integrar estos avances en un plan coherente de educación a largo plazo que valore y aproveche los recursos implementados durante las emergencias. Resulta fundamental que el Estado y la sociedad incorporen los aprendizajes proporcionados por la última pandemia, una cualidad de la que hasta el momento ha carecido la historia peruana.



REFERENCIAS

- Arroyo-Hernández, Hugo. (2013). Runa soncco: Manuel Núñez Butron y su proyecto de educación sanitaria. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30: 336-339. DOI: 10.17843/rpmesp.2013.302.215.
- Cabezas Sánchez, C. (2023). Dengue en el Perú: crónica de epidemias recurrentes (1990-2023), el virus, el *Aedes aegypti* y sus determinantes, ¿a dónde vamos?". *Anales de la Facultad de Medicina*, 84(2): 145-148. <https://doi.org/10.15381/anales.v84i2.25721>
- Castillo, W., & Meléndez, Y. (2022). *Sin agua y sin filo: las políticas sanitarias implementadas durante la epidemia del cólera en la ciudad de Arequipa, 1991* [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional San Agustín].
- CDC Perú. [Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades del Ministerio de Salud]. (2022, 22 de abril). *Aprendiendo con CDC - Dengue* [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=Qw111PGPP5g>
- Chowell G., Viboud, C., Simonsen, L., Miller, M. A., Hurtado, J., Soto, G., Vargas, R., Guzman, M. A., Ulloa, M., & Munayco, C. V. (2011). The 1918-1920 influenza pandemic in Peru. *Vaccine*, 29,(2), B21–B26. <https://doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.02.048>
- ComexPerú.(2024,10desetiembre).*Lapandemiacausóunretrocesode 3 años en el aprendizaje*. <https://www.comexperu.org.pe/articulo/la-pandemia-causo-un-retroceso-de-3-anos-en-el-aprendizaje>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2020). *La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19 (Informe COVID-19*. CEPAL-UNESCO). Organización de las



Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/c29b3843-bd8f-4796-8c6d-5fcb9c139449/content>

Concejo Nacional de Educación. (2022). *Recomendaciones para una nueva presencialidad en la educación básica*. Ministerio de Educación. <https://acortar.link/zMOwlw>

Cueto, M. (1991). La ciudad y las ratas: la peste bubónica en Lima y en la costa peruana a comienzos del siglo veinte. *Histórica*, 15 (1), 1-26. <https://doi.org/10.18800/historica.199101.001>

Cueto, M. (2009). Cólera y dengue en Lima al final del siglo XX y comienzos del XXI: salud y la cultura de la sobrevivencia. En E. Kingman (Comp.), *Historia social urbana. Espacios y flujos* (pp. 253-272). Flacso; Ministerio de Cultura del Ecuador.

Cueto, M. (2020). *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX* (2.^a ed.). Instituto de Estudios Peruanos.

El Correo. (1991, 10 de abril). *Directora del Colegio Nacional "Mercedes Cabello de Carbonera", Iris Peña de Piñeda, solicitó que mil doscientos educandos, podrían poner en riesgo su salud.*

El Peruano. (2023, 14 de mayo). *500,000 escolares se trasladaron a colegios públicos por pandemia.* <https://www.elperuano.pe/noticia/212644-500000-escolares-se-trasladaron-a-colegios-publicos-por-pandemia>

La Crónica Médica (1905, 15 de abril). *Instrucciones contra la bubónica*. Consultado el 10 de setiembre de 2024. <https://repositorio.unmsm.edu.pe/handle/UNMSM/1330>

La República. (2009, 20 de mayo). *Alarma en colegio por gripe AH1N1*. Consultado el 10 de setiembre de 2024. <https://larepublica.pe/salud/399066-alarma-en-colegio-por-gripe-ah1n1>

Lossio, J. (2010). *Cuando los chanchos vuelan. Estado, prensa y sociedad frente a la influenza AH1N1*. Tarea.



- Lossio, J. (2021). *Pandemias y salud pública. Historias de cuarentenas y vacunaciones*. Ministerio de Cultura; Proyecto Especial Bicentenario de la Independencia del Perú.
- Ministerio de Educación del Perú. (2020). *Resolución Ministerial N.º 160-2020-MINEDU*. <https://www.gob.pe/institucion/minedu/normas-legales/466108-160-2020-minedu>
- Ministerio de Educación del Perú. (2022, 17 de mayo). *124,533 estudiantes interrumpieron su educación en el 2021 debido a la pandemia* [Nota de prensa]. <https://acortar.link/EUs7eV>
- Ministerio de Educación del Perú. (2024). *Orientaciones para la prevención y acción frente al dengue, zika, chikungunya. Currículo nacional*. <https://minedu.gob.pe/educacion-ambiental/pdf/2024/cartilla-dengue.pdf>
- Ministerio de Hacienda y Comercio del Perú. (1935). *Extracto Estadístico del Perú 1931-1932-1933*. Dirección Nacional de Estadística.
- Ministerio de Salud. (2009, 9 de julio). *Adelanto de vacaciones escolares busca reducir la propagación de la influenza AH1N1* [Nota de prensa]. <https://acortar.link/Of0Xjl>
- Morón, C. (1999). Tifus exantemático: enfermedad reemergente en el Perú. *Rev. Med. Exp.*, 15 (1-2): 51-54. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46341999000100011
- Rodas Chaves, G. A. (2015). *Historia de la "gripe española" que llegó a Quito en 1918* (Informe de investigación). Universidad Andina Simón Bolívar de Ecuador. <http://hdl.handle.net/10644/4705>
- Ruiz Zevallos, A. (2023). Modelos sanitarios y respuesta política a la "gripe española". Perú 1918-1919. *Diálogo Andino*, (72), 133-153. <http://dx.doi.org/10.4067/S0719-26812023000300133>
- Valdivia Reyes, M. del P. (2014). *Sensacionalismo, prejuicios y estereotipos en los diarios limeños durante la epidemia de cólera de 1991* (Tesis de licenciada, Pontificia Universidad Católica del Perú). Repositorio de la PUCP. <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5591>

ENMANUEL
MONTALVO SALCEDO

La escuela peruana y las epidemias (1900 - 2020)



MUSEO VIRTUAL
HISTORIA
DE LA
ESCUELA
PERUANA



CENTRO DE
**INVESTIGACIONES Y
SERVICIOS EDUCATIVOS**