

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD  
CATÓLICA DEL PERÚ**

**FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS**



“Mi hijo el médico”: peruanos judíos en Lima (1947-2019)

Tesis para obtener el título profesional de Licenciado en Historia que presenta:

**Ricardo Antonio Bracamonte Francia**

Asesor:

**Dr. Jesus Antonio Cosamalon Aguilar**

Lima, 2024

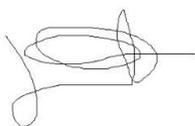
## Informe de Similitud

Yo, Jesús Antonio Cosamalón Aguilar, docente de la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú, asesor(a) de la tesis/el trabajo de investigación titulado: "Mi hijo el médico: peruanos judíos en Lima (1947-2019)", del autor Ricardo Antonio Bracamonte Francia dejo constancia de lo siguiente:

- El mencionado documento tiene un índice de puntuación de similitud de 6%. Así lo consigna el reporte de similitud emitido por el software *Turnitin* el 29/04/2024.
- He revisado con detalle dicho reporte y la Tesis o Trabajo de Suficiencia Profesional, y no se advierte indicios de plagio.
- Las citas a otros autores y sus respectivas referencias cumplen con las pautas académicas.

Lugar y fecha:

Lima, 29 de abril de 2024

Apellidos y nombres del asesor / de la asesora: <u>Cosamalón Aguilar, Jesús Antonio</u>	
DNI: 08023897	Firma 
ORCID: 0000-0001-6659-6570	

## AGRADECIMIENTOS

La presente tesis no hubiera podido desarrollarse sin el soporte académico, material y emocional de muchas personas de varios entornos.

En primer lugar, agradezco la paciencia, las sugerencias y la extensa cordialidad de mi asesor, el profesor Jesús Cosamalón. Su gran disposición para orientarme y exigirme ha servido para enriquecer y encauzar esta compleja investigación, así como mi formación personal. También aprecio el tiempo cedido y la gentileza de mis maestros de la especialidad de Historia en diferentes momentos de desarrollo del trabajo: Iván Hinojosa, Claudia Rosas, Jorge Lossio y Miguel Costa. Asimismo, valoro los consejos, el constante interés y la sinceridad de la profesora Romina Yalonzky, quien alentó este proyecto desde el primer momento.

En segundo lugar, agradezco a los protagonistas de esta tesis: los 27 médicos entrevistados. Elogio su amplia disposición a conversar y compartirme su historia profesional y privada. A ellos, los informantes entrevistados y algunos miembros de la comunidad judía de Lima quienes me apoyaron con datos y contactos, mi eterna gratitud.

En tercer lugar, aprecio la retroalimentación con mi gran amiga historiadora, Milagros Valdivia, quien aceptó ofrecerme sus agudos comentarios. De igual manera, el aliento de mis grandes amigos y futuros colegas, José Augusto León-Barandiarán y Danitse Palomino. En esa línea, también valoro el entusiasmo de las familias de otras grandes amigas por su afán intelectual y apoyo fraternal: los Barraza Facundo, los Breustedt Guerrero y los Vargas Barreto.

Por último, esta tesis está dedicada a mi familia. Agradezco infinitamente la solidaridad y el acompañamiento de mi mamá y mi papá; de mi hermana, quien es la diseñadora y diagramadora de los mapas que aparecen en el trabajo; de dos tías maternas; y de mi abuela materna.

## RESUMEN

La presente tesis investiga las causas y los procedimientos mediante los cuales los peruanos judíos instrumentalizaron la profesión médica como mecanismo de movilidad social ascendente en Lima entre 1947 y 2019. Para ello, desde un enfoque histórico cualitativo y un método inductivo, se realizaron entrevistas personales y telefónicas a cuatro cohortes etarias de 27 médicos de diferentes especialidades del campo de la Medicina Humana. Asimismo, se analizaron fuentes documentales primarias y secundarias y tesis –sobre todo en Ciencias Sociales y Humanidades-.

El estudio sostiene que los entrevistados se dedicaron a la Medicina por considerarla una ocupación tradicional y una ruta segura de porvenir material y alto estatus social en el convulsionado Perú contemporáneo. Dichos objetivos los consiguieron durante la ampliación educativa por parte del Estado y la sociedad a la luz de la implantación de ordenamientos políticos-ideológicos conocidos como el Estado desarrollista –promotor de la actividad económica desde 1930 hasta 1993- y el Estado neoliberal –subyugado al mercado privado desde 1993-.

En ese contexto, el desarrollo vocacional y profesional de los entrevistados estuvo determinado por tres factores estructurales: el estatus, el *habitus* y la configuración económica y sociocultural del Perú. Con ello, se faculta exponer su agencia histórica al interior de la esfera familiar, amical, educacional, comunitaria y no judía en la búsqueda de convertirse y consolidarse como médicos.

**Palabras clave:** Historia Social, movilidad social ascendente, estatus del médico peruano, comunidad judía limeña, médicos peruanos judíos.

## ABSTRACT

This thesis investigates the causes and procedures by which Jewish Peruvians instrumentalized the medical profession as a mechanism for upward social mobility between 1947 and 2019 in Lima. For this, from a qualitative historical approach and inductive method, personal and telephone interviews were conducted with four age cohorts of 27 physicians from different specialties in the field of Human Medicine. Likewise, primary and secondary documentary sources and thesis were analyzed especially in Social Sciences and Humanities.

The study argues that the interviewees dedicated themselves to Medicine, because they considered it a traditional occupation and a safe route to get material future and high social status in the troubled contemporary Peru. These objectives were achieved during the educational expansion by the State and society in the light of the implementation of political-ideological systems known as the developmental State –promoter of the economic activity since 1930 until 1993- and the neoliberal State –subjugated to the private market since 1993-.

In this context, the vocational and professional development of the interviewees was determined by three structural factors: status, *habitus*, and the economic and sociocultural configuration of Peru. With this, it is possible to expose the historical agency of the interviewees within the family, amical, educational, community and non-Jewish spheres in the search to become and consolidate themselves as physicians.

**Key words:** Social History, upward social mobility, status of the Peruvian physician, Jewish community of Lima, Jewish Peruvian physicians.

## ÍNDICE DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS .....	3
1. INTRODUCCIÓN .....	9
2. MARCO TEÓRICO .....	10
2.1. Definición de los sujetos de estudio: la autoidentificación judaica .....	10
2.2. Historia Social y conceptos utilizados.....	11
2.3. La movilidad social ascendente vista en tres esferas.....	12
2.4. Organización de la tesis en tres variables estructurales.....	12
3. ESTADO DE LA CUESTIÓN .....	14
3.1. Publicaciones sobre la movilidad social ascendente vista desde la educación universitaria peruana.....	14
3.2. Publicaciones sobre la movilidad social ascendente vista desde la profesión médica en Lima .....	16
3.3. Publicaciones sobre la movilidad social ascendente vista desde la pertenencia a una élite socioprofesional de la comunidad judía de Lima en tanto minoría religiosa de origen inmigrante .....	19
3.3.1. Las investigaciones históricas acerca de los criptojudíos en la Lima virreinal de los siglos XVI-XVII.....	20
3.3.2. Las investigaciones históricas acerca de los judíos en el Perú en los siglos XIX-XXI .....	24
4. METODOLOGÍA.....	27
5. CAPÍTULO I – ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES: LOS FAMILIARES INMIGRANTES DE LOS MÉDICOS PERUANOS JUDÍOS EN EL PERÚ ENTRE 1900 Y 1950 .....	32
5.1. La configuración económica y sociocultural del Perú entre 1900 y 1950 .....	37
5.1.1. El factor legal-económico .....	37
5.1.2. El factor fenotípico.....	44
5.2. El mejoramiento y la conservación del estatus de los familiares inmigrantes en Lima entre 1930 y 1950.....	48
5.3. El <i>habitus</i> educativo de los familiares inmigrantes en Lima entre 1900 y 1950 .....	52

6.	CAPÍTULO II – PRIMERA COHORTE DE MÉDICOS PERUANOS JUDÍOS EN LIMA (1947-1964) .....	66
6.1.	El pregrado en las universidades públicas durante el auge del Estado desarrollista .....	66
6.2.	La influencia de los profesores en la especialización médica e inserción laboral durante el auge del Estado desarrollista.....	71
7.	CAPÍTULO III – SEGUNDA COHORTE DE MÉDICOS PERUANOS JUDÍOS EN LIMA (1964-1980) .....	75
7.1.	La primera clínica fundada por médicos peruanos judíos en Lima: Javier Prado .....	77
7.2.	El pregrado durante la masificación de la educación superior del Estado desarrollista .....	80
7.3.	La especialización médica e inserción laboral en las postrimerías del Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas.....	84
7.4.	La segunda clínica fundada por médicos peruanos judíos en Lima: San Borja.....	87
7.5.	La tercera clínica fundada por médicos peruanos judíos en Lima: Ricardo Palma .....	88
8.	CAPÍTULO IV – TERCERA COHORTE DE MÉDICOS PERUANOS JUDÍOS EN LIMA (1980-1995) .....	92
8.1.	El pregrado durante el ocaso del Estado desarrollista.....	93
8.2.	La cuarta clínica fundada por médicos peruanos judíos en Lima: Kirschbaum .....	96
8.3.	La especialización médica e inserción laboral a inicios del Estado neoliberal.....	100
9.	CAPÍTULO V – CUARTA COHORTE DE MÉDICOS PERUANOS JUDÍOS EN LIMA (1995-2019) .....	107
9.1.	El pregrado durante el apogeo del Estado neoliberal.....	107
9.2.	La especialización médica e inserción laboral en las primeras décadas del siglo XXI ..	113
10.	CAPÍTULO VI – BALANCE DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN LIMA (1947-2019) .....	120
10.1.	Dinastías familiares médicas de los entrevistados en Lima desde la segunda mitad del siglo XX .....	120
10.1.1.	Dinastías familiares médicas dobles .....	123
10.1.2.	Dinastías familiares médicas triples.....	124
10.2.	Consolidación sociolaboral de las cuatro cohortes de entrevistados en Lima .....	127
11.	CONCLUSIONES .....	140
	LISTA DE REFERENCIAS.....	146
	ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS Y SIGLAS .....	160
	ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTAS.....	161

## ÍNDICE DE FIGURAS Y TABLAS

Tabla 1.....	30
Tabla 2.....	33
Tabla 3.....	33
Figura 1.....	34
Figura 2.....	36
Tabla 4.....	42
Tabla 5.....	42
Tabla 6.....	50
Tabla 7.....	53
Tabla 8.....	54
Tabla 9.....	57
Tabla 10.....	60
Figura 3.....	62
Tabla 11.....	63
Tabla 12.....	65
Tabla 13.....	70
Figura 4.....	82
Figura 5.....	82
Figura 6.....	82
Figura 7.....	99
Figura 8.....	99
Tabla 14.....	109
Figura 9.....	112
Figura 10.....	115
Tabla 15.....	116
Tabla 16.....	122
Figura 11.....	129
Figura 12.....	129
Figura 13.....	129
Tabla 17.....	130
Figura 14.....	134
Figura 15.....	139

## 1. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial, existen casos históricos de individuos y grupos que han utilizado a las profesiones para ascender económicamente y obtener alto estatus sociocultural. Uno de ellos es el pueblo judío que, además, ha empleado la acumulación del conocimiento como salvaguarda ante las incontables restricciones y persecuciones padecidas en tanto minoría religiosa, étnica e inmigrante. La valoración instructiva tiene su génesis en la milenaria práctica ético-religiosa que implicó la repetición y transmisión del aprendizaje a través de la tradición escrita y los subsecuentes debates de los sabios y la colectividad.

Este esquema formativo decantó en el estudio de la Medicina. De acuerdo al historiador John M. Efron, su ejercicio formal puede rastrearse hasta la Edad Media europea cuando los rabinos ya eran las principales figuras de sus comunidades diaspóricas después de la destrucción del Segundo Templo de Jerusalén por los romanos en el 70 d.C. Ellos tuvieron disputas de autoridad con los apreciados médicos judíos, pero realzaron aún más la profesión al practicarla y compatibilizarla con el sistema de valores religiosos. Esto ensalzó al galeno como “un activo de la sociedad y un socio de Dios”. De este modo, los médicos se convirtieron en líderes a emular, porque la profesión se volvió imprescindible en la vida cotidiana y ha garantizado una viabilidad socioeconómica. Con ello, se produjo en el imaginario popular “una estrecha asociación cultural y cognitiva entre los judíos y la Medicina al punto de señalarla como ‘la ocupación judía’” (2001).

A través de las centurias, los judíos fortalecieron su admiración por la Medicina, ya que les permitió mejorar su posicionamiento hasta alcanzar altos estratos como sucedió con la comunidad judía del Perú que siempre ha sido una de las más pequeñas de Latinoamérica.<sup>1</sup> Por ello, el objetivo principal de la presente tesis es analizar las causas y los procedimientos mediante los cuales los peruanos judíos instrumentalizaron la Medicina como mecanismo de movilidad

---

<sup>1</sup> Los censos del Estado peruano no contabilizan a la religión judía en particular. Según Yalonetzky, la Asociación Judía del Perú tampoco ha calculado esa data (2016: 29). La única fuente disponible son las estimaciones del renombrado demógrafo Sergio DellaPergola en la que calculó entre 1 900 y 3 500 peruanos judíos hasta el 1 de enero de 2022 (2023). Sin embargo, estas cifras se basan en las publicadas por León Trahtemberg a finales de la década de 1980 (Yalonetzky 2021: 24-25).

social ascendente en Lima entre 1947 y 2019 a partir de 27 entrevistados. De esta manera, se puede investigar la importancia de los estudios universitarios o de algún grupo poblacional en la movilidad social.

Durante aquellos 72 años, marcados por democracias y dictaduras civiles y militares, la instrumentalización de la Medicina también fue común fuera de la *judería* limeña.<sup>2</sup> Esto fue posible en el contexto de la continua masificación educativa ejecutada por el Estado y la sociedad peruanos desde la primera mitad del siglo XX. Dicho proceso estuvo ligado al convencimiento de la educación como herramienta determinante en la movilidad social ascendente y, por ende, de la modernización nacional.

La elección del marco espacial obedece a que la virtual totalidad de la comunidad judía peruana reside en Lima actualmente (Yalonetzky 2016, 2021). Por su parte, dado que en la primera mitad del siglo XX los judíos inmigraron al Perú, el marco temporal responde al propósito de trabajar con la mayor cantidad de médicos de todas las edades a fin de examinar las continuidades y los cambios históricos. Así, 1947 señala el inicio de la vida universitaria de la cohorte de entrevistados más antigua; y 2019, el momento de la consolidación laboral de la más joven.

## **2. MARCO TEÓRICO**

En vista de la peculiaridad temática y que los entrevistados conforman una muestra representativa de una población tan específica, es fundamental explicar el universo teórico en el que se desenvuelve la investigación, los conceptos de los que se sirve y su estructuración. En ese marco, antes bien, es necesario delimitar a los sujetos de estudio.

### **2.1. Definición de los sujetos de estudio: la autoidentificación judaica**

Si bien en la cultura popular y en la historiografía se ha tendido a mantener narrativas homogeneizadoras y estereotipadas, en líneas generales, la comunidad judía limeña es rebotante

---

<sup>2</sup> En la redacción, se utilizará el término *judería* como sinónimo de *comunidad judía*.

en matices, siempre permeada por acontecimientos locales, nacionales e internacionales (Rein y Lesser 2007: 27-29). Por consiguiente, se busca resaltar esta pluralidad, más aún cuando la discusión académica occidental del siglo XXI divide religión con etnicidad, sin olvidar que estas categorías estuvieron unificadas bajo el concepto *raza* hasta la primera mitad del siglo XX.

De este modo, el criterio erudito actual de pertenencia al judaísmo es la creencia religiosa, pero al interior y exterior de los colectivos judíos todavía se otorga peso a la afiliación congregacional, el tener madre y/o padre judío, la ortodoxia del credo, las lenguas judías, entre otros (Rein y Lesser 2007: 25-26). Dicho lo cual, este es un tema delicado y el debate continúa, porque mezcla parámetros modernos con pre modernos. Por lo tanto, en la presente tesis, se priorizó la autoidentificación de los entrevistados como judíos para su referencia, más allá de si poseen las otras consideraciones aludidas.

## **2.2. Historia Social y conceptos utilizados**

La Historia Social analiza los procesos de un grupo social en un tiempo y espacio determinados y su interrelación con otros (Burke 2000). El presente estudio se adhiere a esta rama historiográfica y adapta el concepto de *instrumentalización* en tanto dedicación y usufructo consciente y deliberado de la actividad y acervo médicos para obtener crecimiento económico y alto estatus social. También se vale de la *movilidad social ascendente*. Esta supone el escalamiento personal y colectivo a lo largo de niveles socioeconómicos y se manifiesta de dos maneras. Primero, *intrageneracionalmente*, cuando se sube varias clases sociales durante la vida. Segundo, *intergeneracionalmente*, cuando se compara los lugares socioeconómicos de partida y de llegada con los de los ascendentes, y se examina su influencia posicional (Giddens 2002).

En esa línea, la vivencia de los médicos peruanos judíos y de la comunidad judía limeña, desde la segunda mitad del siglo XX, se enmarca dentro del concepto de *doble movilidad social ascendente* en una sociedad tradicional o industrial. El término fue acuñado por el sociólogo Gino Germani y se refiere al *reemplazo* por el cual un grupo social ocupa el lugar de otro en decadencia. Asimismo, en un ambiente urbano, alude a una *transición* cuando un grupo social de estrato

tradicional se convierte en uno nuevo; por ejemplo, se transforma de trabajador manual a técnico o profesional asalariado (1961: 63-64).

### **2.3. La movilidad social ascendente vista en tres esferas**

El tema de la investigación examina la movilidad social ascendente vista en tres esferas dentro de la Historia Social desde finales de la década de 1940. Estas son la educación universitaria peruana, la profesión médica en Lima y la pertenencia a una élite socioprofesional de la judería limeña en tanto minoría etno-religiosa de origen inmigrante. A causa de estas particularidades, la tesis pretende insertarse en un estudio histórico de larga duración como lo es la inmigración judía en el Perú en el siglo XX y su integración a la sociedad.

### **2.4. Organización de la tesis en tres variables estructurales**

En función del objetivo principal de la pesquisa y, a partir de aquí, lo que significa ser un médico peruano judío en Lima, la misma se guía por tres variables estructurales. La primera es *la configuración económica y sociocultural del Perú*, que faculta explorar la realidad donde las familias inmigrantes de los galenos y ellos mismos extendieron sus estrategias de progreso. A esos efectos, se busca responder qué posibilidades tuvieron de obtener educación superior, la influencia del armazón socioproductivo en su elección por la Medicina, el impacto de las transformaciones de los mercados socioeconómicos en la elección de las especialidades médicas y los espacios laborales, entre otros.

La segunda variable es *el mejoramiento y la conservación del estatus socioeconómico*. Esta habilita observar el anhelo de alcanzar y mantener la alta posición socioeconómica por medio de la Medicina y su repercusión en la prosperidad de los círculos sociales primarios. A su vez, la tercera es el *habitus* educativo que, según el sociólogo Pierre Bourdieu, supone la producción sistemática de los estilos de vida divisados en conjuntos de signos socialmente calificados (1998: 170-172). En otras palabras, el *habitus* refleja la añeja costumbre educativa de los judíos, la cual es el nexo entre el particular estilo de vida de los médicos y sus acomodadas posiciones socioeconómicas alcanzadas.

Finalmente, es importante indicar que las dos últimas variables abrevan de la tesis doctoral en Sociología de Yalonetzky, que escruta las transformaciones de la vida limeña judía desde 1944 (2016). La conclusión principal atañe al presente estudio, porque debido a la pequeñez numérica de la judería, la organización comunitaria “centraliza, de forma casi exclusiva, los recursos que hacen posible distintas formas de vida judía”.

Igualmente sucede con dos de las tres macro dimensiones que ella planteó para describir la “versión limeña de lo judío”. La primera es “pensar lo peruano judío”, una categoría de análisis derivada de la propuesta de los historiadores latinoamericanistas Raanan Rein y Jeffrey Lesser que ayuda a examinar a los judíos como sujetos individuales y colectivos con múltiples identidades, pero enfatizando su faceta latinoamericana. Ellos justifican esta aproximación en virtud del estado líquido de las idiosincrasias mundiales actuales, llámese lo *transnacional, nacional, regional, local*, entre otras; así como para evitar “las dicotomías y reducciones binarias” (2007). Sin embargo, Yalonetzky considera que esta fórmula podría no calzar enteramente cuando se analiza a las pequeñas juderías como la limeña. Siguiendo todos estos puntos de vista, el término *peruano judío* –con su variante femenina y plural- es explotado en la presente investigación.

La segunda macro dimensión es la “afinidad electiva”. Ella trabajó con dos acepciones de este término weberiano que detalló el sociólogo y filósofo Michael Löwy: “la afinidad entre visiones del mundo e intereses de clases sociales” y “los estilos de vida de una clase social y ciertos estilos de vida religiosa” (citado en Yalonetzky 2016: 26). Esto le sirvió para explicar el ingreso de los judíos en las clases acomodadas limeñas en el marco de los procesos de secularización, “privatización de la religión” y de los cambios estructurales en el Perú y el mundo desde la segunda mitad del siglo XX. Empero, dicha “afinidad electiva” se remonta al suceso por el cual, en los países desarrollados, los diversos judíos fueron considerados por los no judíos como “blancos europeos” con “capital urbano o fácilmente adaptable al estilo urbano”, distinción que se trasplantó al Perú. Por tanto, Yalonetzky aseveró que la movilidad social ascendente de la comunidad judía limeña no se puede desligar de estas consideraciones (2016).

En lo que respecta a la presente tesis, estas se relacionan con la reproducción del capital sociocultural de los médicos, quienes son egresados de colegios privados limeños de élite. A juzgar por los sociólogos Luciana Reátegui y otros, estos espacios facilitan las posiciones privilegiadas de un círculo cerrado en la dinámica profesional limeña contemporánea (2022). No obstante, el fenómeno presenta una característica elemental: la *blanquitud*. Conforme al filósofo Bolívar Echeverría, este concepto deriva de la *blancura* que se refiere exclusivamente a la pigmentación blanca de la piel de una persona. La *blanquitud*, entonces, implica adoptar idealizadamente supuestas *prácticas* y *valores* propios de una persona de piel blanca, alguien compatible con la modernidad y el progreso en clave capitalista, y que tiene su faro ético y moral en las sociedades con mayoría poblacional blanca del Norte Global (2010: 11). Así pues, las identidades, afinidades, intereses y estilos de vida de los entrevistados alcanzan su culmen en el prestigioso estatus médico, pues ejercer la profesión ha significado pertenecer a la élite limeña, por ende, ser *blanco* y *decente*.

### **3. ESTADO DE LA CUESTIÓN**

#### **3.1. Publicaciones sobre la movilidad social ascendente vista desde la educación universitaria peruana**

Como se mencionó, la primera esfera en la que el tema del estudio se despliega es la movilidad social ascendente vista desde la educación universitaria peruana. En cuanto a ello, solo se ha localizado investigaciones en Ciencias Sociales. La primera es la del especialista en Economía de la Educación y desigualdad social Luis Muelle (1982). Él criticó la inexistencia de averiguaciones acerca de la educación como variable que estimule la movilidad social, teniendo en cuenta el contexto de masificación educativa desde 1950 y las demandas ciudadanas por ella.

A partir del análisis de una encuesta urbana de 1974 del Ministerio de Trabajo, concluyó que, ya desde esa época, la instrucción no alteraba de manera independiente a la clase de origen de los ciudadanos con relación a la ocupación adquirida. Entonces, para entender integralmente dicha dislocación, sugirió manejar también otros factores como la incidencia del mercado o la herencia sociocultural. Complementó sus resultados con una pesquisa concerniente a la desigualdad en el

acceso a los puestos laborales de los individuos, dependiendo del origen educacional y ocupacional del progenitor (1990).

Hay que trasladarse hasta inicios del siglo XXI para encontrar trabajos que recojan estas recomendaciones. Así, el sociólogo Martín Benavides analizó la Encuesta Nacional de Medición de Niveles de Vida del 2000 y un apéndice de esta del 2001 para establecer cómo se vinculan el origen social, el acceso a la educación superior y el puesto laboral en un grupo de trabajadores urbanos peruanos (2004). Consolidó estas aseveraciones cuando presentó los resultados de un nuevo estudio basado en una muestra de padres y madres a nivel nacional urbano y rural (2012).

Dentro de sus hallazgos, como ya sospechaba Muelle, encontró que la instrucción por sí sola puede explicar una fracción de la movilidad social ascendente entre las generaciones. Esta se manifiesta cuando las ocupaciones logradas por los hijos o *clase de destino* son diferentes de las de los padres o *clase de origen*, debido a la presencia del factor educativo. Sin embargo, dado que no existe el acceso igualitario a la educación superior, se reproducen las desigualdades de la *clase de origen*. Por ello, para dilucidar el fenómeno, empleó el factor de la instrumentalización del capital sociocultural, lo que se aprecia en la presente tesis.

En la misma línea de Benavides, a partir de la exploración de la Encuesta Nacional de Hogares – ENAHO- de los años 2004 a 2014, el economista de la Universidad del Pacífico Javier Torres y otros especialistas sondearon la movilidad social de padres e hijos nacidos entre 1950 y 1989, teniendo en cuenta sus grados de instrucción (2018). Con relación al objetivo principal de la presente tesis, el dato relevante es que los nacidos en la década de 1960 alcanzaron la más alta movilidad socioeducativa intergeneracional en la segunda mitad del siglo XX.

La tesis de licenciatura en Sociología de Silvia Espinal también utilizó el enfoque de la movilidad social ascendente vista a través de la educación superior en dos de sus cinco estudios de caso (2010). Se trata del anhelo de familias de origen migrante andino en Lima para que su descendencia se profesionalice desde inicios de la segunda mitad del siglo XX. En el primer caso,

el deseo de superación de la generación migrante se alimentó por el cercano ejemplo de parientes pobres que ya se habían convertido en odontólogos y abogados; en el segundo caso, la movilidad social ya estaba presente en la profesionalización de la generación migrante. En ambos ejemplos, la finalidad ulterior fue *el mejoramiento y la conservación del estatus socioeconómico*, la cual es una de las tres variables que guía el desarrollo de la presente tesis.

En un sendero similar, la tesis de maestría en Sociología de Eloy Seclén examina el discurso del *éxito* traducido en la aspiración de los jóvenes de clase media emergente por alcanzar el ascenso socioeconómico mediante el ingreso a una universidad privada de *segunda generación* con una filial en Lima (2013). Esta se caracteriza por *vender* una formación *emprendedora* en el contexto de la imposición neoliberal desreguladora de la educación a partir del fujimorato (1990-2000). Este suceso coincide con el inicio de la vida universitaria de la cohorte más joven de médicos. Igualmente, la antropóloga Leonor Lamas trabajó etnográficamente la relación de aquel discurso de *éxito* con el surgimiento de un *sujeto emprendedor* en una universidad del mismo tipo (2015).

### **3.2. Publicaciones sobre la movilidad social ascendente vista desde la profesión médica en Lima**

La segunda esfera en la que transita el tema de la tesis es la movilidad social ascendente vista desde la profesión médica en Lima. Efectivamente, esta se subsume en la corriente de la Historia de la Salud. De acuerdo a los historiadores especializados Marcos Cueto y Jorge Lossio, en el Perú y en el resto de Latinoamérica, a excepción del Brasil, aquella se encuentra en situación embrionaria (2009).<sup>3</sup> Argumentaron que se debe a la falta de diálogo entre los historiadores de la Salud y los practicantes y estudiosos de la Medicina en su vertiente sociocultural, así como que la Historia Social en el Perú sigue ensimismada en temas políticos y económicos.

Por esta razón, la presente tesis busca *darles voz* a los datos duros con base en los testimonios de una muestra representativa de un colectivo socioétnico limeño. Así, a juzgar por Lossio, se ayudaría a desarrollar la Historia Social de la Salud y de la Medicina en el Perú en virtud de la

---

<sup>3</sup> Para un breve estado de la cuestión, ver el artículo de María José Correa y María Soledad Zárate (2017).

interrelación diaria con los grupos sociales, los gobiernos y los actores no estatales (2021). De esto se desprende un análisis histórico interpretativo, partiendo de la evaluación de las oportunidades de ascenso socioeconómico que brindó la profesión médica desde la segunda mitad del siglo XX, las continuidades y los cambios que se suscitaron en la valoración por ejercer la Medicina, los roles que adoptaron los galenos en la sociedad en comparación con otros profesionales, entre otros aspectos.

Las investigaciones en esta esfera provienen de renombrados doctores de la UNMSM. Un primer tópico se refiere al desarrollo médico en el Perú alrededor de la historia de la Facultad de Medicina de la UNMSM hasta la transición hacia la década de 1960, momento en que dejó de ser la única que ofreció esa carrera. Carlos Paz Soldán, nostálgico de un pasado casi immaculado, concluyó que, desde el Oncenio de Augusto B. Leguía (1919-1930), la didáctica europea decayó abruptamente a causa de la corrupción sociopolítica y el rompimiento de las jerarquías en el claustro (1932, 1957).

Una suerte de continuidad es el trabajo de Oscar Pamo. Desde una perspectiva de mediana duración, alegó que las disputas entre el profesorado y el alumnado, al calor del establecimiento de los diferentes Estatutos Universitarios, deterioró la enseñanza médica como lo atestiguaron los entrevistados de las cohortes más antiguas. Por consiguiente, agregó que el gran cisma de la Facultad en 1961 fue casi inevitable (1990).

Otro tópico, afectado por el anterior, abarca los elementos histórico-estructurales de la atención médica peruana a la luz de las reformas gubernamentales durante el siglo XX. Sobre la base de diversos tipos de fuentes, cada autor analizó la situación económica y los ambientes laborales de los galenos en décadas específicas. Todos estipularon en que el déficit de doctores, el desempleo y subempleo aumentaron, y su estatus social involucionó, lo cual fue ratificado por los entrevistados para la presente tesis.

Antonio Meza Cuadra y Rafael Bendezú (1966) recurrieron al censo de la UNMSM de 1957; Alejandro Sotelo (1967), al de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud de 1964. Carlos Bustíos amplió la información, empleando el estudio de la Organización Panamericana de la Salud y realizó entrevistas a los egresados de la Facultad de Medicina de la UNMSM entre 1994 y 2003 (1985, 2003, 2007). Junto con Julio Swayne, inventariaron parcialmente la fuerza de trabajo para el Ministerio de Salud (1998).

No obstante, lo relativo a la presencia femenina ha sido muy escasa. En un breve e innovador artículo, Pamo destacó la participación de las primeras médicas en el Perú desde finales del siglo XIX y los retos frente a su histórica marginalización académica y laboral (2007). Sin una referencia directa, el artículo de los historiadores Héctor Maldonado y María Elizabeth Puertas escrutó la baja cantidad de mujeres en las carreras de Ciencias de la Salud en la UNMSM entre 1930 y 1956, sobre todo en Medicina (2012).

El tópico institucional engloba a los dos anteriores, puesto que permite la articulación y modernización del precario sistema de salud peruano. Eruditos de otras especialidades de la PUCP coadyuvaron al diagnóstico y sentenciaron que el retraso en la resolución de los problemas se incrementó por ignorar las complejidades de cada época como la inconexión de las políticas públicas, el desconocimiento de las disputas gubernamentales y la indiferencia ante los estereotipos socioculturales.

Carlos Bustíos cartografió las directrices estatales y sus impactos socioeconómicos entre 1933 y 1985 (1998). El sociólogo Juan Arroyo ofreció sugerencias sobre cómo llevar a cabo la tan ansiada reforma integral en el contexto de la imposición del Estado neoliberal en la transición al siglo XXI (2000, 2006). En el marco del Proyecto Especial del Ministerio de Cultura por el Bicentenario de la Independencia que coincidió con la pandemia del COVID-19, Lossio publicó el estado de la salud pública y su combate a las epidemias durante 200 años de vida republicana (2021).

### **3.3. Publicaciones sobre la movilidad social ascendente vista desde la pertenencia a una élite socioprofesional de la comunidad judía de Lima en tanto minoría religiosa de origen inmigrante**

La tercera esfera en la que discurre el tema de la tesis es la movilidad social ascendente vista desde la pertenencia a una élite socioprofesional de la comunidad judía limeña en tanto minoría religiosa de origen inmigrante. Como se mencionó, debido al objetivo principal tan concreto, la pesquisa busca incluirse en la línea de investigaciones históricas concerniente a los judíos en el Perú. Sin embargo, el mapeo historiográfico de esta materia de larga duración permite afirmar que las producciones han respondido a atracciones ocasionales y desordenadas.

En consecuencia, conforme a Yalonetzky, no existen los Estudios Judíos al igual que en otros países latinoamericanos con juderías numerosas como Argentina, Brasil y México. Si bien la causa primordial es el reducido volumen de la judería peruana, también lo es la incipiente tradición investigativa del Perú, donde tampoco han florecido los Estudios Étnicos, de minorías de origen extranjero u otras en general (2017). No obstante, a inicios de la década de 1970, en el contexto de la impronta nacionalista del Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas (1968-1980), una primera y pequeña camada de publicaciones sobre minorías inmigrantes aparecieron por el esfuerzo de la PUCP y UNMSM a fin de germinar pesquisas en torno al racismo (Millones 1973).

Generalmente, en este campo se han insertado las divulgaciones sobre lo peruano y lo judío de tipo académico y no académico (Yalonetzky 2017). Estas últimas son las que abundan y se caracterizan por responder a encargos, preguntas coyunturales o satisfacer gustos personales, por lo que se enfocan en la difusión comercial, estatal y social con un método científico menos riguroso y sin revisión académica estándar, lo que no desvaloriza su aporte epistemológico. Independientemente de su cariz académico, los trabajos de Historia que tienen a los judíos como únicos protagonistas suman 32 y se dividen en dos grandes periodos temporales.

### **3.3.1. Las investigaciones históricas acerca de los criptojudíos en la Lima virreinal de los siglos XVI-XVII**

El primer gran periodo temporal de estudios históricos sobre los judíos en el Perú cubre los siglos XVI-XVII. La temática dominante es la vida política, socioeconómica y religiosa de los criptojudíos en la Lima virreinal.<sup>4</sup> En su abrumadora mayoría, fueron de origen portugués y nunca se ha sabido su número exacto. La Corona española desconfió de ellos, puesto que pudieron ser aliados de potencias europeas enemigas y contaminar la fe católica. Principalmente, se dedicaron al comercio legal y contrabando, dominaron la trata esclavista e invirtieron en minería y agricultura.

Los estudios han ahondado en lo cualitativo y se han ido complementando. Teniendo en cuenta que muchos procesos inquisitoriales limeños desaparecieron en el incendio de la Biblioteca Nacional del Perú en 1943, ha proliferado la revisión en archivos argentinos y estadounidenses, en el Archivo Histórico Nacional y Biblioteca Nacional de Madrid, en el Archivo General de Indias de Sevilla, en el Instituto de los Archivos Nacionales de Lisboa, en el Archivo Regional del Cusco, en el Archivo General de la Nación y Archivo Arzobispal de Lima. Con ello, el abordaje de los historiadores ha sido de dos maneras. Primero, a través de la agencia individual.

Muy pocos criptojudíos judaizaron abiertamente e hicieron proselitismo como el galeno tucumano Francisco Maldonado de Silva. El alemán judío Günter Böhm diseccionó las relaciones inquisitoriales y recontó su apresamiento en Chile en 1627, su reclusión y el martirio en la hoguera en el auto de fe limeño de 1639. A partir de esas fuentes, hizo hincapié en dos rasgos de su judaísmo: la práctica jactanciosa y el anticristianismo (1963, 1984). Por todo ello, también para el polaco judío Boleslao Lewin (1950) y el francés judío Nathan Wachtel (2002) el caso es *sui generis*. Ellos apreciaron su escolástica y racionalismo, la reelaboración de su fe y determinaron que su inmolación buscó un triple objetivo: expiarse por haber sido cristiano, continuar el sacrificio de su judaizante médico padre y redimir a su pueblo para acelerar el inicio de la era mesiánica.

---

<sup>4</sup> Se les llamó así, porque practicaban secretamente el judaísmo en razón de la persecución inquisitorial. Entre 1580 y 1640, las monarquías ibéricas se unificaron y abundantes portugueses judíos huyeron a las colonias españolas donde el término *portugués* se utilizó como sinónimo de *judío*.

De igual modo, el rico comerciante Pedro de León Portocarrero fue un crítico desembozado de las autoridades. A comienzos del siglo XVII, elaboró una descripción del virreinato peruano que derivó en interpretaciones alusivas a su posible espionaje. Lewin publicó ese manuscrito en Argentina en 1958 y señaló que su reprobación a las políticas hispánicas y su defensa de los indígenas no necesariamente advierten su participación en sabotajes, sino la coincidencia de posturas (1958).

En cambio, los eruditos católicos José de la Riva Agüero (1968) y Guillermo Lohmann (1970) – descubridor de la autoría del documento- no dudaron en que su condición extranjera, hondo conocimiento de la vida virreinal, tono contestatario, pertinacia a judaizar, alto estatus socioeconómico y conexiones financieras son pruebas del servicio a las protestantes Provincias Unidas de los Países Bajos. Estas querían apoderarse de las opulentas colonias españolas y crear un ambiente de relativa tolerancia religiosa para la fluidez de los negocios. En función de todas estas miradas, Carlos Carcelén formuló una nueva: el judeoportugués fue solo un agente económico atravesado por el cambiante ajedrez global (2009). Dichos debates los recapituló Miguel Maticorena en su ponencia presentada en el XVII Coloquio de Historia de Lima (2010).

Otros criptojudíos practicaron el catolicismo, aunque con cierto sincretismo judaico confuso. De acuerdo a Pedro Guibovich, este fue el grupo mayoritario; y Manuel Bautista Pérez, el individuo más famoso. Su doble estándar confesional se evidencia mediante el análisis de su vasta colección libresca en la que sobresalen las materias históricas y religiosas en español y portugués. Estos bienes pudieron catalizar sus “problemas de conciencia” y ser “un medio de mantener su identidad cultural” (1990). A través del inventario de su iconografía y objetos religiosos, María da Graça Mateus interpretó lo mismo y agregó que de esa forma quiso evocar a su progenie, su juventud en Portugal y marcar una alta distinción social. El patrón estético combinó el gusto mundano del viajero con la moda europea y virreinal contrarreformista (2016).

En la tesis de bachillerato de la estadounidense judía Susie Minchin, se examinó su vida para ilustrar la cotidianeidad de los conversos a comienzos del siglo XVII peruano. Pérez alcanzó

mucho prestigio en la alta sociedad al continuar con la tradición familiar de la trata esclavista. Su integración social exhibe cierta planificación en virtud de la elección de los ilustres padrinos portugueses y españoles de sus vástagos, quienes fueron bautizados en la catedral de Lima y el oficiante fue el portugués progenitor de los tres hermanos León Pinelo (1993). Precisamente, la tesis de bachillerato de Jimena Pizarro especificó la inserción de estos últimos a partir de los altos puestos políticos y educativos alcanzados, aun cuando fueron sospechosos judaizantes (1993).

La segunda manera en que los historiadores han discutido el tema de los criptojudíos es por medio de una aproximación étnica comunitaria y de clase subalterna. El contexto es el encarcelamiento de muchos en 1635 a raíz de la trama conocida como *la Gran Complicidad* que condujo al auto de fe limeño de 1639. El estadounidense judío Seymour Liebman (1971) y René Millar (1983) se adentraron en la teoría de la destrucción de la monarquía católica. Esta subraya que el Tribunal del Santo Oficio se apoderó de aquellas grandes fortunas, porque financiaban un supuesto complot contra el virrey.

Una doble teoría derivada de la anterior es estrictamente económica. Esta expone los celos mercantiles del Tribunal del Consulado y que los inquisidores expropiaron los bienes para subvencionar su institución, especialmente durante los ataques piratas en El Callao y las revueltas y guerras metropolitanas. Así, la pesquisa cuantitativa de Alfonso Quiroz pormenorizó el volumen de arrestados, liberados y juzgados, sus profesiones y rangos de edad. Adujo que la bancarrota de este frondoso tejido societario impactó en la crisis económica virreinal de la segunda mitad del siglo XVII (1986).

Este autor es referenciado constantemente por Carlos Villanueva, quien, con un sesgo apologético católico, continuó con el móvil económico entrelazado con el clásico antijudaísmo. Tal fue la saña de los eclesiásticos que 11 meses después del auto de fe limeño, en diciembre de 1639, el inquisidor general intentó exhaustiva y fallidamente apropiarse de un tesoro descubierto en un basural para atribuírselo a los judaizantes sentenciados en aquel evento público y seguir desmarañando sus redes (1999).

Minchin problematizó la fortaleza de la adaptación socioeconómica de los judeoportugueses basada en la conciencia de su estirpe nacional para distinguirse de los españoles. En otras palabras, en atención a las cambiantes leyes inmigratorias desde el siglo XVI, la prosperidad fue más factible en un círculo concentrado de portugueses (2002). Mateus prosiguió esta línea, pues auscultó los mecanismos de agrupamiento que solieron decantar en la endogamia. Esos dispositivos priorizaron la confianza en el parentesco, la localidad de origen y la religión. Así, a través de nodos intra y extraregionales cada vez más extensos, la *complicidad* fue para rentabilizar el *asiento* de esclavos que se complementó con préstamos a la Corona (2002, 2005, 2010, 2018). Empero, conforme a la tesis doctoral de la argentina judía Ana Schaposchnik, esos agrupamientos también sirvieron en los juicios y calabozos inquisitoriales. Caídos en desgracia, afinaron la red, aprovechando las fisuras del sistema represivo (2007).

Sin embargo, el artículo de Alfredo Moreno y Gleydi Sullón procuró una mirada menos confinada, pues incluso los presos liberados se asimilaron en los estratos medios y dejaron herencia. Por ello, sustentaron que el estigma de presumible judaizante no siempre perjudicó la relación con los cristianos (2014). De hecho, en el libro derivado de su tesis doctoral, Sullón salió de la homogeneización fijada a los portugueses. Para ello, no utilizó la documentación inquisitorial que constriñe conocer la faceta religiosa, sino los protocolos notariales. Tampoco se circunscribió a la tesitura de la *Gran Complicidad*, sino que amplió el espacio dentro de los siglos XVI y XVII. Entonces, a partir de una muestra representativa de los “otros lusos” –genuinos cristianos viejos y nuevos-, expuso la pluralidad de sus ocupaciones, lugares de operación, cultura material, sincretismo religioso e integración fuera del ámbito familiar y del paisanaje (2016).

Mención aparte merece la tesis de licenciatura de Brian Cano y Evelyn Donayre. Someramente, narraron la vivencia y el legado económico, religioso y artístico de los criptojudíos en Cusco entre 1620 y 1650. Justificaron la fecha inicial, porque la ciudad recibió una visible migración del Brasil a causa de su ubicación entre Lima y el altiplano minero, y solo albergó un comisariato inquisitorial. La fecha final obedece a las repercusiones locales de la *Gran Complicidad*.

Ciertamente, los autores buscaron reivindicar el aporte judío en la cosmopolita cultura cusqueña (2021).

### **3.3.2. Las investigaciones históricas acerca de los judíos en el Perú en los siglos XIX-XXI**

El segundo gran periodo temporal de estudios históricos sobre los judíos en el Perú abarca los siglos XIX-XXI republicanos. La temática reposa en la inmigración y sus dificultades de inserción con una fuerte inflexión reivindicativa en muchos casos. Según Yalonetzky, las elaboraciones se aproximan de tres maneras: el aislamiento del resto de la comunidad peruana; la percepción de hostilidad vivida frente a los no judíos; y el excepcionalismo por el cual se los contempla como un cuerpo étnico homogéneo, excluyendo del análisis su condición de peruanos (2017).

Böhm refirió que los primeros judíos en llegar fueron de origen franco-germano. Levantaron una beneficencia y un cementerio, que cayeron en el abandono por la falta de socios, de un guía espiritual, la guerra contra Chile y la aculturación en las clases acomodadas limeñas y foráneas. Se sintieron más alemanes al punto de cofundar instituciones y presidirlas (1985). Previamente, la tesis de bachillerato de Luis Durand había sellado un hito: es la primera creación que focalizó lo peruano y lo judío en la historia del Perú. Esta comulga con el antisemitismo de la Segunda Guerra Mundial, pues su autor se opuso panfletariamente al arribo de los judíos al país (1940).

A comienzos del siglo XXI, las producciones han intentado evocar y construir la memoria histórica. Así, el Fondo Editorial del Congreso de la República editó la compilación fotográfica del peruano judío Henry Mitrani con base en archivos privados y de la Biblioteca Nacional del Perú. En ella retrató la adaptación de los inmigrantes y su descendencia a lo largo del país, destacando las tensiones entre la preservación identitaria y la asimilación (2002). Igualmente, desde la visión celebratoria de la hospitalidad histórica de Celendín, el libro de Demetrio Rocha repasó la aparición de algunos *sefaradim* en esa andina ciudad norteña, a comienzos del siglo XX, y el impacto socioeconómico de su singular integración (2022).

Ante el déficit de fuentes escritas para trazar la presencia judía, Patricia Cadenas recalcó la importancia de la historia oral como utensilio metodológico. Resaltó la peculiaridad de la inmigración y el asentamiento de los ascendentes de unos entrevistados a fin de registrar la evolución de su faceta religiosa, haciendo guiños comparativos a la experiencia de otros grupos de origen extranjero (2010). También divisó la colaboración de algunos *askenazim* sionistas al desarrollo del socialismo peruano y latinoamericano en el contexto del centenario de la independencia peruana, la ebullición burguesa nacionalista y el internacionalismo antiimperialista de la década de 1920. Confluyeron con las ideas de José Carlos Mariátegui, lo que desembocó en la formación de una red que difundió por medio de revistas la triada sionismo-indigenismo-supranacionalismo para crear una sociedad plural e igualitaria (2019).

En consecuencia, puesto que no se ha encontrado publicaciones concernientes a la movilidad social ascendente vista desde la pertenencia a una élite socioprofesional de la comunidad judía limeña en tanto minoría religiosa de origen inmigrante, la confección de la presente tesis se nutrió de diversos trabajos cuyos autores han colaborado entre sí. Aquellos son y ofrecen riquísimas fuentes primarias, y algunos sirven para contrastar la historia oficial de la colectividad y los testimonios de los médicos entrevistados.

En primer lugar, con una visión sionista askenazí e impregnado de humor propio y peruano, los dos libros de crónicas del polaco Herman Zwilich, además de ser las primeras obras escritas en el Perú por un judío sobre su comunidad, revelaron la intimidad de este círculo desde que él llegó al Perú en 1933 hasta mediados de la década de 1960. Empero, advirtió la heterogeneidad de sus miembros (1963, 1966). En semejante línea, a propósito de la celebración por los 100 años de la primera institución judía montada en el Perú en 1870, el intelectual Emilio Marazzani reseñó la vida judía durante esa inmensa etapa. Si bien es un atisbo externo con gran nivel de detalle, contiene un sesgo dada la estrecha amistad del autor con la judería (1970).

Con la misma entonación conmemorativa, las ponencias presentadas en un coloquio organizado por el Congreso de la República en 2002 derivaron en un libro compilado por Mitrani. Estos

artículos de peruanos judíos y allegados versan sobre el arribo de los inmigrantes, su religiosidad, sus tradiciones, su aporte profesional, entre otros, y son encarados desde la dualidad identitaria peruana y judía para homenajear la unidad nacional basada en la diversidad (2005).

En segundo lugar, Sonia Fleischman esbozó una cronología de la inmigración en su tesis de bachillerato. Alumbró la composición de los foráneos, las dificultades que enfrentaron, sus formas de organización, los festejos socioculturales, las publicaciones y pequeñas comparaciones con el arribo de judíos a otros países latinoamericanos, aunque apeló al historicismo para defender lo provechoso de la presencia judía en una suerte de utopía arguediana de todas las sangres, desactivando estereotipos (1985).

Cuando León Trahtemberg fue director del colegio judío de Lima, produjo una tetra colección que es un clásico de consulta. Esta fue el resultado de sus estudios de maestría en Educación y de pesquisas personales. Con la ayuda de sus pupilos, entrevistó a todas las generaciones de la comunidad para, en términos globales, delinear su historia y honrar su memoria ante el permanente desafío de la asimilación. Específicamente, escarbó en los siguientes aspectos: el asentamiento en el país, la situación legal, la demografía judía limeña en orden de proyectar los planes comunitarios y la cantidad de alumnos hacia el futuro, las vocaciones profesionales, las actitudes hacia lo judaico, constatar la huella judía en las provincias y los esfuerzos para conseguir el apoyo del Perú en la creación del Estado de Israel (1987, 1988, 1989, 1991).

Finalmente, la tesis doctoral de Yalonetzky, los artículos y el libro derivados de ella son fundamentales, porque problematizan la transformación de los modos de organización y de la interacción interna y externa de la población judía limeña desde 1944 bajo el método de la entrevista. Por ello, para todo intento de investigación de este grupo socioétnico, sus creaciones son el punto de partida (2016, 2017, 2018, 2021).

De esta manera, la presente tesis recoge las recomendaciones de los autores de distintas especialidades en lo tocante a las tres esferas mencionadas. También retoma, en parte, lo escrito

sobre los peruanos judíos en los siglos XX y XXI. Empero, enfatiza el análisis histórico de las continuidades y los cambios de la instrumentalización de la Medicina por parte de los entrevistados. Con ello, se busca vincular la Historia y los Estudios sobre Minorías en el Perú, y contribuir a abrir una cuña para el nacimiento de los Estudios Peruanos Judíos (Yalonetzky 2017: 137-142). A su vez, enriquecer a los Estudios Judíos Latinoamericanos, los cuales, al igual que otros campos, adolecen de producciones que protagonicen a las mujeres, entre otros sujetos sociales (Rein y Lesser 2007: 28). De ahí que la guía de entrevistas se hilvanó pensando en ellas.

#### 4. METODOLOGÍA

Dada la escasez de fuentes antes indicadas y las complicaciones para estudiar a las élites como la comunidad judía limeña, se recurrió a la historia oral. A través de este método sistemático, se crea una fuente de primera mano acerca de un tema en concreto y se le da visibilidad a un grupo socioétnico limeño muy poco trabajado. Entonces, se produce el conocimiento histórico bajo el análisis científico sin dejar de someterlo a la integración y confrontación con los otros tipos de fuentes (Aceves 2000: 9-12). Además, se abren puertas para adentrarse en temas de investigación futura sobre estos sujetos sociales. En consecuencia, la fuente principal es el testimonio oral de 27 médicos peruanos judíos residentes en Lima. Para las entrevistas, se utilizó una guía semiestructurada que trató cuatro áreas: contexto familiar, formación académica, trayectoria profesional y comparación de la Medicina en el extranjero.

El enlace inicial con los entrevistados fue proporcionado por la profesora Yalonetzky; a su vez, ellos suministraron los contactos de otros colegas. Se entrevistó a profesionales de Medicina Humana que se autoidentificaron como peruanos, judíos, y que se hubiesen formado y/o laborado en Lima.<sup>5</sup> La gran mayoría estuvieron dispuestos a ofrecer su testimonio; de hecho, consideraron que el tenor de la tesis era interesante en tanto desconocían investigaciones similares. En total, se realizaron 27 entrevistas entre julio y noviembre de 2019: 22 fueron a

---

<sup>5</sup> Solo Bernardo no es peruano ni se formó aquí, pero ha mantenido relaciones laborales y personales con limeños. Además, reside en esta misma ciudad desde hace casi 15 años, por lo que su experiencia fortalece el análisis comparado.

hombres; y cinco, a mujeres.<sup>6</sup> Todos los participantes firmaron un consentimiento informado que garantiza su anonimato.

Por sugerencia de mi asesor, se clasificó a los entrevistados en cuatro cohortes etarias sometidas al análisis histórico comparado: cuatro personas mayores de 72 años; ocho menores de 72 y mayores de 62; ocho menores de 62 y mayores de 50; y siete menores de 50 y mayores de 31. Esto guarda relación con las recomendaciones de Yalonetzky, quien señaló la dificultad de organizar a los entrevistados por generación:

La inmigración judía al Perú tiene una versión contemporánea (es decir, posterior a la consolidación comunitaria de la primera mitad del siglo XX) a raíz de inmigraciones de judíos latinoamericanos, norteamericanos e israelíes que llegan al país a través de oportunidades laborales, algunos huyendo de crisis económicas y políticas. De ahí que haya judíos limeños de cuarta generación (es decir, habría cuatro generaciones ya de judíos nacidos en la ciudad, bisabuelo, abuelo, padre e hijo) y judíos limeños de primera generación que son de la misma edad (2016: 34).

La clasificación se complementó con información básica de los entrevistados: nombre ficticio, género, subgrupo étnico y generación. Para conocer si el aspecto judaico influyó en su vida profesional, se añadieron dos rubros. En primer lugar, la afiliación a la comunidad judía organizada, que se refiere a la membresía de los entrevistados a alguna congregación religiosa. En segundo lugar, la proximidad a la vida comunitaria organizada, que remite a la participación en actividades y a la interrelación con integrantes del colectivo judío organizado (ver todo este ordenamiento en la Tabla 1 de la página 31).

Este ordenamiento se nutrió de la elaboración de fichas con datos generales del médico: número de entrevista, especialidad médica, edad al momento de ser entrevistado, número de cohorte, fecha, hora, lugar, duración de la entrevista y nombre ficticio. Adicionalmente, por sugerencia de la profesora Yalonetzky, en paralelo y *a posteriori*, se realizaron siete entrevistas extra oficiales a miembros de la comunidad judía, los cuales fungieron de informantes y vigorizaron varios aspectos de la trayectoria de los médicos peruanos judíos en vista de que han realizado

---

<sup>6</sup> En promedio, duraron 1 hora y 20 minutos. Casi todas se realizaron de manera presencial en Lima; solo dos de ellas se efectuaron por videollamada, ya que los médicos residen en Estados Unidos.

investigaciones acerca de la judería peruana y/o han ocupado cargos relevantes en sus instituciones.

El análisis de los testimonios se apoyó en fuentes documentales primarias y secundarias, recursos electrónicos sobre la historia de los judíos en el Perú y la situación socioeducativa superior y de la salud en el país desde mediados del siglo XX. Asimismo, en publicaciones periódicas como *El Libro de oro* de Lima y algunos números disponibles de la revista *Nosotros* de la Unión Israelita del Perú para indagar sobre la presencia e importancia de los médicos peruanos judíos en las esferas sociales judías y no judías. También en tesis de bachillerato, licenciatura, maestría y doctorado, sobre todo en Ciencias Sociales y Humanidades.<sup>7</sup>

La tesis se encuentra dividida en seis capítulos. El primero describe el bagaje socioeconómico y cultural de los familiares inmigrantes de los entrevistados, lo cual permitió su ascenso material individual y colectivo en el Perú entre 1900 y 1950. Este aspecto es relevante, puesto que es el punto de partida para entender por qué los entrevistados estudiaron Medicina y cómo la instrumentalizaron para conseguir movilidad social ascendente.

Del segundo al quinto capítulo, se detalla el proceso académico y profesional de cada una de las cuatro cohortes de entrevistados. El sexto capítulo desarrolla un balance de la trayectoria laboral de los galenos, que incluye su pertenencia a dinastías familiares médicas. Además de las conclusiones y la lista de referencias, se agregó dos anexos con la guía de entrevistas y un glosario de términos y siglas.

---

<sup>7</sup> La totalidad del material físico fue consultado en la sede San Borja de la Biblioteca Nacional del Perú, la Red de Bibliotecas de la Pontificia Universidad Católica del Perú y mi biblioteca personal.

**Tabla 1**

*Cohortes etarias de los entrevistados (primera cohorte: mayores de 72 años)*

<b>Edad*</b>	<b>Nombre</b>	<b>Género</b>	<b>Subgrupo étnico</b>	<b>Afiliación a la comunidad judía organizada</b>	<b>Proximidad a la vida comunitaria organizada</b>	<b>Generación</b>
89	Lucas	Masculino	Askenazí	Sí	Sí	Segunda
87	Yago	Masculino	Madre askenazí	No	Sí	Segunda
85	Bernardo	Masculino	Askenazí	No	Sí	Inmigrante
85	Doménico	Masculino	Askenazí	Sí	Sí	Inmigrante

*\*Edad al momento de la entrevista*

*Cohortes etarias de los entrevistados (segunda cohorte: menores de 72 años y mayores de 62 años)*

<b>Edad*</b>	<b>Nombre</b>	<b>Género</b>	<b>Subgrupo étnico</b>	<b>Afiliación a la comunidad judía organizada</b>	<b>Proximidad a la vida comunitaria organizada</b>	<b>Generación</b>
71	Facundo	Masculino	Askenazí	Sí	Sí	Segunda
71	Aldo	Masculino	Askenazí	No	No	Inmigrante
70	Gerardo	Masculino	Askenazí	Sí	Sí	Segunda
66	Blas	Masculino	Askenazí	Sí	Sí	Segunda
64	Tadeo	Masculino	Askenazí	Sí	Sí	Inmigrante
64	Ulises	Masculino	Askenazí	No	No	Segunda
64	Walter	Masculino	Askenazí	No	Sí	Segunda
63	Joaquín	Masculino	Sefaradí/Askenazí	Sí	Sí	Tercera

*\*Edad al momento de la entrevista*

*Cohortes etarias de los entrevistados (tercera cohorte: menores de 62 años y mayores de 50 años)*

<b>Edad*</b>	<b>Nombre</b>	<b>Género</b>	<b>Subgrupo étnico</b>	<b>Afiliación a la comunidad judía organizada</b>	<b>Proximidad a la vida comunitaria organizada</b>	<b>Generación</b>
58	Horacio	Masculino	Askenazí	Sí	Sí	Tercera
58	Agustín	Masculino	Sefaradí/Askenazí	Sí	Sí	Tercera
57	Valentín	Masculino	Convertido al judaísmo	Sí	Sí	
56	Roberta	Femenino	Sefaradí/Askenazí	Sí	Sí	Segunda/Tercera
55	Xavier	Masculino	Askenazí	Sí	Sí	Tercera
54	Kurt	Masculino	Askenazí/Sefaradí	Sí	Sí	Tercera
52	Zuria	Femenino	Sefaradí	Sí	Sí	Segunda
51	Silvio	Masculino	Sefaradí/Askenazí	Sí	Sí	Segunda/Tercera

*\*Edad al momento de la entrevista*

*Cohortes etarias de los entrevistados (cuarta cohorte: menores de 50 años y mayores de 31 años)*

<b>Edad*</b>	<b>Nombre</b>	<b>Género</b>	<b>Subgrupo étnico</b>	<b>Afiliación a la comunidad judía organizada</b>	<b>Proximidad a la vida comunitaria organizada</b>	<b>Generación</b>
43	Piero	Masculino	Sefaradí	No	No	Segunda/Tercera
41	Nicolás	Masculino	Askenazí/Mizrají	No	Sí	Segunda/Tercera
40	Oriana	Femenino	Askenazí	Sí	Sí	Tercera
37	Macarena	Femenino	Askenazí	Sí	Sí	Segunda/Tercera
36	Catalina	Femenino	Sefaradí/Askenazí	Sí	Sí	Segunda/Tercera
35	Emilio	Masculino	Askenazí	Sí	Sí	Tercera
32	Ignacio	Masculino	Sefaradí/Askenazí	Sí	Sí	Cuarta

*\*Edad al momento de la entrevista*

## 5. CAPÍTULO I – ANTECEDENTES SOCIOECONÓMICOS Y CULTURALES: LOS FAMILIARES INMIGRANTES DE LOS MÉDICOS PERUANOS JUDÍOS EN EL PERÚ ENTRE 1900 Y 1950

El objetivo del capítulo es conocer los antecedentes socioeconómicos y culturales y el progreso material de los familiares inmigrantes de los entrevistados en el Perú entre 1900 y 1950. Durante este periodo, comenzó la inmigración judía al país en el siglo XX y consolidaron su establecimiento. Con ello, se busca demostrar cómo la experiencia de estos parientes influyó en la instrumentalización de la Medicina realizada por los entrevistados entre 1947 y 2019.<sup>8</sup>

Aquellas vivencias y la elección de la Medicina fueron determinadas por tres variables estructurales, cada una de las cuales se detallan en tres subcapítulos. Primero, la configuración económica y sociocultural del Perú entre 1900 y 1950. Segundo, el mejoramiento y la conservación del estatus de los familiares inmigrantes en Lima entre 1930 y 1950. Tercero, el *habitus* educativo de los familiares inmigrantes en Lima entre 1900 y 1950.

No obstante, antes de comenzar el análisis, es necesario consignar algunas precisiones sobre la inmigración judía en el periodo referido. Esta se debió a tres causas: las crisis en los imperios nacionalistas euroasiáticos, los regímenes totalitarios y las dos Guerras Mundiales. Sin embargo, es difícil ordenar aquel fenómeno por tres motivos. Primero, su volumen fue muy pequeño, por lo que no hubo *oleadas inmigratorias*. Segundo, no hubo periodos específicos de arribo, sino lapsos intermitentes. Tercero, la heterogeneidad de la procedencia territorial: mayoritariamente de Europa y minoritariamente de la cuenca del mar Mediterráneo asiático y africano.

Entonces, esta experiencia inmigratoria no se puede universalizar. Por el contrario, se complejiza aún más en razón de las divisiones étnicas al interior del pueblo judío, por lo que las trayectorias no siempre han sido similares e incluso han conservado tensiones histórico-culturales. Entre los principales subgrupos se encuentran los *askenazim*, provenientes del centro y este de Europa; los *mizrajim*, procedentes del Medio Oriente; y los *sefaradim*, originarios de España y Portugal

---

<sup>8</sup> Durante el siglo XIX republicano, hubo una pequeña inmigración judía europea interrumpida por la guerra contra Chile.

(en las Tablas 2 y 3 de esta página y en la Figura 1 de la página 35, ver el volumen de los familiares de los entrevistados en relación al territorio de emigración; asimismo, ver las localidades de arribo al Perú en la Figura 2 de la página 37).

A pesar de estas complicaciones, la llegada de los judíos se puede enmarcar en tres tipos de migración. Primero, es forzada, porque los Estados europeos y del Levante mediterráneo coaccionaron la emigración de acuerdo al sociólogo William Petersen. Segundo, es controlada, ya que los gobiernos receptores ejercieron limitaciones según el demógrafo y sociólogo Kingsley Davis. Tercero, es innovadora, puesto que, siguiendo a Petersen, los inmigrantes apuntaron a un mejor porvenir (citados en Herrera 2006).

**Tabla 2**

*Lugares de procedencia de los abuelos y las abuelas de los entrevistados en la primera mitad del siglo XX*

Áreas geográficas	N° de abuelos	N° de abuelas	Porcentaje total
Europa	38	39	71%
Turquía otomana	9	7	15%
Perú	4	7	10%
Palestina británica	1	1	2%
Brasil	1		1%
Estados Unidos	1		1%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

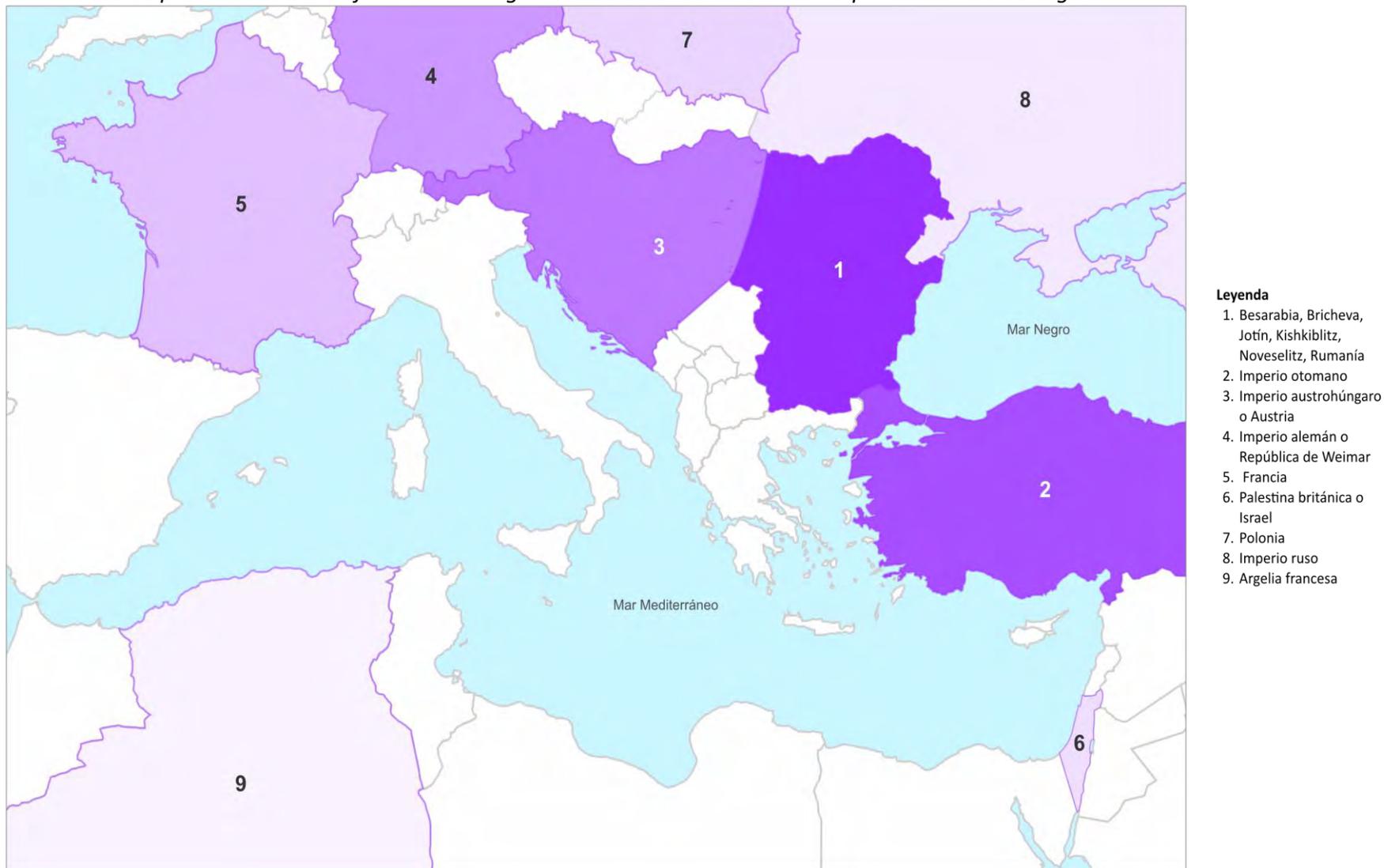
**Tabla 3**

*Lugares de procedencia de los progenitores de los entrevistados en la primera mitad del siglo XX*

Áreas geográficas	N° de padres	N° de madres	Porcentaje total
Perú	14	12	48%
Europa central y oriental	8	9	31%
Argentina	3	4	13%
Argelia francesa	1		2%
Brasil	1		2%
Chile		1	2%
Israel		1	2%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

**Figura 1**

*Localidades de procedencia de los familiares inmigrantes de los entrevistados en la primera mitad del siglo XX*

**Leyenda**

1. Besarabia, Bricheva, Jotín, Kishkiblitz, Noveselitz, Rumanía
2. Imperio otomano
3. Imperio austrohúngaro o Austria
4. Imperio alemán o República de Weimar
5. Francia
6. Palestina británica o Israel
7. Polonia
8. Imperio ruso
9. Argelia francesa

*Nota.* A mayor intensidad del color, mayor volumen de personas.

**Leyenda**

1. Argentina
2. Brasil

3. Chile
4. Estados Unidos

*Nota.* A mayor intensidad del color, mayor volumen de personas.

**Figura 2**

*Localidades de arribo al Perú de los familiares inmigrantes de los entrevistados en la primera mitad del siglo XX*

**Leyenda**

1. El Callao
2. La Libertad

3. Arequipa
4. Piura
5. Loreto

*Nota.* A mayor intensidad del color, mayor volumen de personas.

### **5.1. La configuración económica y sociocultural del Perú entre 1900 y 1950**

El presente subcapítulo está dividido en dos acápites que explican la incidencia de los factores legal-económico y fenotípico en el establecimiento y desarrollo de los familiares inmigrantes de los entrevistados. No obstante, a fin de entender con nitidez este proceso, dado que el origen europeo de la mayoría de los inmigrantes judíos ocasionó que todos sean encajonados como ciudadanos de ese continente por parte del Estado y la sociedad peruanos, es relevante indicar brevemente tres características generales de la inmigración de europeos –judíos y no judíos– entre 1900 y 1950.

La primera es que el Estado nunca organizó disposiciones inmigratorias coherentes. La segunda es que no llegaron masivamente, debido a la inestabilidad política y económica, y a las frecuentes epidemias (Trahtemberg 1987: 36-37). Además, la predominancia de la mano de obra indígena bajo condiciones coloniales heredadas y la centralización de la producción en los enclaves agrícolas y mineros fueron grandes obstáculos. Los europeos tenían conciencia de clase, aunque sus pares llegados durante el siglo XIX ya se habían insertado en la élite al ocupar los espacios que el sistema no desarrolló como el capitalismo industrial y bursátil (Maguiña 2010: 82; Marcone 1992: 77-85).<sup>9</sup>

La tercera característica es que arribaron mayoritariamente como artesanos, oficinistas, independientes con pequeño capital y empleados de casas comerciales. Los nexos internacionales y sus conocimientos impactaron en la economía primario exportadora. Ellos constituyeron grupos de interés con la élite, la cual diversificó sus estrategias económicas hacia finales de la República Aristocrática (1895-1919) (Portocarrero 2017; Quiroz 1988).

#### **5.1.1. El factor legal-económico**

Durante la primera mitad del siglo XX, los parientes inmigrantes tuvieron a Estados Unidos como primer lugar de destino. Debido a las cortapisas, el Perú entró en consideración, aunque el

---

<sup>9</sup> Los países atlánticos sudamericanos se vieron favorecidos por su ubicación geográfica y entroncaron su realidad económica con los antecedentes socioculturales de los europeos (Bonfiglio 1986: 107).

establecimiento dependió de la exploración. Así, condicionada por las directrices estatales, la inmigración presentó dos fases: receptiva y restrictiva.

La primera fue relativamente abierta y se prolongó hasta 1930. Ya que abandonaban tesituras críticas, los objetivos fueron la supervivencia y seguridad a través del apoyo de los judíos asentados. El primer subgrupo étnico en arribar fue el sefaradí, que llegó desde la cuenca del mar Mediterráneo. Ellos anticiparon la segunda guerra hispano-marroquí y la caída del Imperio otomano.<sup>10</sup> Mayoritariamente, fueron jóvenes solteros con cierto nivel educativo, quienes dominaban las lenguas y la cultura latina europea.

Cuando se estabilizaron, trajeron a sus familiares desde la hoya del mar Mediterráneo, pues la Primera Guerra Mundial ocasionó iliquidez y carestías (Fleischman 1985: 29). Generalmente, se establecieron en los lugares por los que ingresaron (regiones de Arequipa, El Callao, La Libertad y Piura). El grupo más numeroso radicó en el Cercado de Lima e instauraron la Sociedad de Beneficencia Israelita Sefaradí en 1920. Este tipo de instituciones fundadas por cada subgrupo judío en el país han apuntado al auxilio de los correligionarios y han significado el deseo de afincarse permanentemente.<sup>11</sup>

El segundo subgrupo étnico que llegó durante esta primera fase fue el askenazí de Europa oriental. Muchos se conocían, porque provenían de las mismas localidades. Por ejemplo, alrededor del 30% de los entrevistados tiene ancestros cercanos originarios del pueblo de Noveselitz (actual Ucrania). Según Jaime Segal y Abraham Sterental, este fue un centro de desarrollo comercial, debido a su posición estratégica entre los Imperios austrohúngaro y ruso, lo que permitió que los *askenazim* se convirtieran en burgueses y progresaran culturalmente (2011: 31).

---

<sup>10</sup> Según el líder sionista Arthur Ruppín, entre 1881 y 1939, entre 200 mil y 300 mil *sefaradim* emigraron desde el norte de África y del Medio Oriente (citado en Elkin 2011: 349).

<sup>11</sup> Cabe resaltar que, desde Manaos y Belém do Pará en Brasil, a través del río Amazonas, un puñado de *sefaradim* llegó a Iquitos para hacerse ricos con el boom cauchero, la explotación maderera, las pieles, el petróleo y siendo intermediarios de casas comerciales. Tuvieron ancestros comerciantes en Brasil, Gibraltar, Inglaterra y Marruecos. El abuelo paterno de uno de los entrevistados formó parte de este grupo.

Sin embargo, a causa de los pogromos sufridos desde la segunda mitad del siglo XIX, la Gran Guerra y la Revolución bolchevique, muchos se pauperizaron y huyeron del servicio militar hacia la Palestina británica y el hemisferio americano para buscar fortuna. En el Perú, la mayoría se estableció en el sector de Chirimoyo en la zona de Barrios Altos en el Cercado de Lima. En 1923, fundaron la Unión Israelita del Perú en la vivienda de dos correligionarios, que fue utilizada como sinagoga y albergue para inmigrantes. Después, se trasladaron a otro local en el actual jirón Puno, que también sirvió como despacho de la Organización Sionista del Perú, primera biblioteca judía del país y pequeña escuela hebrea (Trahtemberg 1989: 25-26).<sup>12</sup>

Durante el Oncenio de Leguía (1919-1930), muchos inmigrantes en general se circunscribieron a actividades urbanas. Esta aglutinación fue aprovechada por el gobierno para implementar un registro a fin de diseñar una estrategia inmigratoria seria por primera vez en la historia del país. En 1927, se complementó con la Dirección de Inmigración, Colonización y Terrenos de Montaña que coordinó la colonización de tierras en los Andes orientales y en la selva, pero fracasó (Trahtemberg 1987: 35).<sup>13</sup>

En esa misma época, la migración hacia las urbes fue una tendencia global. Por ejemplo, el 25% de los casi 17 millones de judíos del orbe residían en las 14 metrópolis europeas y americanas con un millón de habitantes o más (DellaPergola 2022: 761). En Latinoamérica, las ciudades argentinas y brasileñas atrajeron a la mayor cantidad de inmigrantes judíos.<sup>14</sup> Allí tuvieron movilidad social ascendente a partir de las ocupaciones que realizaron en sus países de origen: farmacéuticos, comerciantes, ingenieros, importadores, médicos, libreros, profesores, agentes

---

<sup>12</sup> Los *askenazim* han sido mayoría numérica entre los subgrupos étnicos judíos que inmigraron al Perú durante el siglo XX. Por ello, de acuerdo a Yalonetzky, han influido en la conformación de las instituciones comunitarias y en la imagen que los no judíos han mantenido de todos los judíos, por ejemplo, percibirlos como blancos europeos (2016: 56; 2021: 61).

<sup>13</sup> Desde las primeras revoluciones industriales de finales del siglo XVIII, las juderías mundiales profundizaron su apego histórico a las actividades comerciales, empresariales y financieras. De ahí que, a juzgar por Fleischman, los incipientes proyectos agrarios peruanos de la primera mitad del siglo XX no fueron atractivos para la abrumadora mayoría de los inmigrantes judíos, pero tampoco los rechazaron tajantemente, puesto que la necesidad fue apremiante (1985).

<sup>14</sup> Entre 1840 y 1942, 223 540 inmigrantes judíos se establecieron en Argentina; 71 360, en Brasil (Lestchinsky 1944: 8).

financieros y artistas. En países menos industrializados como el Perú, se concentraron en las capitales, aunque presentaron el mismo patrón laboral (Elkin 2011; Shenfarber 2013: 208, 209).

Desde la década de 1930, comenzó en el Perú la etapa del Estado desarrollista, el cual se convirtió en el promotor económico. Simultáneamente, y como parte de la corriente internacional, inició la fase restrictiva de la inmigración. La primera causa de esta política fue la Gran Depresión, que afectó a los trabajos urbanos por los que compitieron peruanos e inmigrantes, sobre todo japoneses. La segunda causa fue la ideología nacionalista de los gobiernos, la cual se tradujo en sospechas de que los recalados europeos fuesen comunistas. Así, en 1932, debieron poseer dos mil soles al llegar al país y se dictaminó que “los comerciantes e industriales están obligados a ocupar personal peruano en una proporción no menor del 80%”. En 1935, a su ingreso, necesitaron contar con un contrato de trabajo y certificados de moralidad y buena conducta (Fleischman 1985: 64; Trahtemberg 1987: 159-160).

Por consiguiente, los judíos de Lima crearon el Comité de Protección a los Inmigrantes Israelitas ese mismo año. Además, el arribo de judíos hacia América se volvió compulsivo, en respuesta a la legalización de los totalitarismos y el antisemitismo en Europa (Trahtemberg 1989: 29-30). En este contexto, el tercer subgrupo étnico en llegar al Perú, centralmente, fue el askenazí oriundo de las clases acomodadas urbanas de Alemania y Austria. Coloquialmente se les conoce como *yekes* y encontraron en las profesiones liberales un óptimo vehículo para la movilidad social ascendente. De hecho, su formación intelectual y estilo de vida secular burgués les permitió interactuar con la clase alta limeña más fácilmente que sus pares de los otros subgrupos.<sup>15</sup>

---

<sup>15</sup> En 1870, un primigenio grupo de *yekes* creó su Sociedad Hebrea de Beneficencia, pero estuvo casi inactiva después de la guerra contra Chile. Sus descendientes se integraron a la sociedad peruana inscribiéndose en escuelas limeñas, participando en la política estudiantil de la UNMSM y abriendo pujantes negocios (Böhm 1988: 492; Centurión 1924; Nes-El 1997: 164). Aquel proceso se confirma cuando varios aparecieron en *El libro de oro* de las décadas de 1910 y 1920. Esta fue una publicación anual que aglutinó los apellidos de la clase alta de Lima, El Callao y sus balnearios.

Entre los *yekes* hubo ingenieros, catedráticos y músicos; estos últimos fundaron la Orquesta Sinfónica Nacional del Perú en 1938 (Trahtemberg 1987: 36; 1989: 14).<sup>16</sup> Las juderías latinoamericanas alabaron el histórico buen desempeño de los médicos *yekes* en sus publicaciones comunitarias.<sup>17</sup> Ciertamente, desde el siglo XVIII, en los territorios europeos germanoparlantes, la proporción de galenos judíos igualó o sobrepasó a la de otras poblaciones. Por ejemplo, conforme a Efron, en 1932, por lo menos la mitad de las médicas en Berlín y Viena fueron judías; y más de la mitad de los doctores judíos fueron especialistas, duplicando la cantidad de los no judíos.<sup>18</sup> Sin embargo, los nazis quebraron ese florecimiento: en 1933, había casi 5 500 galenos judíos en Alemania; en 1939, quedaban 285 (2001).

Cinco ancestros cercanos de los entrevistados ejercieron la Medicina en sus países de origen, lo que sirvió de aliciente para que su descendencia continúe con la tradición de su estudio (en las Tablas 4 y 5 de la página 43, ver el volumen de los familiares de los entrevistados en relación a las ocupaciones laborales en sus países de origen).

En la década de 1930, los inmigrantes que revalidaron sus títulos médicos en el Perú tuvieron muchos problemas burocráticos. Por su parte, los que quisieron estudiar Medicina y tenían solvencia económica debían postular a la UNMSM, porque era la única que ofrecía esa larga carrera en el Perú. Ser egresado de la Facultad de Medicina de la UNMSM garantizó obtener movilidad social ascendente. En ese espacio, se podía forjar lazos con la élite blanca limeña a pesar de las protestas por el cambio de mentalidad en la formación, la infraestructura inadecuada, la corrupción en la admisión y en la aprobación de asignaturas, la inestabilidad de la situación laboral de los docentes y el exceso de alumnos por profesor (Paz Soldán 1932, 1957).

---

<sup>16</sup> Entre 1938 y 1960, su primer director fue el músico vienés Theo Buchwald. Ver Orquesta Sinfónica Nacional del Perú – Sección Nuestra Historia. Consulta: 30 de mayo de 2021. <https://elencos.cultura.pe/elencos-nacionales/orquesta-sinfonica-nacional/nuestra-historia>

<sup>17</sup> Ver Unión Israelita del Perú. *Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 26, febrero 1934, pp. 7, 8, 42, 43.

<sup>18</sup> Según la historiadora Harriet Freidenreich, en el periodo de Entreguerras, en Alemania y Austria, los judíos fueron pioneros del movimiento psicoanalítico en el cual sobresalieron las mujeres (1996: 89-92).

**Tabla 4***Oficios y profesiones de los abuelos y las abuelas de los entrevistados en sus países de origen*

Ocupación	N° de abuelos	Porcentaje	N° de abuelas	Porcentaje
Comerciantes	36	67%	19	35%
Amas de casa			32	60%
Profesionales	11	20%	3	5%
Sin oficio ni profesión	5	9%		
Empleados	2	4%		
Total	54	100%	54	100%

**Tabla 5***Oficios y profesiones de los progenitores de los entrevistados en sus países de origen*

Ocupación	N° de padres	Porcentaje	N° de madres	Porcentaje
Amas de casa			16	59%
Profesionales	14	52%	8	30%
Comerciantes	7	26%	3	11%
Sin oficio ni profesión	6	22%		
Total	27	100%	27	100%

Durante los gobiernos de Benavides (1933-1939) continuaron las normas para vigilar a los extranjeros. Les gravó impuestos especiales y les prohibió de participar en el traspaso de propiedades en las provincias limítrofes (Vivanco 1940). Empero, las legislaciones que más impactaron en los familiares inmigrantes de los entrevistados fueron cuatro.<sup>19</sup>

En 1936, la primera ley limitó la entrada de 16 mil personas por nacionalidad. Sin embargo, es necesario señalar que el único grupo así de numeroso era el japonés. El segundo dictamen prohibió la inmigración de “grupos raciales”; con ello, se empaquetó a los judíos en un mismo conjunto étnico más allá de otras particularidades. De este modo, entró en conflicto lo racial con lo nacional y aumentó la idea de que el asesinato de los judíos se había extendido legalmente al Perú. La tercera norma restringió el comercio ambulatorio, por lo que se instalaron en lugares fijos y potenciaron la Sociedad de Ambulantes Judíos que ya funcionaba desde 1931. Además,

<sup>19</sup> Para contrarrestar esa política, los *askenazim* publicaron varias entrevistas realizadas a intelectuales peruanos acerca de la conveniencia de la inmigración judía al Perú. Ver, por ejemplo, Unión Israelita del Perú. *Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 25, enero, 1934, p. 18.

participaron en la Asociación Mutualista Comercial Israelita y en la Caja de Crédito Israelita.<sup>20</sup> Por último, el Reglamento de Inmigración de 1937 obligó el depósito de ocho mil soles para obtener la visa (Fleischman 1985: 66; Trahtemberg 1987: 162, 1989: 26-27).

En realidad, este *corpus* legal buscó menguar el crecimiento material de los japoneses radicados, quienes se apoyaban mediante el método de ahorro conocido como *pandero* o junta (Sakuda 1999: 152-153). Entre varias acusaciones, los culparon del descenso salarial de los trabajadores peruanos urbanos no calificados. No obstante, las medidas presentaron un antisemitismo camuflado, habida cuenta que muy influyentes congresistas y sus operadores tildaron sistemáticamente a los judíos de “competidores desleales” y “especuladores” en los debates parlamentarios y en diarios filofascistas como *La Crónica*. A través de estos discursos y acciones, se puede visualizar el doble desafío que los inmigrantes judíos enfrentaron en relación a su ingreso y adaptación al Perú. Por un lado, el concerniente al origen nacional, ya que compitieron por cupos con personas de diferentes países; por otro lado, el religioso-cultural, en referencia a que su proceso llevó el estigma del “problema judío”. Este fue un eufemismo para indicar la supuesta incompatibilidad de la minoría judía en el seno de los Estados nacionales seculares y confesionales (Fleischman 1985: 72, 74; Trahtemberg 1987: 169).

El estallido de la Segunda Guerra Mundial empeoró la situación, pues la Alemania nazi hizo del exterminio judío su política central. La cancillería peruana ordenó a sus misiones diplomáticas negar visas.<sup>21</sup> Incluso a los judíos nacionalizados peruanos se les impidió traer a sus parientes. Desde 1942 hasta 1948, el Comité de Protección solo pudo hacer ingresar al país 133 correligionarios europeos.<sup>22</sup> Ante ello, la judería limeña creó un Hogar para Inmigrantes y la única solución fue obtener estatus de refugiado, aunque las directrices del primer gobierno de Manuel

---

<sup>20</sup> Ver Unión Israelita del Perú. *Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año IV, N° 37, julio, 1935, p. 35; año V, N° 40, diciembre, 1935, p. 11. El patrón de unirse en gremios económicos y laborales para enfrentar los embates gubernamentales también se aprecia en países como México, pues fundaron la Cámara Israelita de Industria y Comercio (Elkin 2011: 144).

<sup>21</sup> Sin embargo, hubo momentos en que se instruyó a las legaciones que las visas a los judíos “solo fueran concedidas previa autorización individual, en cada caso, del ministerio” (Martínez-Flener 2005: 98).

<sup>22</sup> El Censo Nacional de 1940 arrojó la cifra de 7' 023 111 habitantes, de los cuales 13 617 fueron europeos de varias nacionalidades (Dirección Nacional de Estadística 1944).

Prado (1939-1945) dependieron del vaivén regional. Este se caracterizó por tener muy poca articulación entre los gobiernos americanos (Trahtemberg 1987: 172-175).<sup>23</sup>

La judeofobia también se manifestó en las esferas educativas básicas. Un profesor del colegio privado limeño Alexander Von Humboldt –fundado por inmigrantes alemanes– afirmó en una carta que los alumnos judíos de diferentes orígenes nacionales fueron expulsados (citado en Millies 2007: 55). Solo tres entrevistados señalaron que sus abuelos y/o padres sufrieron episodios antisemitas cuando se establecieron en el Perú, pero no al trabajar. Añadieron que los peruanos que los discriminaron vieron en ellos un tipo de exotismo, verbigracia, no practicar la religión católica o no dominar el español.

Así pues, en la primera mitad del siglo XX, la experiencia inmigratoria de los familiares de los entrevistados estuvo condicionada por la estructura legal-económica del Perú. A su vez, revela ciertos patrones de toda la inmigración judía al país. En primer lugar, nunca fue un destino inmigratorio primigenio, pero se potenció porque algún familiar o conocido ya estaba instalado. En segundo lugar, llegaron hombres solos, quienes intentaron replicar sus habilidades laborales. Ellos estuvieron influenciados por las vivencias personales, colectivas, seculares, religiosas, urbanas y rurales. Si tenían esposa e hijos, los mandaron traer posteriormente. Por último, como suelen hacer los grupos migrantes, la muy pequeña comunidad judía les brindó sostenimiento. Sin embargo, las peripecias también estuvieron marcadas por la mirada fenotípica que los peruanos no judíos tuvieron de ellos, lo que se desarrollará en el siguiente acápite.

### **5.1.2. El factor fenotípico**

En la primera mitad del siglo XX peruano, el *racismo* o racismo científico describió la diversidad de *razas*, pero no propuso la preeminencia de una. En cambio, el positivismo fue muy popular y defendió las jerarquías socioeconómicas basadas en el ideal de la *blancura* o tener la piel blanca

---

<sup>23</sup> También los *yekes* fundaron la Sociedad Israelita de Socorro Mutuo de Habla Alemana para promover la llegada de refugiados, proteger a los judíos radicados y establecer un Hogar de Ancianos en Miraflores: la Asociación Filantrópica Israelita (Trahtemberg 1989: 28).

(Obregón 2019). Con esta herramienta ideológica, el Estado peruano justificó la inmigración de blancos europeos, pues los consideró superiores a la *raza* indígena. Asimismo, potenciarían el carácter de la *raza* criolla, ya que, a pesar de tener herencia española, no asumieron la responsabilidad de ser una clase dirigente (Oliart 1995: 271).

Sin embargo, como se explicó en el acápite anterior, la legislación de los mandatarios de la República Aristocrática (1895-1919) fracasó, principalmente, porque no realizaron una reforma agraria ni mejoraron las condiciones de salud y transporte para colonizar tierras. Aparte, la demanda de trabajadores manuales fue cubierta por los indígenas, chinos y japoneses bajo modalidades que, en los hechos, significaron la esclavitud (Trahtemberg 1985). En realidad, según el sociólogo Giovanni Bonfiglio, aquellas leyes no se concatenaron entre sí. Respondieron a necesidades muy coyunturales o al anhelo individual ideologizado. Por ende, el Estado y los sectores privados nunca organizaron un proyecto social y legal congruente de largo aliento y gran envergadura que patrocine la inmigración europea como en otros países latinoamericanos (1986: 100). De ello se desprende que los grupos dominantes no quisieron competidores, puesto que sus privilegios de clase pesaron más que la ideología.

Durante el periodo de Entreguerras, se profundizó el debate en torno al concepto *raza*. De acuerdo a la antropóloga Marisol de la Cadena, gran parte del reducido círculo intelectual de piel blanca con cultura occidental limeña sopesó los rasgos pigmentocráticos y el origen geográfico de los individuos. Defendieron esta postura para justificar su supuesta superioridad frente a sus pares provincianos, denostados en razón de su piel oscura y procedencia andina. En cambio, otros sectores académicos, principalmente provincianos no blancos, ponderaron la capacidad cognitiva. La posición de este grupo hizo que el elemento culturalista del concepto *raza* fuera ganando terreno en la discusión. Esto acarrió que los académicos no capitalinos de fenotipo indígena o mestizo fuesen considerados *blancos honorarios* por parte de sus colegas de la élite blanca limeña al compartir ciertos estándares académicos (2014).

Sin embargo, esto originó el *racismo silencioso*, término acuñado por la investigadora para explicar la persistente discriminación –ahora en forma soterrada- dentro de esos círculos eruditos. De este modo, los *blancos reales* camuflaron el añejo racismo biologicista, excluyendo a quienes no compartían su nivel intelectual. Incluso los *blancos honorarios* adoptaron esta práctica para diferenciarse de los individuos con su mismo color de piel, pero de baja extracción social y sin instrucción. Si bien los sujetos racializados experimentaron un tipo de *blanqueamiento*, la interacción con los *blancos reales* no igualó del todo el estatus. Así pues, las relaciones jerárquicas y raciales adquirieron formas más complejas en la sociedad, las cuales necesitaron de nuevas categorías como *cultura* o *clase* para ser analizadas (2014).

Cabe resaltar que la élite intelectual limeña de la primera mitad del siglo XX se concentró en las Facultades de Letras, Jurisprudencia y Medicina de la UNMSM, donde varios inmigrantes judíos se formaron o convalidaron sus títulos, y se empaparon de estas discusiones y dinámicas. En este contexto, en un país con abrumadora mayoría indígena y mestiza, por contraposición visual, ellos fueron reconocidos como personas de piel blanca. Esto les permitió interrelacionar con las clases acomodadas, pero su integración se consolidó no solo por *ser blancos*, sino *parecerlo*. De ahí que el paradigma de la *blanquitud* pueda entenderse a partir de una concepción cultural imbricada con el ejercicio de ciertas actividades económicas. Conforme a Cosamalón, desde la segunda mitad del siglo XIX en Lima, ser profesional o dedicarse al comercio como los europeos *blanqueaba* a las personas. Por ello, se los idealizó considerándolos laboriosos, capaces, inteligentes e innovadores (2017). La *blanquitud*, además, se evidenció en las conductas que la élite definió como “un *habitus* propio del individuo moderno: vestirse a la moda de París, asistir a clubes exclusivos y aparecer en revistas sociales” (Obregón 2019: 94).

De esta manera, la supervivencia, seguridad e inserción de los inmigrantes judíos en las reducidas clases acomodadas limeñas se facilitó por el peso del factor fenotípico, ya que no bastaba solo con poseer algún capital monetario.<sup>24</sup> Ciertamente, su renovado estatus les permitió aparecer en

---

<sup>24</sup> En Brasil, en la primera mitad del siglo XX, los inmigrantes judíos también fueron considerados blancos por parte de la élite nacional (Senkman 2001: 332).

*El libro de oro* desde la década de 1910. Este hecho significó certificar una suerte de membresía en las élites, puesto que esa exclusiva publicación anual funcionó como guía telefónica y empresarial de ese hermético grupo socioétnico. Así, por ejemplo, en muchas ediciones entre 1927 y 1954, se encuentra el nombre del médico sefaradí formado en Europa, Haim Alcabés. Al igual que muchos correligionarios, él instaló su consultorio en Jesús María y difundió anuncios en las revistas comunitarias, *Nosotros* y *La Voz Israelita*, desde la primera mitad de la década de 1930 (Trahtemberg 1989: 210). En ambas se concentró gran cantidad de propaganda de pudientes empresas y de profesionales no judíos, lo que demuestra cómo la judería fue adentrándose en los estratos acomodados.<sup>25</sup>

Entonces, se sugiere afirmar que, cuando los judíos llegaron al Perú en las primeras décadas del siglo XX, sucedió su primer momento de *blanqueamiento*, el cual se potenció por su exiguuo número.<sup>26</sup> A finales de la década de 1940, de acuerdo a Yalonzky, la élite comenzó a reconocer la adherencia transnacional cosmopolita a Israel de los judíos y, por extensión, a Estados Unidos. Esto incidió en “la reconfiguración de clase y afinidad electiva” (2018, 2021). Cabe insinuar que estos sucesos posibilitaron el segundo momento de *blanqueamiento* de la comunidad judía.<sup>27</sup> Este proceso se tradujo en el mejoramiento y la conservación del estatus de los familiares inmigrantes de los entrevistados, así como en la instrumentalización de la Medicina por parte de estos últimos. Ese factor estructural se detallará en el siguiente subcapítulo.

---

<sup>25</sup> Ver Unión Israelita del Perú. *Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú* (1934; 1935).

<sup>26</sup> Hasta 1945, se calculó 2 500 judíos entre 7' 271 654 peruanos (American Jewish Year Book 1946: 603). En base a estas estimaciones, Trahtemberg precisó que solo en Lima residían 2 600 judíos: 1 800 *askenazim*, 450 *yekes* y 350 *sefaradim* (1989: 201).

<sup>27</sup> Para una jocosa descripción de esta dinámica, ver Zwilich, Herman. *En serio y en broma: crónicas humorísticas*. Capítulo “Ya soy casi un ‘blanco’”. Lima: Cecil, 1963, pp. 143-145. Más adelante, en el contexto del Velascato (1968-1975), se propone señalar un tercer momento de *blanqueamiento* cuando los judíos tuvieron flamantes empresas con la élite limeña y conexiones en el extranjero (Abramovich 1973; Yalonzky 2016: 67-68, 2021: 75-76; Valderrama y Ludmann 1979: 31).

## 5.2. El mejoramiento y la conservación del estatus de los familiares inmigrantes en Lima entre 1930 y 1950

Según los entrevistados, el peso de las familias y del colectivo judío fue vital para que sus parientes inmigrantes progresaran económicamente desde la década de 1930 y el Perú deje de ser un lugar de paso.<sup>28</sup> Más aún, en juderías pequeñas como la limeña, a diferencia de las grandes, el vínculo que el individuo desarrolla con la comunidad organizada funciona como un marcador de identidad tan fuerte como el ser hijo de judíos o practicar la religión (Yalonetzky 2018). De ahí que los inmigrantes invirtieron en el florecimiento de sus instituciones a pesar de la difícil situación política, humanitaria y de las rígidas estructuras socioproductivas.

De todas ellas, la más importante fue la construcción de sinagogas, hecho que refleja una triple importancia. Primero, es el lugar de oración y estudio de las juderías por antonomasia después de la destrucción del Segundo Templo de Jerusalén. Segundo, es el espacio centralizador de la vida judía organizada. Tercero, es la muestra concreta del deseo de asentarse permanentemente en Lima. No obstante, cada subgrupo erigió su propio templo sin importar la poca cantidad de correligionarios. Esto no significó la prohibición de la asistencia de un subgrupo al templo del otro, sino que la organización social de la generación inmigrante en el Perú fue a partir de la procedencia territorial (Fleischman 1985; Trahtemberg 1987, 1989; Yalonetzky 2016, 2021).

Por ejemplo, en 1933, los *sefaradim* inauguraron el suyo en el entonces acomodado vecindario de Santa Beatriz en el Cercado de Lima. En 1934, los *askenazim* hicieron lo mismo en el mesocrático distrito de Breña. En 1948, los *yekes* compraron un local a la comunidad inglesa protestante en el lujoso distrito de Miraflores, el cual sigue funcionando actualmente (Trahtemberg 1989: 28). Los distritos escogidos obedecen a que los inmigrantes residían en esas zonas.<sup>29</sup> Aquellas áreas, junto con Jesús María, fueron el eje donde habitó la abrumadora mayoría de los familiares inmigrantes de los entrevistados durante la primera mitad del siglo XX. Sus

---

<sup>28</sup> Esto se constata en la abundante publicidad de los negocios propios, los nexos con foráneos y en los avisos de los eventos sociales y culturales en las revistas comunitarias. Ver Unión Israelita del Perú. *Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú* (1934; 1935).

<sup>29</sup> Muchos *yekes* enterrados en el Cementerio Israelita, entre 1944 y 1947, tenían como residencia Miraflores y San Isidro (Trahtemberg 1987: 174).

testimonios indicaron que los judíos de la diáspora presentan un patrón de residir y realizar sus actividades cotidianas en un nicho barrial.

Entonces, con el apoyo grupal, fue más fácil acumular capital además de negociar frente a otros actores no judíos como proveedores, sindicatos, empresarios y políticos (Yalonetzky 2021). Por ejemplo, el padre y el tío de Doménico se asociaron con la élite y formaron industrias textiles:

Otro tío mío montó con su esposa una fábrica de chompas en la ciudad minera de Morococha. Se las vendían a los mineros en Cerro de Pasco. Fue tan exitoso que se asoció con [el ex Presidente] Manuel Prado. El crédito y todo eso lo consiguieron a través del Banco Popular, y formó una empresa que se llamaba Manufacturas del Centro en Huancayo. Antes de la Segunda Guerra Mundial, ya tenía 600 obreros. Pero mi tío empezó así: fabricando chompitas. Había la clientela, la lana y tenían un telarcito. Mi papá estaba tan entusiasmado que también se unió como socio.

Igualmente, muchos *sefaradim* establecieron tiendas en Lima y proporcionaron mercadería para venderlas en provincias (Segal 1999). A juzgar por Trahtemberg, introdujeron métodos practicados en sus países de origen como el crédito ambulante. Así, estudiaron la capacidad económica de sus vecinos, reinvirtieron las ganancias en alquileres de locales, y ampliaron las redes de producción y distribución (1989: 14).<sup>30</sup>

En cuanto a las diferencias idiomáticas, de acuerdo a Yalonetzky, el dominio del judeo-español (o ladino) y el cosmopolitismo les facilitaron a los *sefaradim* la adaptación a las ciudades y clases acomodadas (2021: 59). Los que no hablaban castellano se apoyaron en parientes, amigos y conocidos con pericia. Además, las labores comerciales a las cuales se dedicaron no requirieron un dominio avanzado del idioma. Cabe resaltar que fueron los hombres quienes monopolizaron la carga laboral. En cambio, las mujeres se dedicaron a asistir a sus esposos o padres, o a administrar el hogar (en la Tabla 6 de la página 51, ver el volumen de los abuelos y las abuelas de los entrevistados en relación a sus ocupaciones laborales en el Perú).

---

<sup>30</sup> Según Zwilich, los *sefaradim* dominaron el negocio textil y muchos se hicieron millonarios (1966: 59).

**Tabla 6***Oficios y profesiones de los abuelos y las abuelas de los entrevistados en el Perú*

<b>Ocupación</b>	<b>N° de abuelos</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>N° de abuelas</b>	<b>Porcentaje</b>
Comerciantes	29	54%	16	29%
Amas de casa			22	41%
Profesionales	6	11%	1	2%
Sin oficio ni profesión	1	2%		
Empleados	1	2%		
No inmigraron al Perú	17	31%	15	28%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

Vale recordar que algunos familiares se habían instalado en provincias cuando llegaron al Perú, pero formaron parte de las migraciones hacia Lima desde la década de 1940. Respondieron a la oferta laboral de la industrialización, aumentaron su patrimonio y adquirieron estatus de decencia al asociarse con la élite (Malpica 1989b, 1989c; Portocarrero 2017). La capital también fue atractiva por la creación de la Asociación de Sociedades Israelitas del Perú en 1944. Su objetivo principal fue centralizar la representación jurídica de las tres congregaciones inmigrantes para facilitar la interrelación de la creciente población judía con el Estado y la sociedad peruanos. Empero, esto no implicó que cada una de ellas pierda autonomía o se disuelvan sus directorios. Así comenzó el periodo institucional de la comunidad judía, a diferencia del previo, cuando la organización social y legal fue a partir del origen inmigratorio (Yalonetzky 2016: 48-50).<sup>31</sup>

Desde la post Segunda Guerra, la ampliación del mercado capitalista influyó en las prácticas socioculturales, por lo que la fisonomía de los estratos sociales empezó a cambiar y permitir una movilidad social transicional. La pequeña clase media urbana buscó emular la idiosincrasia de la diminuta clase alta intentando mudarse a sus barrios o cerca de ellos, profesionalizándose, matriculando a sus hijos en colegios privados y marcando distancia del sector popular (Portocarrero 1993: 97, 98).

<sup>31</sup> En 1975, la entidad adoptó su denominación actual: Asociación Judía del Perú (Trahtemberg 1989: 36).

La judería peruana de 4 mil miembros también fue parte de este proceso. Los hijos de la generación inmigrante comenzaron a dirigir las instituciones comunitarias y, junto con ellas, se mudaron a distritos de clase media alta y alta, preferentemente a San Isidro (Trahtemberg 1989: 41). El siguiente segmento de una crónica satírica ilustra a un grupo de *askenazim* en su club sanisidrino en la década de 1950. Se desarrollaron en coherencia a la cultura secular de la clase alta mientras reforzaron sus diferencias socioculturales a partir del origen inmigratorio:

Estimado turista: te llevaré al Sharon, el hit de nuestra aristocracia, pero tienes que entrar vestido de etiqueta. Sus socios son los nobles de Novoselitz. Allá no se encuentra ningún oriundo de Tishevitz. El Sharon está ubicado en el barrio residencial de Orrantia. Es un club social y cultural donde solamente se toma whisky con Canada Dry. Allí no se come nabo con cebolla ni gefilte fish. Ahí comen pollo al estilo del 91 y ensaladas importadas de California. El Sharon tiene su propia sinagoga donde rezan al estilo reformista [liberal]. También tiene su Departamento de Beneficencia, pero en gran escala. Ayuda a sus socios a adquirir casa en Monterrico [en el distrito residencial de Santiago de Surco] y a abrir fábricas de harina de pescado (Zwilich 1963: 199).<sup>32</sup>

Los entrevistados señalaron que el área residida por los judíos sanisidrininos se ha caracterizado por la edificación de viviendas e instituciones con mucha proximidad, hermetismo y amplios sistemas de seguridad. Debido a la interacción en esta atmósfera –incluso con los no judíos de la élite-, se produjo una retroalimentación de los valores de prestigio y una suerte de mimetización del espacio público-privado.<sup>33</sup>

Esto moldeó la identidad de los entrevistados y sus familiares al sentirse parte de un colectivo barrial. Ciertamente, los entrevistados indicaron con bastante naturalidad que ellos mismos y sus correligionarios residen en San Isidro. Por ejemplo, Nicolás afirmó que es muy difícil encontrar a un judío que no viva en el eje San Isidro-Miraflores:

En la [universidad] Cayetano, encontré gente que decía que yo fui la primera persona judía que encontraron en su vida. En general, son muy pocos judíos en Lima y en el Perú, incluso en [la década de] los 70 cuando había 5 500 judíos. Imagínate esto: alguien que es católico y que no vive en Miraflores y San Isidro... O sea, alguien que es católica y vive en La Victoria, ¿cuándo ha encontrado un judío en su vida? Nunca.

<sup>32</sup> En 1957, un estudiante de Medicina de la UNMSM contabilizó a 458 judíos residentes en doce urbanizaciones de San Isidro. Asimismo, había 168 hablantes de judeo-alemán (o *yiddish*) (Boggiano 1957: 45-46).

<sup>33</sup> De acuerdo a Yalonetzky, en la década de 1990, un par de líderes comunitarios consiguieron que el nombre de la calle donde está ubicado el colegio judío de Lima fuese cambiado por el del filósofo medieval *Maimónides* (2021: 11-21).

Esta visión también se debe al establecimiento del nuevo local del colegio judío de Lima en la urbanización Orrantía del Mar en 1954. Fue edificado por un ingeniero perteneciente a la primera generación de judíos nacidos en el Perú que se graduaron en universidades peruanas. Asimismo, fue el primer edificio construido conjuntamente por la comunidad y se convirtió en punto neurálgico de la vida judía organizada (Trahtemberg 1989: 42; Yalonetzky 2021: 12,70).

El colegio es la evidencia más palpable del *habitus* educativo, lo cual se explicará en el siguiente subcapítulo. Esta tercera variable estructural propulsó no solo el mejoramiento y la conservación del estatus socioeconómico de los inmigrantes y su descendencia, sino la instrumentalización de la Medicina por parte de los entrevistados.

### **5.3. El *habitus* educativo de los familiares inmigrantes en Lima entre 1900 y 1950**

Según los entrevistados, sus familiares consideraron a la instrucción una herramienta que les permitiría a ellos mismos y a su prole consolidar la seguridad material y mejorar el estatus sociocultural. Agregaron que educarse es una actividad histórica insoslayable entre los judíos y, por experiencia propia o ajena, conocían los resultados exitosos de este *habitus* o estilo de vida en sus países de origen.

No obstante, para varios fue un mérito acceder y terminar la secundaria secular, debido a motivos políticos y culturales. De hecho, esta generación fue más religiosa y la educación secular no estuvo al alcance de todos. De ahí que cerca de la mitad de los abuelos y las abuelas recibieron únicamente *educación tradicional judaica*. Esta se refiere a la educación identitaria exclusiva que el pueblo judío ha desarrollado para preservar su cultura. En ella, la perspectiva religiosa y costumbrista ha tenido primacía. Empero, muchos abuelos y abuelas dominaron idiomas europeos y de la cuenca del mar Mediterráneo, porque interrelacionaron con otros pueblos (en la Tabla 7 de la página 54, ver el volumen de los abuelos y las abuelas de los entrevistados en relación al nivel de instrucción alcanzado).

**Tabla 7***Nivel de instrucción de los abuelos y las abuelas de los entrevistados*

Nivel alcanzado	N° de abuelos	Porcentaje	N° de abuelas	Porcentaje
Secundaria completa	17	31%	23	42%
Educación tradicional judaica	22	41%	21	39%
Superior completa	7	13%	2	4%
Secundaria incompleta	1	2%	2	4%
Formación militar completa	1	2%		
Superior incompleta	1	2%	1	2%
Técnica completa			1	2%
Primaria incompleta	1	2%		
No se sabe	4	7%	4	7%
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>	<b>54</b>	<b>100%</b>

Asimismo, la generación inmigrante fue bastante politizada, dada la desintegración de los imperios nacionalistas euroasiáticos, el auge de los totalitarismos y las dos guerras mundiales. En consecuencia, tuvieron una religiosidad étnica mezclada con activismo político e identidad de clase. Por ejemplo, los *askenazim* de la Unión Israelita del Perú centralizaron el judeo-alemán (o *yiddish*) con el objetivo de trasplantar lo más posible el estilo de vida que llevaban en sus territorios de origen.<sup>34</sup> A su interior, hubo bandos opuestos que apoyaron a la derecha burguesa y a la izquierda proletaria.<sup>35</sup>

Estos familiares de los entrevistados presenciaron la masificación de la educación pública en respuesta al aumento demográfico por parte de los gobiernos posteriores a los del general Luis Miguel Sánchez Cerro (1930-1933). Hasta ese entonces, solo el nivel primario era gratuito y obligatorio; así se estableció en la Constitución de 1933. Empero, existían limitaciones geográficas, logísticas y deserciones. A pesar de ello, los familiares aprovecharon aquella masificación y recibieron el apoyo de otras familias judías como le sucedió al padre de Catalina:

<sup>34</sup> En 1935, apareció la publicación en *yiddish Peruaner Idische Zeitung* (en español, *Periódico Yiddish Peruano*). Por tal motivo, se celebró una velada literaria en la Unión Israelita del Perú. Sin embargo, en 1936, dejó de circular, porque el gobierno prohibió las publicaciones en idioma extranjero (Fleischman 1985: 49). Ver Unión Israelita del Perú. *Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año IV, N° 36, diciembre 1934-enero 1935, p. 22-23, 25.

<sup>35</sup> Algunos contribuyeron al nacimiento del socialismo peruano (Cadenas 2019; Nes-El 1997). Entre 1945 y 1948, la Juventud Judía Vanguardista publicó *La Antorcha: Boletín crítico* (Münster 2023: 140).

Mi papá tenía nueve o diez años y fue a buscar trabajo por el Centro de Lima. Llegó a la tienda de [una familia líder de la Unión Israelita del Perú]. Mi papá les contó que era judío, que necesitaba ayudar a su mamá y ya no podía ir al colegio. A mi abuela le dijeron que lo contratarían, pero tiene que ir al colegio. Eran gente con dinero. Lo hacían trabajar poquitísimo, le pagaban bien y gracias a ellos terminó el colegio.

Efectivamente, más de la mitad de los progenitores de los entrevistados se educaron formalmente en el Perú desde el periodo de Entreguerras. En comparación con los abuelos y las abuelas, esto evidencia un gran ascenso. Las cifras desgregadas también son interesantes, pues más de la mitad de los padres completó la educación superior; y un cuarto, el nivel secundario. Contrariamente, más de dos tercios de las madres terminó la educación secundaria; y casi un tercio, el nivel superior (en la Tabla 8, ver el volumen de los progenitores de los entrevistados en relación al nivel de instrucción alcanzado).

**Tabla 8**

*Nivel de instrucción de los progenitores de los entrevistados*

<b>Nivel alcanzado</b>	<b>N° de padres</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>N° de madres</b>	<b>Porcentaje</b>
Superior completa	15	55%	8	29%
Secundaria completa	7	25%	17	63%
Educación tradicional judaica	1	4%	1	4%
Técnica completa	1	4%	1	4%
Técnica incompleta	1	4%		
Primaria completa	1	4%		
Primaria incompleta	1	4%		
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>	<b>27</b>	<b>100%</b>

Cabe señalar que, en la década de 1930, hubo tres opciones para estudiar la secundaria. En primer lugar, ciertos sectores acomodados y muchos mesocráticos y populares matricularon a sus hijos en las Grandes Unidades Escolares como Nuestra Señora de Guadalupe. En este colegio, los padres de muchos de los entrevistados e incluso la primera cohorte tuvieron amigos, conocidos y familiares.<sup>36</sup>

<sup>36</sup> En 1934, el alumno Jacobo Alcabés fue seleccionado por el director de ese colegio para dirigir las palabras de honor en una ceremonia en representación de su promoción. Ver Unión Israelita del Perú. *Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año IV, N° 36, diciembre 1934-enero 1935, p. 28.

La segunda opción, elegida por la élite y la mesocracia acomodada, fueron los colegios privados de la Iglesia católica. Esta fue la principal promotora de la educación particular desde la segunda mitad del siglo XIX. A pesar del aumento de las escuelas públicas, algunos de los inmigrantes judíos inscribieron a sus hijos en estas escuelas privadas, en cuyos currículos y plana magisterial predominó la influencia francesa y anglosajona.

Sin embargo, la opción preferida fueron los colegios de las misiones protestantes. Los varones asistieron al Anglo Peruano, renombrado San Andrés más adelante, donde hubo 39 judíos matriculados en 1935 conforme a una fotografía recopilada por Marazzani (1970: 145). Hubo amplia tolerancia y se dictaron cursos de hebreo e historia judía en un horario extraoficial a cargo de un profesor foráneo contratado por los progenitores.<sup>37</sup>

Por su parte, las mujeres asistieron al Lima High School, llamado luego María Alvarado. En la década de 1930, el 15% de las niñas matriculadas allí fueron judías (Fonseca 2003: 10). Asimismo, según varios entrevistados, hasta la década de 1950, un grupo de judíos residió en el distrito chalaco de La Punta y enviaron a sus hijos al colegio metodista Callao High School, renombrado América del Callao posteriormente. Uno de los entrevistados estudió allí muy brevemente.<sup>38</sup>

Los directores y docentes de aquellos colegios no trabaron la matrícula de los judíos ni les impusieron la religión cristiana. A continuación, las opiniones de los progenitores de Agustín, quienes recordaron con cariño su etapa en esos centros educativos:<sup>39</sup>

[Estudié] en el Anglo-Peruano. El 90% de la colonia [judía], antes del León Pinelo [colegio judío de Lima], estudiaron ahí. Los judíos estábamos muy bien vistos y no nos imponían ninguna tendencia a ser un adicto a la religión. En algún momento, en los 10 años que estuve en el colegio, ha habido 30 estudiantes hombres.

---

<sup>37</sup> Ver Unión Israelita del Perú. *Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 25, enero, 1934, p. 11.

<sup>38</sup> Antes de la creación del colegio judío de Lima en 1946, los alumnos judíos se concentraron en los siguientes colegios: 50 en el Anglo Peruano, 40 en el Lima High School y 12 en el Guadalupe. Ver Unión Israelita del Perú. *Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año IV, N° 37, julio, 1935, p. 31.

<sup>39</sup> Ambas entrevistas fueron realizadas por la profesora Yalonetzky en 2014 en el marco de su investigación doctoral en Sociología (2016). Agradezco su gentileza al cederme el uso de estas fuentes a lo largo de la presente tesis.

El Lima High School ha sido extraordinario. Creo que todas las ex highschoolinas amamos, respetamos y agradecemos ese tipo de educación. Nos dieron la seguridad en que el hombre es exactamente igual que tú. En un país machista como este, es algo digno de resaltar. El colegio no era laico, pero las misioneras nunca trataron de convertirnos. Nos respetaban y discutíamos de una manera alturada.

Los testimonios revelan que ambos colegios también fueron atractivos por ser espacios de cierre social al aglutinar a las pequeñas clases medias y acomodadas. A través de los docentes, cultivaron un fuerte compromiso por el trabajo, conocimiento del medioambiente, valores cívicos, cultura cosmopolita y dominio del idioma inglés.<sup>40</sup> Asimismo, se preparó a las mujeres para el desempeño como secretarías (Fonseca 2003). De ahí que los inmigrantes judíos y otros grupos foráneos sintieron aspiración y afinidad con las familias de catedráticos universitarios, políticos, diplomáticos, profesionales y empresarios que matricularon a sus hijos allí.

El padre de Agustín fue influido por este entorno. Llegó a ser médico egresado de la UNMSM, uno de los fundadores de la UPCH y de la clínica Ricardo Palma, y muy reconocido y querido por la comunidad judía y la sociedad médica nacional. Por su parte, la madre tuvo instrucción técnica completa y señaló que hacia 1950 “ganaba más que mis hermanos que eran ingenieros. Las mujeres no éramos objetos de decoración”. No obstante, a pesar de que las madres de los entrevistados alcanzaron un mejor nivel de instrucción que las abuelas, también fueron amas de casa debido a la cultura patriarcal.

Estos niveles profesionales guardan relación con que los grados más altos de instrucción entre los progenitores de los entrevistados se concentran en los de las cohortes más jóvenes. Esto demuestra el aprovechamiento de formarse en plena ampliación del sistema educativo desde mediados del siglo XX, la mejora económica de las familias y la profundización del espíritu cultural de las mismas (en la Tabla 9 de la página 58, ver el volumen de los progenitores de los entrevistados en relación a sus ocupaciones laborales en el Perú).

---

<sup>40</sup> En 1944, la enseñanza del idioma inglés fue obligatoria en todas las escuelas secundarias públicas y privadas del Perú (Freeburger y Hauch 1964: 15).

**Tabla 9***Oficios y profesiones de los progenitores de los entrevistados en el Perú*

Ocupación	N° de padres	Porcentaje	N° de madres	Porcentaje
Amas de casa			12	44%
Comerciantes	10	37%	4	14%
Médicos	9	33%	1	4%
Otras profesiones	4	15%	6	22%
Abogados	3	11%	1	4%
Oficinistas			1	4%
Ayudantes de sus esposos			1	4%
No inmigraron al Perú	1	4%	1	4%
Total	27	100%	27	100%

Los familiares inmigrantes, entonces, también valoraron y enfatizaron la educación como bien de consumo. Desarrollaron un alto rango sociocultural en un contexto en que egresar del nivel secundario no fue una experiencia mayoritaria para los peruanos.<sup>41</sup> En consecuencia, desde la infancia, los entrevistados bebieron del capital sociocultural acumulado de sus parientes y de la comunidad judía. Además, se ajustaron a un proyecto de vida que garantice continuar y mejorar lo enseñado o construido por estos círculos. Para ello, fue determinante recibir la mejor instrucción posible.

Así, desde 1946, los 27 entrevistados egresaron de colegios privados de élite de diverso tipo, en su abrumadora mayoría limeños: 19 del comunitario judío, cinco de católicos, dos del protestante y uno del laico dependiente de una embajada foránea. Casi la totalidad de los integrantes de la segunda cohorte en adelante estudió en el colegio judío de Lima, el cual formó parte de la expansión de las escuelas seculares privadas de clase media y alta de mediados del siglo XX.<sup>42</sup>

Este colegio se llamó León Pinelo, en honor a los apellidos del rector criptojudío de la UNMSM en tiempos virreinales, y se inauguró el 24 de abril de 1946, con 33 alumnos.<sup>43</sup> Pertenece y fue

<sup>41</sup> En 1940, menos del 5% de la población de 15 años o más cursaba la secundaria (Benavides 2004: 129).

<sup>42</sup> En 1934, se fundaron dos colegios judíos fuera de Lima, pero tuvieron corta duración, porque el colegio judío capitalino centralizó la educación formal de la colectividad nacional. Esos fueron el Colegio Hebreo de El Callao y de Trujillo. Ver Unión Israelita del Perú. *Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año IV, N° 35, noviembre, 1934, p. 47; año V, N° 40, diciembre, 1935, p. 9.

<sup>43</sup> Ese año se fijó la gratuidad y obligatoriedad de los primeros años de secundaria (Contreras 1996: 24).

financiado por las tres congregaciones religiosas a través de la organización centrípeta. Muchas personalidades tuvieron el mérito de esta consecución. Por un lado, los líderes sionistas internacionales, quienes cabildaron ante el presidente José Luis Bustamante y Rivero. Por otro lado, sus pares nacionales como seis empresarios, dos médicos y estudiantes de la UNMSM, quienes solicitaron el apoyo de sus profesores no judíos. Ellos también trabajaron en otras instituciones estatales y tuvieron altos contactos políticos y económicos (Trahtemberg 1991: 126; Yalonetzky 2016: 64, 2021: 70-72).

La creación del colegio refleja cierta homogeneidad cultural de la judería, a pesar de la diferente procedencia geográfica y pertenencia subétnica de sus miembros. Este aspecto es más notorio en juderías pequeñas como la limeña, porque la manejable cohesión facilita el soporte económico y, a su vez, concretar proyectos educacionales.

De este modo, el colegio conserva doble importancia. En primer lugar, centraliza la vida urbana de la variopinta comunidad judía limeña. En segundo lugar, es el único colegio de axiología judía en el Perú. Vale decir, según Yalonetzky, es el espacio más representativo de la etnicidad judía en clave sionista más que religiosa, puesto que fue ideado por la Federación Sionista del Perú. Muestra de ello es el nexo entre la judería organizada y el Estado de Israel a través del envío de profesores y emisarios culturales, lo cual es un patrón compartido por las pequeñas juderías latinoamericanas. Por ende, se ofrece el currículo peruano obligatorio combinado con las asignaturas de hebreo, religión y festividades, historia judía, aprendizaje bíblico, celebración del día de la independencia de Israel y la conmemoración del Holocausto (2016: 65-66; 2021: 71-73).

Así pues, el colegio reproduce y fortalece el *habitus* o los estilos de vida traídos desde el hogar. Su cierre social está basado en la pertenencia a un grupo etno-religioso y en las distinciones, relaciones y actitudes propias de la clase media alta y alta limeña. Sin embargo, por un no corto tiempo recibió alumnos no judíos, entre ellos, hijos de ministros de Estado.<sup>44</sup> Esta elección buscó

---

<sup>44</sup> El artículo 320 de la Ley General de Educación de 1972 dictaminó admitir estudiantes no judíos hasta la segunda mitad de la década de 1980 (Yalonetzky 2016: 136).

reproducir la estratificación socioeconómica, dado que los centros educativos limeños de élite marcan vínculos cerrados de por vida que son usados como seguro trampolín para la profesionalización y el ejercicio laboral (Reátegui et al. 2022; Yalonetzky 2016: 103-119, 2021: 82-87). (En la Tabla 10 de la página 61 y en la Figura 3 de la página 63, se puede apreciar al colegio dentro del universo institucional de la judería, el cual fue trasladándose a diferentes distritos desde la primera mitad del siglo XX).

De hecho, la estrecha relación económica y sociocultural entre los egresados de escuelas de élite de Lima y determinados empleadores se ilustra cuando varios ex alumnos del colegio judío como el padre de Emilio y la misma Zuria ocuparon cargos ministeriales. En consecuencia, la movilidad social ascendente de los entrevistados, a diferencia de sus progenitores, abuelos y abuelas, tiene su *punto cero* o de partida en el nivel escolar de élite. De ahí que, como señalaron Reátegui y otros, en este tipo de vida escolar, “se configura una especie de ‘paraíso social’ que también otorga ventajas simbólicas, culturales y sociales”, las cuales, en este caso, empujan a dedicarse a la Medicina, porque condensa el *habitus* aprehendido que debe ser continuado (2022: 21).

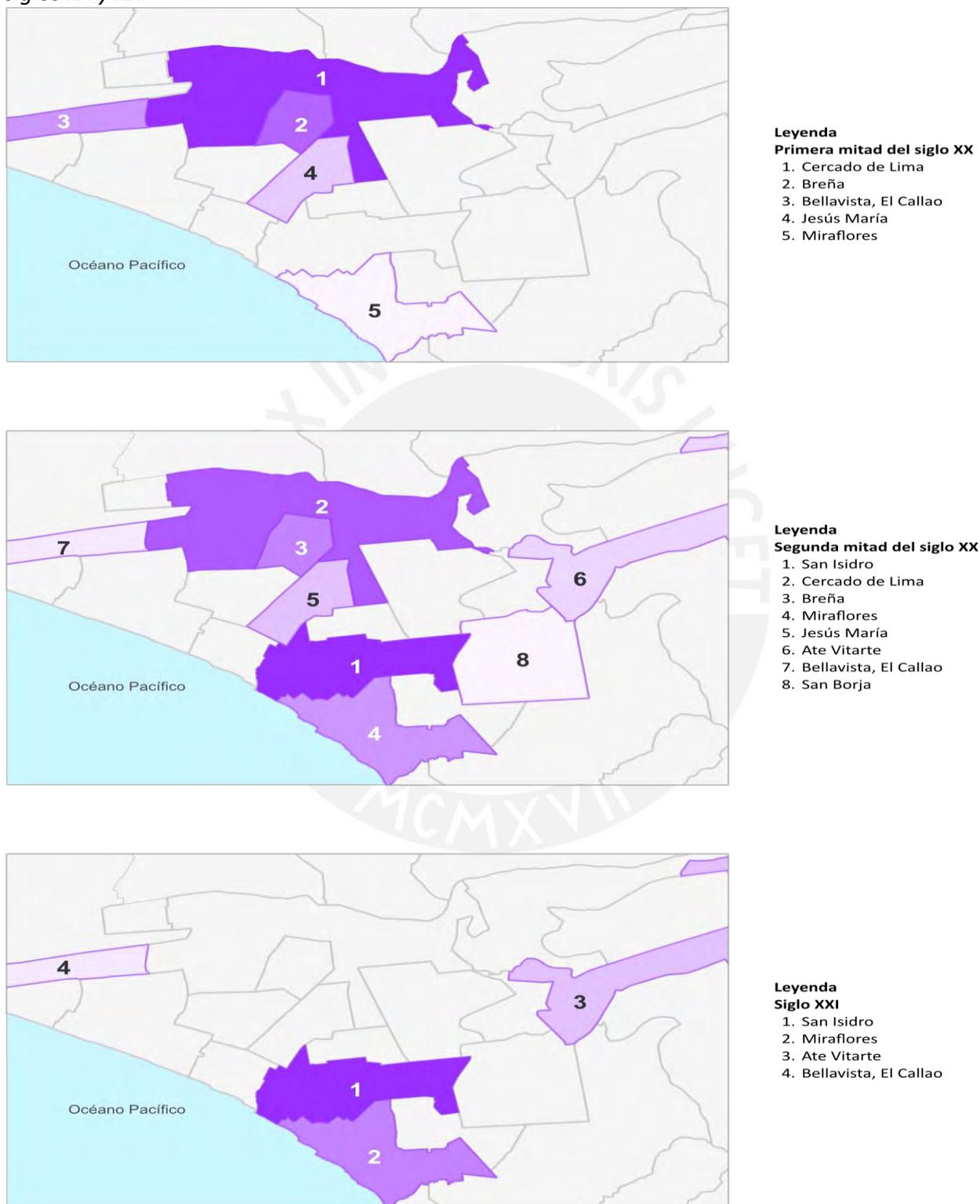
**Tabla 10***Instituciones comunitarias judías en Lima y El Callao en los siglos XX y XXI*

<b>Institución</b>	<b>Año de fundación</b>	<b>Vigencia</b>	<b>Distrito</b>
Asociación Cultural, Social y Deportiva Hebraica	1956	Continúa vigente.	Ate Vitarte
Asociación Judía de Beneficencia y Culto 1870	1870	1935	Cercado de Lima
	1935	1939	Miraflores
	1939	Continúa vigente.	Miraflores
Asociación Judía del Perú	1944	1975	¿?
	1975	Continúa vigente.	San Isidro
Asociación Mutualista Comercial Israelita B'nai B'rith Perú	1934	¿?	¿?
	1954	Continúa vigente.	Miraflores
Bikur Jolim –Jevra Kadisha	1940	1959	Breña
	1959	1976	Breña
	1976	2019	San Borja
	2019	Continúa vigente.	San Isidro
Caja de Crédito Israelita	¿?	¿?	¿?
Cementerio Israelita	1875	Continúa vigente.	Bellavista, El Callao
Centro Educacional del Holocausto y Humanidades	2014	Continúa vigente.	San Isidro
Círculo Cultural de Jóvenes Israelitas	1931	1949	Cercado de Lima
	1949	1970	Cercado de Lima
Círculo Social Israelita	1949	1969	¿?
	1969	¿?	San Isidro
Círculo Social y Cultural Sharon	1959	1969	San Isidro
	1969	1987	San Isidro
Colegio Judío de Lima	1946	1951	Breña
	1951	1954	Jesús María
	1954	Continúa vigente.	San Isidro
Escuela Hebrea Infantil	1927	1931	Cercado de Lima
	1931	¿?	Cercado de Lima
Hogar de Ancianos – AFILANTIS	1961	2006	Miraflores

<b>Institución</b>	<b>Año de fundación</b>	<b>Vigencia</b>	<b>Distrito</b>
Jabad Lubavitch del Perú	1989	Continúa vigente.	San Isidro
Juventud Judía Vanguardista	1945	1947	Jesús María
Museo Judío del Perú	2010	Continúa vigente.	San Isidro
Organización Sionista del Perú	1926	1926	Cercado de Lima
	1926	1927	Cercado de Lima
	1927	1931	Cercado de Lima
	1931	¿?	Cercado de Lima
	¿?	Continúa vigente.	San Isidro
Sinagoga Adat Israel	1953	1978	Breña
Sinagoga Kneset Israel	1942	1976	Breña
Sociedad de Ambulantes Judíos	1931	¿?	Cercado de Lima
Sociedad de Damas Israelitas	1931	¿?	Cercado de Lima
Sociedad de Beneficencia Israelita Sefaradí	1933	2006	Cercado de Lima
	2010	Continúa vigente.	San Isidro
Unión Israelita del Perú	1926	1926	Cercado de Lima
	1926	1931	Cercado de Lima
	1931	1934	Cercado de Lima
	1934	1958	Cercado de Lima
	1958	1987	Jesús María
	1987	Continúa vigente.	San Isidro

**Figura 3**

*Distritos limeños y chalacos de establecimiento de las instituciones comunitarias judías en los siglos XX y XXI*



*Nota.* A mayor intensidad del color, mayor concentración de instituciones.

Por ello, desde 1947 y mayoritariamente en Lima, los entrevistados estudiaron esta profesión. Entre los 15 que se formaron en universidades públicas, la UNMSM fue la preferida de siete, sobre todo de las dos primeras cohortes.<sup>45</sup> Por su parte, entre los 12 que estudiaron en universidades privadas, la UPCH fue la preferida de cinco, sobre todo de las dos últimas cohortes (ver estas cifras detalladas en la Tabla 11 de esta página).<sup>46</sup> Cabe resaltar que la importancia de ambas universidades peruanas también reside en que otros entrevistados ingresaron o postularon a las mismas, pero no egresaron de ellas.<sup>47</sup>

**Tabla 11**

*Tipos de universidades donde estudiaron los entrevistados*

N° de cohorte	Género	Públicas	Privadas	Limeñas	Extranjeras
Primera (1947)*	Hombres	4		3	1
Segunda (1966)*	Hombres	6	2	6	2
Tercera (1980)*	Hombres	2	4	4	2
	Mujeres	2		1	1
Cuarta (1995)*	Hombres	1	3	3	1
	Mujeres		3	2	1
Total		15	12	19	8
Porcentaje		56%	44%	70%	30%

\*Año de inicio universitario

Aparte de la vocación de cada uno de los entrevistados, la influencia para elegir la Medicina se debió a dos factores. Si bien ambos están muy vinculados, es pertinente dividirlos, porque cada uno pesó más según la longevidad de las cohortes (ver las cifras detalladas en la Tabla 12 de la página 66). Así, en primer lugar, el 63% tuvo a esta profesión como una de las opciones reducidas. Esto se presentó más en las dos primeras cohortes, pues en el entorno escolar y amical predominó la narrativa economicista de estudiar carreras tradicionales. Eso significó “continuar

<sup>45</sup> De esos 15, 10 lo hicieron en instituciones peruanas y cinco en foráneas.

<sup>46</sup> De esos 12, nueve lo hicieron en instituciones peruanas y tres en foráneas.

<sup>47</sup> La abrumadora mayoría de los 27 entrevistados tuvo el privilegio de que los gastos universitarios y de manutención diaria fuesen cubiertos por sus progenitores; en muy pocos casos, por familiares no nucleares como los abuelos. Solo dos fueron independientes económicamente durante el pregrado.

con el orden natural”, a pesar que desde la segunda mitad del siglo XX se ampliaron las profesiones paulatinamente.<sup>48</sup>

En segundo lugar, el 37% estudió Medicina por la incidencia directa de sus progenitores. Esta cifra reúne, centralmente, a los integrantes de las dos últimas cohortes. Ello obedece a que los progenitores no solo veían a dicha profesión como una vía segura de éxito económico, sino que también estimaron la conservación del estatus. De hecho, estas nuevas generaciones partieron con mayor ventaja socioeconómica que las antiguas, por lo que intentaron preservar y multiplicar el legado.<sup>49</sup>

El pensamiento de los progenitores fue compartido por sus familias y la comunidad judía limeña. De acuerdo a los testimonios, existe una apología a la Medicina entrelazada con una pronunciada valoración de la inteligencia de los jóvenes judíos, en especial, por parte de las madres y abuelas. Ellas justificaron el éxito profesional de sus hijos y nietos haciendo hincapié en que el milenarismo folklorizado de su pueblo está muy intrincado con la evolución histórica de la Medicina. Por ende, replicar la profesionalización permitirá mantener viva la tradición y mejorar el estatus. Efectivamente, la mayoría de los entrevistados tiene parientes nucleares y no nucleares que también son galenos.<sup>50</sup>

---

<sup>48</sup> Lo mismo sucedió con los inmigrantes japoneses y su descendencia, pues sus censos intracomunitarios de 1966, 1980 y 1989 demostraron que la Medicina ocupó el primer lugar de las preferencias. Al igual que en los médicos peruanos judíos, el número de hombres supera largamente al de las mujeres. (Fukumoto 1997: 302; Morimoto 1991: 155-156, 1999: 165).

<sup>49</sup> Yalonetzky encontró testimonios en el Anuario del colegio judío de Lima de 1968 que mencionan el “sueño judío del ascenso social a través de la formación profesional” (2016: 70-71).

<sup>50</sup> Esta añeja estimación la escudriñó Efron en su investigación concerniente a la sobrerrepresentación de médicos judíos en la Europa germanoparlante desde la Baja Edad Media (2001).

**Tabla 12***Factores de influencia para el estudio de la Medicina en los entrevistados*

<b>N° de cohorte</b>	<b>Género</b>	<b>Opción reducida</b>	<b>Incidencia directa de los progenitores</b>
Primera	Hombres	3	1
Segunda	Hombres	6	2
Tercera	Hombres	3	3
	Mujeres	2	
Cuarta	Hombres	2	2
	Mujeres	1	2
Total		17	10
Porcentaje		63%	37%

De este modo, entre 1900 y 1950, los familiares inmigrantes de los entrevistados sobrevivieron, se desarrollaron y consolidaron en el Perú determinados por las tres variables estructurales explicadas: la configuración económica y sociocultural del Perú, el mejoramiento y la conservación del estatus, y el *habitus* educativo.

En promedio, pertenecieron a una mesocracia popular no profesional, destacándose en las actividades que dominaban en sus países de origen como el comercio, las empresas y la industria. No obstante, ser considerados blancos les facilitó la interrelación con la élite nacional, la cual sobresalió por el control cerrado de aquellas áreas económicas y la tenencia de latifundios.

En aquellas décadas, alternar o pertenecer a las clases acomodadas no implicó necesariamente poseer el prestigio de un alto nivel instructivo. Empero, sí fue un objetivo de las familias judías, porque es parte de su *habitus* educativo y cultural, el cual les aseguró un alto estatus socioeconómico. Estos aspectos se vieron mejor reflejados en la contribución al establecimiento de un colegio comunitario en un distrito limeño exclusivo. Igualmente, en la profesionalización médica de su descendencia; sin embargo, las cuatro cohortes de entrevistados tuvieron diversas experiencias durante el pregrado, especialización, inserción y consolidación laboral. Precisamente, en el siguiente capítulo, se analizará el proceso seguido por la primera cohorte.

## **6. CAPÍTULO II – PRIMERA COHORTE DE MÉDICOS PERUANOS JUDÍOS EN LIMA (1947-1964)**

El esfuerzo de los familiares inmigrantes de los entrevistados decantó en ofrecerles la mejor instrucción posible. Por ello, los matricularon en colegios privados limeños de élite desde mediados del siglo XX. Ciertamente, el principal mecanismo histórico de la movilidad social ascendente en la capital es la procedencia escolar, porque es la fuente de la riqueza sociocultural junto con la esfera familiar.

El ascenso socioeconómico de los entrevistados continuó con la elección de la Medicina como profesión. Esta decisión también significó la prolongación de las tradiciones culturales de sus entornos, teniendo en cuenta que varios familiares y otros correligionarios practicaron esta prestigiosa ocupación.

El presente capítulo, distribuido en dos subcapítulos, desarrolla la vida académica y laboral de la primera cohorte de entrevistados entre 1947 y 1964. Esta instrumentalización de la Medicina inició cuando había tres universidades públicas en regiones: UNSAAC, UNT y UNSA. En Lima, había una privada y tres públicas: PUCP, Escuela de Ingenieros, Escuela de Agronomía y UNMSM (Contreras y Cueto 2007: 351).

### **6.1. El pregrado en las universidades públicas durante el auge del Estado desarrollista**

Según Lossio, desde los inicios del Estado desarrollista en la década de 1930, con el financiamiento de la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Rockefeller, se reforzó la salud y educación públicas a través de la creación de ministerios respectivos. Con ello, se ejecutaron campañas de vacunación masiva, y se incrementó el personal, la atención primaria y el gasto público en infraestructura. Sin embargo, aún con la bonanza económica de inicios de la década de 1940, fue titánica la reorganización del sistema de salud dividido en los hospitales civiles, de la Beneficencia Pública y de las Fuerzas Armadas y Policiales. El objetivo fue imitar el modelo europeo sin desligarse de la esencia oligárquica. Por consiguiente, se permitió la actividad privada con poca regulación, el aprovechamiento político, y la sanidad respondió desorganizadamente a los complejos requerimientos de la población (2021: 83-90).

A finales de aquella década, la dictadura de Odría (1948-1950), a fin de obtener respaldo político, amplió las inversiones, oficinas y programas de protección social (Bustíos 1998). No obstante, también reprimió a los estudiantes de la UNMSM, derogó el Estatuto Universitario y eliminó el cogobierno estudiantil, porque los alumnos demandaron el retorno del gobierno democrático y reformista de Bustamante y Rivero (1945-1948).<sup>51</sup>

Este ambiente acogió a tres entrevistados de la primera cohorte, cuyas familias se habían consolidado económicamente. Fue un momento propicio para sus anhelos de movilidad social ascendente, ya que coincidió con la masificación educativa y la urgencia por galenos en la sociedad. Ellos se prepararon de manera autodidacta para ingresar a San Fernando, pues era la única Facultad de Medicina en Lima, aunque la carrera no estaba al alcance de la mayoría de la población. El cuarto integrante hizo lo mismo e ingresó a una universidad pública en Venezuela donde vivía con su familia.

Desde 1947, el trío limeño observó la abundancia de postulantes y el volátil filtro de ingreso. De hecho, su estatus de egresados de colegios privados les permitió aumentar sus probabilidades, pues solo ese tipo de colegios podían “federarse” a la UNMSM, vale decir, vincularse desde la secundaria para ir conociendo los temas a ser evaluados en el examen (Paz Soldán 1957: 21).<sup>52</sup> La duración de la carrera fue de nueve años: dos en pre-médicas, seis en Facultad y uno de internado rotatorio para obtener el título.<sup>53</sup>

Esta cohorte es la que más compañeros judíos tuvo en sus promociones: 10 en promedio. Esto evidencia la sobrerrepresentación de médicos peruanos judíos como proporción de la pequeña

---

<sup>51</sup> Los profesores de la Facultad de Medicina –conocida como San Fernando– apoyaron estas acciones. Muchos no tenían estabilidad laboral, eran muy longevos, se especializaron en Estados Unidos y propugnaron directrices basadas en el informe de principios del siglo XX del médico estadounidense judío Simón Flexner: vallas altas en la admisión y metodología convencional de investigación (Bustíos 2020c).

<sup>52</sup> Desde 1948, predominaron los ingresantes procedentes de colegios nacionales (Pérez 1969: 158).

<sup>53</sup> En 1952, la Fundación Rockefeller realizó un estudio en San Fernando, el cual señaló que la calidad de la formación se había deteriorado desde la década de 1930 (Bustíos 2020c).

judería limeña. Los colegas provinieron del mismo vecindario o fueron amigos del colegio como lo señaló Lucas:

En esa época, muchos chicos de la colectividad estudiaron Medicina. En mi colegio, el San Andrés, como ocho de mi salón fuimos a estudiar Medicina el mismo año. Todos a San Marcos. No había otra. Varios amigos no judíos del barrio también estudiaron Medicina. Era algo tan natural que nadie pensaba en otra cosa que no sea Medicina.

A mediados de la década de 1950, la presencia de las mujeres en la educación superior latinoamericana fue muy baja.<sup>54</sup> En el Perú, a pesar de la Ley N° 10554 de 1946 que eliminó trabas para el ingreso de las mujeres, las compañeras de esta cohorte no pasaron del 20% y ninguna fue judía (Poulsen 2018: 127).<sup>55</sup> Esto guarda relación con el censo interino de 1957 de la UNMSM que registró a 134 mujeres y 1 735 varones matriculados en San Fernando.<sup>56</sup> Otro rubro importante fue la composición socioeconómica. Por ejemplo, el Cercado de Lima aún conservaba cierto estilo oligárquico y lideró las preferencias residenciales con 40.3%. De hecho, el trío limeño vivió en Santa Beatriz (Universidad Nacional Mayor de San Marcos [UNMSM] 1958).<sup>57</sup>

A pesar de los problemas estructurales, la cohorte alabó la calidad de sus maestros. En el caso de los de San Fernando, estos pertenecieron a dos bandos que antagonizaron intelectual y políticamente. Por un lado, los que defendieron la concepción social de la Medicina –simpatía aprista/socialista-; por otro, los que propugnaron la postura liberal –mentalidad oligárquica-. Estos últimos siempre se impusieron y dominaron en los foros gremiales y políticos. Mantuvieron relaciones con colegas estadounidenses, y recomendaron a sus discípulos especializarse en ese país mediante las becas de la Fundación Rockefeller y Kellog. A su retorno, se esperaba que repliquen la *modernidad* del aprendizaje (Bustíos 2020b; Zárata y Cárdenas 2017: 85).<sup>58</sup>

---

<sup>54</sup> Las universidades no llegaron a 100 y la matrícula apenas alcanzó a 600 mil alumnos, quienes prefirieron Medicina y Derecho (Montoya 1995: 22).

<sup>55</sup> Hasta 1950, solo hubo 18 mujeres médicas tituladas en todo el Perú (Salaverry y Delgado 2000: 1280).

<sup>56</sup> Ese año, para enfrentar la prohibición que las mujeres tenían en ser admitidas en la Academia Nacional de Medicina, fundaron la Asociación Médica Femenina en los ambientes de San Fernando. El evento contó con la presencia del presidente Prado (Maldonado y Puertas 2012: 116).

<sup>57</sup> Toda la cohorte laboró mientras estudió, porque se presentó la oportunidad de tener un ingreso y no solicitaron becas. Estos trabajos fueron ofrecidos por la familia y correligionarios. Debido a la intensidad de los estudios, participaron muy poco en las actividades de la comunidad judía.

<sup>58</sup> Según Lossio, hasta la actualidad, no se ha ejecutado una reforma en la formación médica que integre las tradiciones curativas no occidentales que abundan en el territorio peruano (2021: 33).

El trío limeño era cercano a este bando por tres motivos. En primer lugar, tuvieron el mismo tipo de docentes en sus colegios. Este hecho fue compartido por alumnos de similares estratos del resto de Latinoamérica (Montoya 1995: 22). En segundo lugar, la mentalidad de sus familias y de la comunidad judía fue afín a ellos. Por último, el *racismo silencioso* legitimó la enseñanza vertical y la diferenciación en el trato. Los maestros se sintieron cómodos dándole una empaquetadura cultural al viejo discurso racial. De ahí que estos entrevistados pudieron mimetizarse con esas prácticas socioculturales y profundizaron su estatus de *blanco real* u *honorario*, ya que ser médico implicó *blanquearse*, por ende, ser considerado *decente* (De la Cadena 2014: 59).

La cohorte tuvo muy pocos profesores judíos, quienes se concentraron laboralmente en clínicas privadas limeñas y foráneas de manera exclusiva al avanzar la segunda mitad del siglo XX. Entre ellos se encuentran, el internista Benjamín Alhalel, Samuel Geller, Siegfried Holzer, el ginecólogo Abraham Ludmir, el gastroenterólogo Víctor Palti, el cardiólogo Marcos Roitman y Hans Rhür. Todos fueron pioneros en sus especialidades y causaron impacto socioacadémico (Mitrani 2005: 184-185; Trahtemberg 1987: 274).

La única profesora que dos entrevistados recordaron fue la pediatra y genetista alemana Eva Klein –hija de madre pediatra-. Ella es egresada de San Fernando, y fundadora de la Sección de Genética del Hospital del Niño y de la Sociedad Peruana de Genética. Otra médica fue la internista y geriatra alemana Eva Jacobowitz de Baer, profesora principal de San Fernando y ex médica oficial del colegio judío de Lima (Delpino 2007: 166-167).<sup>59</sup>

Todos estos investigadores fueron muy elogiados por las sociedades médicas peruanas. Algunos fueron inmigrantes y sufrieron la burocracia para convalidar sus títulos (Bonifaz 1946: 36). Este segmento está incluido en el hallazgo de 167 médicos de origen judío no entrevistados que han ejercido desde la segunda mitad del siglo XX. La abrumadora mayoría es askenazí, solo hay 26 mujeres y las especialidades preferidas son Pediatría, Medicina Interna, Ginecología y Cardiología

---

<sup>59</sup> Cabe resaltar a Raquel Eidelman de Cohen, quien estudió en el Lima High School y se graduó en Química Industrial en la UNMSM en 1943. Luego, fue la primera peruana y extranjera en ser admitida en la Escuela de Salud Pública y en la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard en 1945 (Marazzani 1970: 223).

(en la Tabla 13, ver las cifras detalladas relacionadas a sus universidades de egreso y especialización en tanto es otra muestra de la sobrerrepresentación de médicos peruanos judíos como proporción de la pequeña judería limeña).

**Tabla 13**

*Médicos de origen judío en el Perú en los siglos XX y XXI no entrevistados*

	Hombres	Mujeres	Total
Cantidad	141	26	167
Universidades de egreso			
Privadas	46	12	58
Públicas	78	13	91
No se sabe	17	1	18
Extranjeras	11	3	14
Peruanas	117	22	139
No se sabe	13	1	14
Tipo de especialidades médicas			
Quirúrgicas	21	3	24
No Quirúrgicas	65	13	78
No se sabe	55	10	65
Método de especialización			
Escolarización	40	7	47
No Escolarización	6		6
No se sabe	95	19	114
Lugar de especialización			
Extranjero	33	4	37
Lima	13	3	16
No se sabe	95	19	114

*Nota.* Durante la segunda mitad del siglo XX, 91 médicos –13 mujeres- egresaron de universidades públicas: 82 de la UNMSM. Asimismo, 58 galenos –12 mujeres- egresaron de universidades privadas: 53 de la UPCH. De los formados en las privadas, 31 se especializaron en el extranjero, sobre todo en Estados Unidos, y residen allá.

La vocación por la Medicina fue compartida por los inmigrantes judíos y su prole en Cuba, donde alcanzaron desarrollo socioeconómico en la década de 1940 según la historiadora Adriana Hernández.<sup>60</sup> Ellos interrelacionaron con las clases pudientes no judías durante el pregrado. Si bien el médico tiene alto prestigio en la sociedad cubana y es relativamente accesible trabajar en

<sup>60</sup> No se halló otra investigación concerniente a otros médicos judíos latinoamericanos.

el Estado, este espacio estuvo vetado para los judíos. No obstante, algunos lo consiguieron y potenciaron las organizaciones de beneficencia de la judería (2019: 76-78).<sup>61</sup>

## **6.2. La influencia de los profesores en la especialización médica e inserción laboral durante el auge del Estado desarrollista**

El gobierno elaboró el *Inventario de la Realidad Educativa Nacional* de 1956-1957. Entre sus hallazgos, la abrumadora mayoría de alumnos de secundaria consideró a la universidad como el único camino hacia la inserción laboral (Cardó et al. 1989: 53). Sin embargo, el nivel secundario no introdujo un conocimiento laboral previo coherente con las diferentes realidades sociopolíticas y económicas del país (Twanama 1992: 252).

Precisamente, como consecuencia de la presión estudiantil, en 1958, entraron en funcionamiento las Facultades de Medicina de la UNSA y UNT. Además, la duración de la carrera se redujo a ocho años (Bustíos 2003: 135). Empero, conforme a Lossio, la formación académica y su aplicación en la salud pública siguen reducidas al enfoque médico-biológico sin tomar en cuenta los aspectos socioeconómicos, de género, geográficos y culturales (2021: 32).<sup>62</sup>

En ese contexto, de acuerdo al censo de la UNMSM, solo había 32% de especialistas y la Medicina Interna era la preferida (UNMSM 1958). La cohorte realizó especialidades no quirúrgicas remuneradas influenciados por sus profesores, quienes fueron autoridades universitarias y ministros de Estado.<sup>63</sup> El camino más óptimo fue hacerlo en el extranjero a través del financiamiento del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, la Oficina Sanitaria Panamericana, la Fundación Rockefeller y Kellogg (Bustíos 1998: 159).<sup>64</sup> Si bien la mayoría nacional

---

<sup>61</sup> Durante la Segunda Guerra Mundial, los médicos judíos inmigrantes en Brasil también sufrieron exclusiones legales para ejercer la profesión (Elkin 2011: 143).

<sup>62</sup> El censo de la UNMSM indicó que había 3 834 galenos a nivel nacional (UNMSM 1958).

<sup>63</sup> Entre los más reconocidos se encuentran Javier Correa Miller, cuñado del ex presidente Fernando Belaúnde; Mauricio San Martín, vicerrector de la UNMSM; Carlos Alberto Seguí, creador del Departamento de Ciencias Psicológicas de San Fernando; y Honorio Delgado, decano de San Fernando.

<sup>64</sup> Entre 1928 y 1963, se consideraron cursos de especialización solo en las Facultades de Medicina y Derecho de la UNMSM. Desde esta última fecha, el Ministerio de Salud capacitó a los egresados que quisieron seguir la residencia médica (Burstein 2014: 598; Meza Cuadra y Bendezú 1966: 232).

se vio impedida por su incapacidad económica, tres entrevistados se especializaron escolarizadamente en Estados Unidos, Reino Unido y Venezuela. Solo uno lo hizo no escolarizadamente en Lima.<sup>65</sup>

Los especializados en Latinoamérica casi no conocieron a residentes mujeres. En cambio, los especializados en los países anglófonos conocieron a muchas, entre ellas, judías. Adicionalmente, varios compañeros judíos y no judíos del colegio y/o la universidad se especializaron en el extranjero y la abrumadora mayoría se quedó a radicar allá. Estados Unidos fue el preferido, porque el salario en otros países latinoamericanos era muy bajo, a excepción de Venezuela.<sup>66</sup>

Al terminar la especialización médica, la cohorte siguió viviendo el apogeo del Estado desarrollista que intervino en la prestación masiva de los servicios de salud a comienzos de la década de 1960. Según las recomendaciones del esquema socialdemócrata de la CEPAL, se reformó el sistema para imitar el Estado de bienestar europeo y encumbrar la salud como un derecho, pero no se consiguió un ordenamiento macro ni el fortalecimiento del primer nivel de atención. No obstante, los entrevistados se beneficiaron, ya que la mayor parte de los recursos se orientaron hacia las capitales latinoamericanas. Por ejemplo, conforme a un censo de la Oficina Sectorial de Planificación de Salud, en 1964, Lima aglutinó al 65% de los médicos, quienes se convirtieron en una clase asalariada que llegó a ganar 12 mil soles o 448 dólares en puestos públicos (Lip et al. 2000: 111; Meza Cuadra y Bendezú 1966: 234).<sup>67</sup>

Efectivamente, aparte del ambiente aleccionador, los altos haberes fueron cruciales para los entrevistados, quienes instrumentalizaron la estrecha relación con sus profesores, porque fue la manera habitual de insertarse laboralmente. Incluso los emplearon, junto con sus compañeros, en hospitales públicos desde el pregrado. Ciertamente, de acuerdo al mencionado censo de 1964, los hospitales concentraron el 93.7% de los puestos médicos. En ellos, como sucedió con esta

---

<sup>65</sup> Todos fueron independientes económicamente y algunos recibieron ayuda voluntaria de sus progenitores.

<sup>66</sup> Sus progenitores apoyaron voluntariamente en los gastos.

<sup>67</sup> En la década de 1960, solo hubo 165 nosocomios a nivel nacional. Asimismo, los galenos de los hospitales de la Beneficencia fueron los peor remunerados (Arroyo 2000: 97).

cohorte, la juventud proliferó, pues el promedio de edad fue de 37 años y las mujeres solo representaron el 4.7%. Además, se alcanzó la tasa de 2.52 camas por cada mil habitantes en el país, cifra que nunca fue superada (Bustíos 1998: 193; Bustíos y Swayne 1998: 51).

Debido al deterioro del Estado desarrollista y a la demanda por médicos especializados en el sector privado, la cohorte terminó laborando allí exclusivamente. Bernardo y Doménico trabajaron en consultorios privados en Venezuela y compraron acciones en clínicas. Luego, se trasladaron a Panamá y el Perú hasta jubilarse a comienzos de la década del 2010. Lucas fundó una clínica en Lima junto con amigos y colegas peruanos judíos en 1965. Yago fue pionero en inaugurar un centro especializado en Miraflores en 1969, teniendo en cuenta que las adineradas clases limeñas dedican un buen porcentaje de su presupuesto a la salud.

Así, entre 1947 y 1964, la primera cohorte de entrevistados experimentó la predominancia del Estado como prestador de servicios educativos y de salud en la sociedad. Por tanto, se formaron en universidades estatales e instrumentalizaron la relación con sus profesores para crear una línea de carrera en la cual la presencia de las mujeres fue muy escasa. Estos maestros solieron especializarse en el extranjero y estuvieron colocados en altos puestos estatales, dado sus vínculos socioeconómicos, políticos y familiares con las reducidas clases acomodadas que practicaban relaciones endogámicas. De este modo, la cohorte ingresó a los hospitales públicos donde obtuvieron total bienestar académico, laboral y salarial.

La pertenencia a esta élite socioprofesional fue facilitada por ser percibidos fenotípicamente blancos. Además, sus actitudes de personas de piel blanca se potenciaron al estudiar Medicina, ya que se la ha considerado una profesión que *blanquea* y expone un alto estatus. Por ello, aunque la abrumadora mayoría de la población no tuvo acceso, fue muy demandada. Entre los que la practicaron, resalta el alto número de judíos inmigrantes y peruanos –sobre todo *askenazim*–, quienes estuvieron marcadamente sobrerrepresentados.

Con estos aspectos, se puede contrastar la movilidad social ascendente de la primera cohorte de entrevistados con la que desarrolló su progenie. Cuando aquellos se consolidaron laboralmente, el Estado siguió siendo el principal empleador del país. En este contexto, inició la vida universitaria de la segunda cohorte, la cual se detallará en el siguiente capítulo.



## 7. CAPÍTULO III – SEGUNDA COHORTE DE MÉDICOS PERUANOS JUDÍOS EN LIMA (1964-1980)

A comienzos de la década de 1960, muchos peruanos judíos que aspiraban a convertirse en médicos aprovecharon la inversión del Estado desarrollista. Ellos estudiaron en la prestigiosa UNMSM y se aseguraron buenos puestos laborales en los grandes hospitales limeños. Ciertamente, dedicarse a esta profesión tradicional les otorgó un estatus de *decencia* y les permitió la vinculación con las clases blancas acomodadas.

Este es el escenario que encuentra la segunda cohorte de entrevistados, cuyo proceso de movilidad social ascendente presenta un piso más favorable que el de la primera. Sus familiares y la comunidad judía habían mejorado su caudal socioeconómico, por lo que la Medicina fue la ruta más segura para consolidarlo. Así, el presente capítulo, seccionado en cinco subcapítulos, busca analizar cómo instrumentalizaron la Medicina durante la etapa universitaria y ocupacional entre 1964 y 1980. Este lapso coincide con el cénit y comienzo del ocaso del Estado desarrollista.

Durante este periodo, se amplió la educación superior como consecuencia del ya extendido nivel secundario. En realidad, los gobiernos democráticos y dictatoriales prosiguieron una política reactiva en el gasto presupuestal, debido al incremento demográfico y a las protestas.<sup>68</sup> Esta lucha por la expansión universitaria se había cristalizado en la ley N° 13417 de 1960, pero tuvo detractores como el rector de la PUCP, Felipe Mac Gregor. Él criticó la conversión de las universidades en trincheras políticas y los vacíos legales de los que se aprovecharon las nuevas casas de estudio (1988: 45-47).

Se crearon 12 universidades públicas, se reinsertó el cogobierno universitario, y se intentó dejar la óptica elitista y antidemocrática. Por ello, en 1961, los últimos decanos de San Fernando, Alberto Hurtado y Honorio Delgado, renunciaron junto con 423 médicos y otras autoridades sanmarquinas y de la UNSA (Bustíos 2003: 142). Fueron respaldados por 38 instituciones médicas

---

<sup>68</sup> En la década de 1960, el porcentaje de la inversión para la universidad pública fue de 6% y representó el más grande en la historia del Perú (Montoya 1995: 62). Según Torres et al., los nacidos en esta década y en la anterior tuvieron la movilidad educativa más grande en relación con sus padres (2018: 113).

con la Academia Nacional de Medicina a la cabeza, aparte del diario El Comercio, vocero de la oligarquía (Pamo 1990: 71).<sup>69</sup> Ante ello, el nuevo decanato creó el Departamento de Ciencias Médico-Sociales. Esto acercó la Medicina al enfoque funcionalista de la Salud Pública, que enfatizó la técnica y el conocimiento de las múltiples realidades sociales. Empero, se completaron las plazas docentes de los niveles más altos con inexpertos (Bustíos 2003: 141; 2020a).

También se crearon ocho universidades privadas, entre ellas la UPCH en 1961. La cantidad demuestra que el sector privado encontró un nicho rentable para formar a su élite.<sup>70</sup> Seclén las clasificó como de *primera generación*, las cuales se consolidaron por la subvención estatal y las exoneraciones tributarias. Algunas mantuvieron prestigio, pero todas se ciñeron a una axiología individualista. Sus fundadores pertenecieron al empresariado, a las clases intelectuales y a la Iglesia católica. Dado que el Estado intentó mejorar el acceso a la educación con universidades públicas de baja calidad, las instituciones privadas acogieron a una población que adquirió una doble identificación: el desarrollo económico con enfoque privado liberal y una *mística institucional* diferenciada. Particularmente, la fundación de la UPCH marcó el inicio de la vinculación de los estratos medios tradicionales y emergentes con la universidad privada y ya no con la pública, vale decir, la UNMSM. Por ende, se creó una conciencia de clase teñida de tópicos como el *sacrificio o emprendimiento* (2013: 58, 61).<sup>71</sup>

De este modo, la variable socioeconómica fue crucial en la creación de la UPCH, pues se volvió un refugio para los médicos renunciantes de San Fernando, partidarios del liberalismo y la atención en consultorios privados.<sup>72</sup> Además, rápidamente los ex alumnos de San Fernando y el empresariado limeño recaudaron fondos y donaron un terreno en Monterrico (Pamo 1990: 73).

---

<sup>69</sup> En apoyo a las autoridades renunciantes, 190 alumnos sanfernandinos firmaron comunicados. Entre ellos, aparecen tres judíos: Nahum Frenck, Óscar Grumfeld y Elizabeth Karl. Asimismo, 140 alumnos se matricularon en Facultades de Argentina, Chile y España (Montagne 2011: 104-105; Pamo 1990: 68-69).

<sup>70</sup> Según McLauchlan, hasta 1961, solo 131 mil ciudadanos alcanzaron la educación superior (1994a: 54).

<sup>71</sup> La masificación educativa también la vivieron los judíos de otros países sudamericanos. Por ejemplo, en 1963, la Medicina ocupó el primer lugar de las preferencias de los judíos bonaerenses de Quilmes con 27%. Por su parte, en 1968, el 13% de los judíos de Sao Paulo también la eligieron (Elkin 2011: 205-206).

<sup>72</sup> Entre los judíos estuvieron Benjamín Alhalel, Meilach Burstein, Abraham Feldman, Víctor Palti y Marcos Roitman (Berríos 2014; Montagne 2011; Universidad Peruana Cayetano Heredia [UPCH] 1997).

Fue elegido rector Honorio Delgado; y decano de la Facultad de Medicina, Alberto Hurtado. Ellos obtuvieron recursos del comercio, la banca, industria y la Fundación Rockefeller que otorgó becas para los profesores y alumnos. Con ello, la UPCH creció velozmente. El primer examen de ingreso se realizó en abril de 1962 y postularon 538 personas para ocupar 70 vacantes.<sup>73</sup> También se trasladaron 188 alumnos de otras Facultades.<sup>74</sup> En 1964, se creó la Escuela de Graduados que coordinó los programas de especialización (Meza Cuadra y Bendejú 1966: 232).

Al año siguiente, se acordó con el Ministerio de Salud la utilización del nuevo Hospital del Rímac en el populoso distrito de San Martín de Porres; en el terreno contiguo, comenzó la construcción del campus propio. Esto fue valorado por la Escuela de Medicina John Hopkins de Estados Unidos que reconoció a la UPCH como una de las mejores de América Latina y estableció convenios (Porturas 1999: 162-166).

Ese fue el inicio de una marca registrada en la UPCH, pues sus alumnos son formados para especializarse e insertarse laboralmente en Estados Unidos como sentenció Walter: “Cayetano tenía la escuela americana. Le meten tanto lo de Estados Unidos que egresan, están alienados y se van. Cayetano estaba a un nivel tal con Estados Unidos que sus estudiantes parecían de allí. Entonces, los aceptaban”. No obstante, el accionar del sector privado se extendió a los negocios de la salud como las clínicas limeñas de prestigio. Entre ellas sobresale la Javier Prado que fue fundada por médicos peruanos judíos, lo cual se describirá en el siguiente subcapítulo.

### **7.1. La primera clínica fundada por médicos peruanos judíos en Lima: Javier Prado**

En la primera mitad del siglo XX en Lima, existieron dos iniciativas para crear clínicas comunitarias judías que no se concretaron. El motivo principal fue el pequeño número de correligionarios en

---

<sup>73</sup> Los únicos judíos ingresantes fueron dos mujeres: Edith Gorriti Ellenbogen y Katalin Kadar Letere (Berríos 2014: 33; UPCH 1997: 62).

<sup>74</sup> Entre ellos hubo ocho judíos: Pedro Bachrach, Abraham Caplivsky, Enrique Ellenbogen, José Fishman, Elizabeth Karl, Yolanda Scavino, Bernardo Treistman y Eduardo Zloczover (Berríos 2014: 33-35; Montagne 2011: 122-125; UPCH 1997: 63-64).

comparación con las grandes juderías argentina y brasileña.<sup>75</sup> La primera propuesta fue de la congregación sefaradí en 1922.<sup>76</sup> Esto demuestra la organización según su origen inmigratorio, pero es llamativo el proyecto de un nosocomio para una población tan reducida, a menos que proyectasen la llegada de otros. De hecho, el inmigrante José Gleiser, quien arribó en 1919, señaló que solo había 12 familias *sefaradim* (Marazzani 1970: 132). La segunda propuesta fue de la Asociación Médica Israelita del Perú durante la Segunda Guerra Mundial, puesto que hubo judíos refugiados y la colectividad aumentó su descendencia (Trahtemberg 1987: 246).

Recién el 28 de febrero de 1965, en plena expansión urbana en el distrito de San Isidro, la clínica Javier Prado fue fundada por médicos peruanos judíos. El proyecto fue planeado dos años antes y es un ejemplo de la profesionalización de la nueva generación de judíos nacidos en el Perú a quienes se les traspasó la dirigencia de las instituciones comunitarias.<sup>77</sup> Una de las crónicas de Zwilich halaga estos sucesos:

Bendita nuestra segunda y tercera generación que han nacido en el Perú. Pertenecéis a una generación que no ha pasado dos guerras ni revoluciones y que nunca ha tenido que luchar por la supervivencia. Sois felices de haber nacido en un país libre y democrático, sin prejuicios raciales, sin números 'clausus' en los colegios y universidades. Desde los quince años, ya manejan carro, ya acuden a las 'boites' y 'night clubs'. Puedo afirmar que la juventud judía peruana son hombres de trabajo e independientes. Estoy sorprendido de los logros alcanzados por Uds. en las actividades liberales, profesionales, comerciales, industriales y culturales, en las cuales han sabido y podido desarrollarse granjeándose la estimación de gentiles y judíos (1966: 97-98).

Así, la clínica Javier Prado se convirtió en la primera creada por médicos peruanos judíos y se unió al selecto grupo de las existentes: Anglo Americana, Internacional, Lozada, Maison de Santé y San Felipe. En tanto, los hospitales más importantes eran Carrión, Collique, Del Niño, Dos de Mayo, Loayza, Naval, Neoplásicas, Obrero, de la Policía, Rebagliati y Unanue (Montagne 2011; Trahtemberg 1987: 186).

---

<sup>75</sup> En 1916, inmigrantes judíos en Buenos Aires inauguraron el Hospital Israelita Ezra. En 1955, en Sao Paulo, médicos judíos amigos fundaron el Hospital Israelita Albert Einstein (Elkin 2011: 161).

<sup>76</sup> Ver Museo Judío del Perú. "Sección de Instituciones – Sociedad Sefardí". Consulta: 1 de junio de 2021. <https://www.mjp.org.pe/web3/institucion13.php>

<sup>77</sup> En una fotografía de 1966, se muestra a muchos médicos que formaron parte de la tercera generación de líderes de la Unión Israelita del Perú (Trahtemberg 1989: 63).

Lucas, integrante de la primera cohorte de entrevistados, es uno de los fundadores y el único de ese grupo que trabajó allí. Afirmó que la Javier Prado era conocida como “clínica judía, porque éramos 8 judíos de 13 [fundadores]”.<sup>78</sup> Esa denominación fue acuñada por sus colegas judíos de manera coloquial, aunque varios entrevistados señalaron que pudo deberse a dos motivos.

En primer lugar, la clínica en sus inicios fue muy concurrida por una judería más gregaria. Esta tendencia disminuyó conforme avanzaron las décadas, porque se ampliaron las opciones de consulta con médicos no judíos. De aquello se colige que pudo haber existido un sentimiento de orgullo en la colectividad. La versión de Zwilich fortalece esta inferencia, ya que se refirió a la clínica en un juego de palabras: *javer* en lugar de Javier. Dicho término significa *amigo* en hebreo, por lo tanto, también puede sugerirse un sentido de pertenencia, incluso encontrarse en un ambiente hogareño:

Quando uno está internado en la clínica, se informa de todo lo que pasa en la comunidad, porque siempre hay una docena de enfermos hebreos y cada enfermo recibe una docena de visitas por día. Cada visitante trae alguna noticia o un chisme. Al que visita la clínica, muchas veces le parece que se halla en una asamblea de la Unión Israelita. Así es que en la Clínica ‘Javer’ Prado uno se siente en su propia casa. Hasta hay casos en que sirven un buen plato de ‘mamelige’ que curan del todo todas las dolencias. (1966: 84).

El segundo motivo fue que una gran cantidad de jóvenes médicos judíos laboraron en la clínica, pero se descarta que los fundadores quisieron construir una para la judería, ya que no hubiese sido económicamente rentable.<sup>79</sup> De hecho, uno de los propósitos fue innovar empresarialmente, por ello, se debía ofrecer adelantos tecnológicos y contratar a egresados de la UNMSM. No obstante, en los siguientes años, contrataron a médicos de nuevas universidades. Además, utilizaron la estrategia publicitaria de adoptar el nombre de *Javier Prado*, debido a la céntrica avenida donde se construyó el local. A juzgar por Lucas, la clínica tuvo momentos de esplendor: “nosotros éramos tan desconocedores de lo que sucedería que a los dos meses yo no podía ir a la otra clínica en la que trabajaba, porque estaba saturado. En algún momento, ocupamos una posición mucho más alta que la Americana, la San Felipe y todas”.

---

<sup>78</sup> Solo uno fue *sefaradim*. En la actualidad, los accionistas se han reducido a 11.

<sup>79</sup> En 1965, según el American Jewish Year Book, los peruanos judíos sumaron cuatro mil (1966: 473).

Esto evidencia la intención de imprimirle a la clínica un carácter secular para atraer la mayor cantidad de pacientes de las pequeñas clases acomodadas, las cuales no se atendían en los hospitales a pesar de la inversión estatal.<sup>80</sup> Sin embargo, también tuvieron complicaciones, ya que no tenían especialización en negocios, por lo que contrataron a contadores y administradores. En efecto, el fundador Jacobo Kapilivsky fue el socio más activo para la concreción del proyecto. Se dedicó más a la parte gerencial, también fue fundador y accionista de otras clínicas de élite como Montefiori y Los Pinos e incluso se encargó del área de salud de una ONG de la hermana del ex presidente Alejandro Toledo.<sup>81</sup>

El otro propósito de construir la clínica fue tener un lugar amplio para trabajar, puesto que la mayoría se especializó en Estados Unidos y ya contaba con clientela propia.<sup>82</sup> Así pues, los capitales privados en la salud fueron vehículos para la formación y consolidación de la clase media tradicional urbana a la que pertenecía la segunda cohorte, la cual tuvo más opciones de elección universitaria.

## **7.2. El pregrado durante la masificación de la educación superior del Estado desarrollista**

Desde 1966, comenzó el periodo universitario de los ocho entrevistados de la segunda cohorte. Esta mantiene similitudes con la primera, por ejemplo, tienen familiares que estudiaron Medicina en América y Europa en aquellas épocas. Empero, existen matices en cuanto al acceso a los estudios superiores, pues dos integrantes estudiaron en el extranjero. Por ende, es una cohorte bisagra entre la primera y las dos últimas.

La mayoría de la segunda cohorte se preparó de manera autodidacta. Como consecuencia de la ley de 1960, la minoría lo hizo en las novedosas academias preuniversitarias. Luego, la mitad postuló a una universidad pública argentina, a la UNSA y UNMSM.<sup>83</sup> Los ingresantes a esta última

---

<sup>80</sup> Eso no fue motivo para obviar las tradiciones culturales, pues el día de la inauguración un párroco de San Isidro y un rabino bendijeron el edificio (Castillo 2019: 11).

<sup>81</sup> Ver Diario La República (2003).

<sup>82</sup> La remuneración en la práctica privada especializada pudo llegar hasta los 20 600 soles o 769 dólares (Meza Cuadra y Bendezú 1966: 234).

<sup>83</sup> El ingreso a la universidad argentina era irrestricto. El ingresante a la UNSA se trasladó a la UNFV.

consideraron que la admisión fue muy difícil, aunque las vacantes ascendieron a 200 desde 1968. No obstante, la falta de financiamiento puso en peligro la continuidad de las asignaturas. Por ejemplo, el historiador Marcos Garfias halló que en las clases de Anatomía 400 alumnos tuvieron que repartirse 28 cadáveres cuando la proporción debió ser mucho menor (2015: 128).

La otra mitad de la cohorte postuló a universidades privadas como la URP y UPCH. Los tres ingresantes a esta última también señalaron la dificultad de la admisión.<sup>84</sup> Desde finales de 1966, el perfil privado de la UPCH se acentuó cuando se creó la Facultad de Medicina de la UNFV. Con ello, se profundizaron las paradojas del sistema médico universitario: aumentó la población estudiantil, disminuyó la exigencia académica y se agravó la escasez de profesores calificados. Por lo tanto, la preferencia por la UPCH estuvo influida por una mezcla de excelencia académica, garantías para terminar la carrera y alto estatus socioeconómico.<sup>85</sup> Así lo afirmó Ulises:

[La UPCH] es de buenísima calidad. No había otra opción. Villarreal también estaba, pero me demoraba 18 años en hacer la carrera. Estamos hablando de una época donde había seis meses de clase y dos años de huelga. La única que funcionaba regularmente, tenía clases y todo era Cayetano.

El testimonio evidencia la fuerza que iba tomando el discurso por la cual se asciende socioeconómicamente a través del sector privado a finales de la década de 1960. En ese momento, la judería limeña comenzó a experimentar una doble movilidad social ascendente.<sup>86</sup> Primero, por reemplazo, cuando “se convirtieron un poquito en gente como uno” a juzgar por Yalonetzky. Esto implicó ocupar espacios dejados por la élite afectada por el Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas (1968-1980). Incluso se mudaron a sus distritos como también lo hicieron los familiares de los entrevistados (2016, 2021). (Ver estos traslados en las

---

<sup>84</sup> Por este motivo, el ingresante a la URP utilizó la popular estrategia de hacerlo a Biología con el objetivo de trasladarse a Medicina en la UNMSM o UPCH.

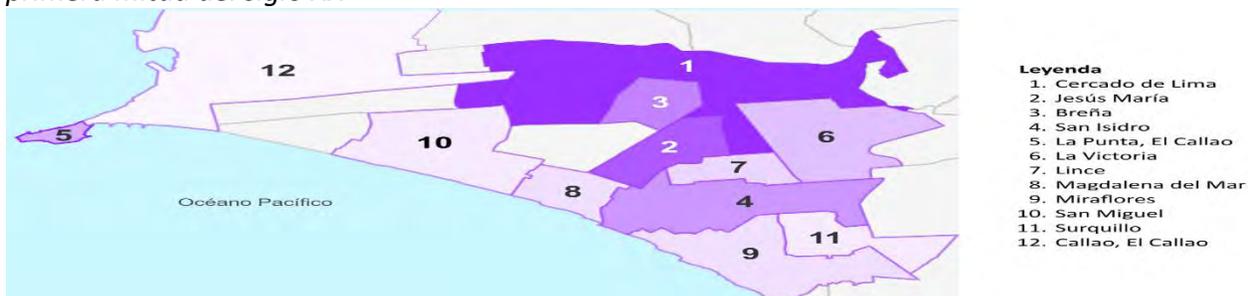
<sup>85</sup> Según De la Cadena, entre 1960 y 1980, el *racismo silencioso* se entiende en clave marxista de clase (2014: 87). Así, matricularse en la UPCH legitimó la adscripción a un círculo privado que se autocontempló socioeconómicamente superior. Por ende, sus estudiantes buscaron diferenciarse de los de San Fernando.

<sup>86</sup> Yalonetzky argumenta que este proceso fue facilitado por el Concilio Vaticano II. La mejora de las relaciones interreligiosas ayudó a que la comunidad judía sea vista de alto estatus por parte de la élite, ya que lo religioso se restringió a la esfera privada (2016: 121; 2021: 42-45). Según Trahtemberg, el número de judíos en el Perú alcanzó su pico histórico de 5 500 (1989: 67).

Figuras 4, 5 y 6 de esta página).<sup>87</sup> Segundo, por transición, cuando se convirtieron en una alta burguesía urbanizada y profesionalizada.

**Figura 4**

*Distritos limeños y chalacos de residencia de los abuelos y las abuelas de los entrevistados en la primera mitad del siglo XX*



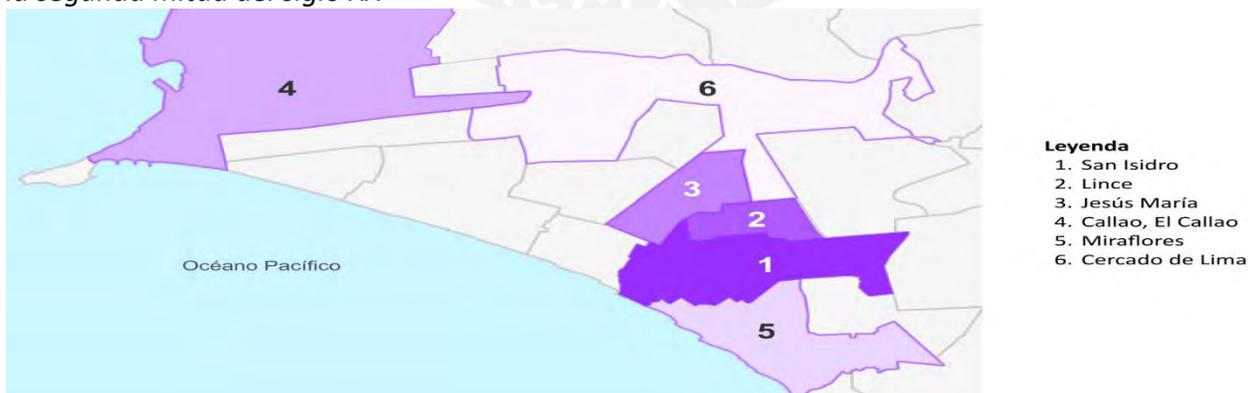
**Figura 5**

*Distritos limeños y chalacos de residencia de los progenitores de los entrevistados en la primera mitad del siglo XX*



**Figura 6**

*Distritos limeños y chalacos de residencia de los progenitores de los entrevistados a mediados de la segunda mitad del siglo XX*



*Nota.* A mayor intensidad del color, mayor volumen de personas.

<sup>87</sup> A mediados de la segunda mitad del siglo XX, el 53% de los progenitores de los entrevistados de todas las cohortes residieron en San Isidro.

Con el Decreto Ley N° 17437 de 1969, se inauguraron más universidades públicas y privadas, donde se reprimieron las manifestaciones políticas y se redujo la participación estudiantil en el cogobierno universitario. Los alumnos de las universidades estatales crecieron 86%; y los de las privadas, 172% (Garfias 2015: 126).<sup>88</sup>

Al igual que la primera cohorte, la segunda tuvo compañeros judíos. En promedio, la cantidad se mantuvo alta, pero nunca pasó de cinco o seis, a excepción del formado en Argentina. La disminución de las cifras relativas obedeció a que las nuevas generaciones tuvieron más oportunidades y medios económicos para educarse fuera del Perú. El siguiente testimonio del padre de Agustín detalla lo mencionado:

La colonia era de cinco mil [en la década de 1970]. Ha sido una época donde la Medicina eclosionó. Entonces, el interés de los muchachos cambió y fueron apoyados por los padres para que hagan las cosas bien y para el prestigio de todos. Emigraron bastantes para terminar sus estudios en Estados Unidos. Ser médico allá representaba un estatus en lo económico y por la facilidad de tener mayor conocimiento.

Sin embargo, la cantidad de compañeras judías fue exigua, pues apenas tres entrevistados conocieron una, a excepción del formado en Argentina. Paradójicamente, esto sucedió cuando las mujeres aumentaron levemente en el pregrado. Así, los que estudiaron en universidades públicas tuvieron más compañeras no judías que la primera cohorte.<sup>89</sup> Los que estudiaron en la UPCH tuvieron un porcentaje no mayor al 20%.

Estos datos se relacionan con lo hallado por Bustíos y Swayne. En 1976, San Fernando lideró la matrícula general con 37.3% y le siguió la UNFV con 20.1%. Por su parte, la UPCH tuvo el menor porcentaje con 7.1%. Arguyeron que esto se entiende por tres factores: la tradición de estudiar en la universidad pública, las limitadas vacantes en la UPCH, y la escasez de Facultades de Medicina privadas con precios accesibles (1998: 64). Por ello, según el sociólogo Luis Wilfredo Montoya, la UNMSM se consolidó como una universidad diversa en 1979. El 44% de sus

---

<sup>88</sup> Hasta la promulgación de dicha ley, las preferencias por las profesiones respondieron a la coyuntura económica y sociopolítica: Humanidades, 47.2% -se incluye Derecho-; Educación, 23.6%; Ingeniería y Arquitectura, 17.5%; Medicina, 7.1%; Ciencias, 4.6% (Balbi y Arámbulo 2012: 247).

<sup>89</sup> Hasta 1967, San Fernando otorgó el título de médico a 342 mujeres (Salaverry y Delgado 2000: 1280).

estudiantes fueron de origen provinciano, por lo que los entrevistados sanfernandinos evidenciaron su alto estatus socioeconómico (1995: 145). Muestra de ello es que vivían en el eje San Isidro-Miraflores-Jesús María.<sup>90</sup>

### **7.3. La especialización médica e inserción laboral en las postrimerías del Gobierno Revolucionario de las Fuerzas Armadas**

La cohorte egresó del pregrado desde mediados de la década de 1970. De acuerdo al nefrólogo César Lip y otros, ellos tuvieron alicientes para especializarse. Primero, el Colegio Médico otorgó certificados de especialización desde 1972. Segundo, la UNMSM y UPCH fueron autorizadas para otorgar títulos de especialista en 1974. Tercero, se aprobó el Reglamento del Sistema Nacional de Especialización en Medicina Humana en 1976. Con ello, los especializados sumaron 1 326 en el periodo 1977-1981. Desde esta fecha, para realizar la residencia médica, recibir becas estatales y obtener facilidades para una segunda especialización, debía aprobarse el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud o SERUM (2000: 107-108).<sup>91</sup>

En consecuencia, comenzaron a crearse las sociedades médicas especializadas. Conforme a la cohorte, si bien la Medicina Interna y Pediatría seguían siendo las más solicitadas, la ampliación de la cobertura de salud, los adelantos tecnológicos y la rentabilidad económica abrieron paso a las especialidades quirúrgicas. Así, Cirugía General y Ginecología se mostraron atractivas; sin embargo, cuando aparecieron los abogados especializados en juicios por negligencia, comenzaron a ser las más expuestas.

A diferencia de la primera cohorte, la relación con sus maestros no fue cercana, aunque suscribieron su calidad. Les pagaban muy poco, por lo que también trabajaron en clínicas y

---

<sup>90</sup> Nadie de la cohorte solicitó becas, pero cinco trabajaron durante el pregrado, porque se presentó la oportunidad de tener un ingreso. Estos trabajos fueron ofrecidos por la familia y por la comunidad judía. Asimismo, debido a la intensidad de los estudios, solo la mitad pudo desarrollar actividades extracurriculares esporádicas como practicar deportes, aprender lenguas extranjeras o participar en la organización juvenil sionista *Hanoar Hatzioni*.

<sup>91</sup> Este reemplazó al Servicio Civil de Graduandos o SECIGRA que funcionó desde 1975 (Bustíos 1985: 42).

consultorios propios. En la elección de las especialidades, entonces, predominó el gusto personal o las experiencias de vida, lo que demuestra el cambio de mentalidad.<sup>92</sup>

La mitad de los entrevistados realizó especialidades quirúrgicas en Lima: tres escolarizadamente y uno no escolarizadamente. La otra mitad desarrolló especialidades no quirúrgicas escolarizadamente: tres en Lima y uno en Estados Unidos.<sup>93</sup> Los especializados en Lima lo hicieron por la UNFV y UNMSM en los hospitales Edgardo Rebagliati, de la Policía y Militar. La competencia por las vacantes tuvo episodios de corrupción, pero la experiencia fue gratificante y solvente monetariamente:<sup>94</sup>

[El Hospital Militar] estaba muy equipado. Era otra época. Había plata y había el concepto de que al soldado se le trataba como a un general. Entonces, el soldado entraba por otra cosa, pero le operábamos la nariz. No podía negársele. Incluso se podían operar los familiares de los suboficiales (Tadeo).

[El Hospital Rebagliati] era excelente. Tenía 20 mil partos al año. Veías absolutamente de todo. Aprendías como loco. Si tenías residentes de tercer año de Alemania que nunca habían visto una cesárea, nosotros en primer año ya lo hacíamos. Entonces, bastaba que quisieras laborar para que tuvieras todo el trabajo del mundo (Ulises).

A excepción del especializado en Estados Unidos, ellos tuvieron muy pocas compañeras, aun cuando su presencia aumentó. Asimismo, toda la cohorte tuvo compañeros judíos y no judíos especializados en Estados Unidos, Israel y España, quienes se quedaron a radicar. Aunque los haberes son muy buenos, sus progenitores sufragaron los gastos. En Sudamérica, solo Venezuela fue referente a causa del *boom* petrolero.

A inicios de la década de 1980, la mitad de la cohorte se insertó laboralmente en instituciones públicas limeñas mediante postulación e instrumentalizaron sus redes familiares y profesionales como Facundo:

Al principio, fue complicado, porque nos hicieron el ‘favor’ para entrar [al hospital]. Éramos dos que veníamos con carta de recomendación de haber estado en sitios importantes en Estados

<sup>92</sup> Solo los que estudiaron en San Fernando tuvieron muy pocos docentes judíos como Abraham Ludmir y Benjamín Alhalel. El formado en Argentina tuvo muchos más.

<sup>93</sup> Los exámenes de acceso en ese país cuestan 1 000 dólares cada uno. Dos entrevistados realizaron una subespecialización no quirúrgica en Estados Unidos e Israel y conocieron muy pocas compañeras.

<sup>94</sup> La mitad de la cohorte fue semi-independiente económicamente; la otra mitad, independiente.

Unidos. Cuando regresé [a Lima], había estado en contacto con el Jefe de Servicio, porque entrar al Ministerio [de Salud] no es fácil.

Este es un ejemplo del uso de la “argolla laboral”, ya que los pergaminos académicos no fueron suficientes (Nureña 2021: 143). Ciertamente, trabajar en el Estado seguía siendo primordial por la complejidad de los casos, el profesionalismo, los concursos de becas y las altas remuneraciones en favor de los especialistas. Así, desde 1976, los médicos del Ministerio de Salud ganaron 13 mil soles mensuales; los del Seguro Social, 19 800; y los de las empresas públicas como Centromin, 48 mil (Bustíos y Swayne 1998: 62).

La otra mitad de la cohorte se insertó en instituciones privadas limeñas a través de postulación e instrumentalizaron sus redes familiares y comunitarias. Si bien el acceso fue muy fácil a las clínicas de élite, las experiencias han sido mixtas:<sup>95</sup>

Entré a trabajar en la clínica Santa Isabel. Era una clínica ‘archi pituca’ [clases muy altas]. Yo era un chiquillo de 28 años que recién egresaba. Después, entré a [la clínica de un doctor famoso] y ahí era con seguro. El primero que atendí fue el de CORPAC, de la gente del aeropuerto. Todas [las trabajadoras] venían donde mí. Entonces, comencé a trabajar cualquier cantidad y me fue muy bien (Ulises).

Después que estuve en la clínica Virgen del Carmen, fui a la clínica Limatambo. A la par, me invitaron a participar en una clínica en Monterrico. Un sitio muy bonito, ‘top’, de lujo. Entonces, estuve en los dos lugares hasta que salí de la Limatambo, porque solo cumplieron el primer mes. Entré ahí, porque el dueño necesitaba mi equipo [de cirugía]. Con cada uso, se perdían cosas (Aldo).

A diferencia de la primera cohorte, la presencia de las mujeres en los espacios laborales ha sido mayor en términos absolutos, pero el número varía dependiendo de la especialidad: en Pediatría y Ginecología abundan. Empero, en términos relativos, su presencia disminuye al avanzar de nivel en la carrera. Solo tres entrevistados conocen a dos colegas judías, las cuales fueron entrevistadas para esta tesis.<sup>96</sup>

<sup>95</sup> La ayuda laboral de los progenitores también fue común entre los no judíos de la élite limeña de la década de 1970. Por ejemplo, Garfias encontró que José de Vinatea tuvo a sus progenitores médicos en cargos estatales importantes. Él se especializó en cirugía e inmediatamente fue Jefe del Equipo de Trasplantes Hepáticos en el Hospital Almenara (2015: 141).

<sup>96</sup> En 1975, las medicas colegiadas representaron el 14.5% (Pamo 2007: 118).

Toda la cohorte terminó trabajando exclusivamente en el sector privado, porque les pagaron mejor. Además, desde el segundo gobierno de Belaúnde (1980-1985), se distorsionaron las líneas de carrera en el Estado y los ascensos respondieron a compromisos partidistas (Arroyo 2000: 131). Algunos se dedicaron a la docencia en la UNMSM y UPCH donde fueron mal remunerados, pero tuvieron gran satisfacción por la enseñanza. Dado que algunos entrevistados se insertaron o trasladaron a dos clínicas fundadas por médicos peruanos judíos en 1975, sus experiencias y el surgimiento de ambas instituciones se desarrollarán en los dos siguientes subcapítulos.

#### **7.4. La segunda clínica fundada por médicos peruanos judíos en Lima: San Borja**

El 25 de abril de 1975 cuatro médicos peruanos, entre ellos dos judíos *askenazim*, fundaron la clínica San Borja en el distrito del mismo nombre, que para ese momento aún no estaba creado. Así se convirtió en la segunda clínica creada por médicos peruanos judíos en Lima.

El padre de Horacio es uno de los fundadores y estudió en el colegio Anglo Peruano.<sup>97</sup> Sus progenitores no fueron profesionales, pero no lo presionaron para que estudie Medicina y cubrieron sus gastos. A comienzos de la década de 1950, ingresó a la UNMSM. Desde el segundo año, practicó en el Hospital Loayza bajo el liderazgo del reconocido médico Gabriel Gurmendi Robles, quien lo influyó a realizar la misma especialidad que él de forma no escolarizada. No lo hizo en Estados Unidos como muchos médicos peruanos judíos, porque ya tenía una gran clientela, la cual atendía en su consultorio de la avenida Wilson en el Cercado de Lima. A inicios de la década de 1970, los honorarios fueron muy buenos y adquirió un nuevo espacio en Lince.

La amistad con sus colegas, quienes trabajaban en la clínica Javier Prado, determinó que se involucre en el proyecto de la clínica San Borja. Según Horacio, los cuatro fundadores –egresados de la UNMSM- invirtieron su capital con préstamos del Banco de Crédito, apuesta muy arriesgada por temor a las expropiaciones de la dictadura militar. Empero, esta entró en crisis y fue aprovechado de múltiples maneras por las clínicas para obtener un crecimiento acelerado. Una fue acogerse a los incentivos financieros y tributarios. Otra fue atender a las clases acomodadas

---

<sup>97</sup> El otro socio peruano judío fue el doctor Jacobo Kapilivsky, quien también fundó la clínica Javier Prado.

mediante la *atención indirecta por libre elección* de los afiliados al Seguro Social. Otros grupos de estos estratos se atendieron a través de las reducidas compañías de seguro. Por último, las clínicas mantuvieron convenios con las empresas públicas y privadas (Bustíos 1985: 11).

Los cuatro fundadores acordaron que cada uno sería el encargado de dirigir sus áreas: Cirugía, Medicina Interna, Oftalmología y Laboratorio. Luego de la inauguración, abrieron el primer centro de diálisis privado en el Perú. El objetivo fue competir con las clínicas Anglo Americana, Javier Prado y San Felipe, donde se atendía la élite.<sup>98</sup> Por ello, contrataron a los mejores médicos de la UNMSM, aunque reconocían la calidad de la novel UPCH. Posteriormente, aceptaron residentes médicos de la UNFV.

Dos galenos de la segunda cohorte se vincularon a la clínica San Borja mediante la instrumentalización de sus redes comunitarias y familiares. Ulises, verbigracia, tuvo el soporte de su padre, quien fue abogado del padre de Horacio: “[el apoyo fue] determinante al comienzo. Mi papá es el que me metió en varias clínicas, una de ellas fundada por judíos. Siempre he pensado que sería una locura no aceptar la ayuda. El paciente no va a venir porque tu papi te puso. No importa”. No obstante, renunció después de 25 años por la imposición del modelo mercantilista de las compañías de seguro. Se trasladó a otra reconocida clínica limeña donde atiende a pacientes no asegurados, lo que considera un privilegio debido a su edad.

### **7.5. La tercera clínica fundada por médicos peruanos judíos en Lima: Ricardo Palma**

En 1968, dos médicos peruanos –uno de ellos judío- promovieron la creación de la clínica Ricardo Palma. Se inauguró el 21 de junio de 1975 en la avenida Javier Prado Este en San Isidro y se convirtió en la tercera fundada por médicos peruanos judíos, quienes apuntaron a brindar servicio a las clases acomodadas.<sup>99</sup> Dado que muchos peruanos judíos se especializaron en el extranjero y no volvieron, la clínica tuvo ligeramente un mayor número de fundadores no judíos:

---

<sup>98</sup> Una encuesta nacional de consumo de 1971-1972 demostró que las clases media alta y alta de Lima Metropolitana invirtieron el 5% de su presupuesto familiar a la atención en salud (Bustíos 1985: 31).

<sup>99</sup> Ver Clínica Ricardo Palma, Sección Nosotros <https://www.crp.com.pe/nosotros/>

11. Además, por la magnitud del proyecto, se necesitó a más inversionistas sin importar la pertenencia religiosa. Por ello, los peruanos judíos no pasaron de nueve; entre ellos estuvo Lucas, fundador de la clínica Javier Prado.

Un informante, hijo de uno de los fundadores, sostuvo que el nombre de la clínica obedeció a que se pensó establecer en la avenida Ricardo Palma en Miraflores, pero la descartaron, porque no era de fácil acceso. Sin embargo, Joaquín, hijo de otro de los fundadores, señaló que la municipalidad negó el permiso. De cualquier manera, el nombre quedó y la decisión de cambiar la ubicación fue acertada, ya que es una de las áreas más transitadas de Lima.

Por otro lado, el primer directorio se constituyó antes de la inauguración y estuvo conformado por siete médicos, dos de ellos judíos como el padre de Agustín. Según este último, los dos creadores del proyecto lo invitaron a participar, ya que fue su profesor en la UNMSM y por la fama adquirida dentro de la comunidad médica. Efectivamente, el palmarés profesional fue una característica transversal a los fundadores. De ahí que la universidad preferida para contratar médicos era la UNMSM.

Por ejemplo, uno de los fundadores fue miembro de la activa comunidad judía de Trujillo y se trasladó a Lima para estudiar en San Fernando de donde egresó a mediados de la década de 1950. Este fue un logro importante, ya que sus progenitores fueron inmigrantes que llegaron jóvenes al Perú y solo recibieron educación escolar básica o tradicional judaica en sus países de origen. Su padre alcanzó el puesto de empleado en una empresa de seguros y su madre fue ama de casa. Posteriormente, se especializó en Estados Unidos, se convirtió en profesor principal en San Fernando, inauguró un pequeño consultorio e ingresó a una institución privada en Miraflores. Fue pionero en el área de Osteoporosis y fundó esa sociedad médica. Debido a su trayectoria, uno de los edificios de la clínica Ricardo Palma lleva su nombre.

Entre los entrevistados de la segunda cohorte, solo Joaquín se trasladó a la clínica por intermedio de su padre, quien también lo ayudó a realizar guardias en la clínica Javier Prado, ya que conoció

a los dueños. Cabe resaltar que, anteriormente, Joaquín ocupó el primer puesto del concurso público para insertarse en el Hospital Rebagliati.

De este modo, el establecimiento de las clínicas Ricardo Palma, San Borja y Javier Prado, junto con las universidades privadas como la UPCH, demuestran la paulatina competencia del mercado privado frente al dominante mercado estatal en las décadas de 1960 y 1970. Estos negocios de la salud fueron instrumentalizados por sus fundadores para obtener movilidad social ascendente. Ellos ofrecieron un servicio de calidad a los pacientes de la élite blanca limeña en la que consolidaron prestigio y pertenencia.

Igualmente, las clínicas sirvieron como espacios de inserción y vinculación laboral para la descendencia de estos socios y otros miembros del colectivo judío. De hecho, a la luz de las experiencias de la segunda cohorte, se puede definir ciertos rasgos de lo que significó ser médico en Lima en aquellas décadas.

En primer lugar, las alternativas universitarias se ampliaron: peruanas y extranjeras, privadas y públicas. Aunque estas últimas mantuvieron su amplia preferencia, la irrupción de las particulares con su axiología individualista cautivaron a sectores tradicionales y emergentes, y cambiaron las modalidades de progreso. Ello se vio reflejado en las diferentes especializaciones escogidas en función a la vocación y a las remuneraciones. Estas dinámicas fueron moldeando a médicos de clase media alta con enfoque liberal en la atención.

En segundo lugar, la inserción laboral mostró un nuevo mecanismo: la instrumentalización de las redes interpersonales, las cuales evidenciaron la pertenencia a grupos de élite. Parte de los entrevistados ingresaron a instituciones públicas limeñas donde trabajaron los mejores profesionales del país con muy buenos salarios, pero la práctica privada mejoró esos haberes y la cohorte se desplazó paulatinamente.

Por último, la presencia femenina aumentó, sobre todo en los primeros años del pregrado y se concentraron en determinadas especialidades. Esta es la realidad que los entrevistados de la tercera cohorte encontraron desde inicios de la década de 1980, lo cual se desarrollará en el siguiente capítulo.



## **8. CAPÍTULO IV – TERCERA COHORTE DE MÉDICOS PERUANOS JUDÍOS EN LIMA (1980-1995)**

A comienzos de la década de 1980, la Medicina conservó preponderancia en medio del aumento de las profesiones en el Perú. Lo mismo sucedió con la UNMSM que mantuvo estrechas conexiones laborales con los hospitales públicos limeños. Estos lugares fueron valorados por la calidad de sus galenos y el financiamiento de la investigación –sobre todo de fondos internacionales-, habida cuenta de la riqueza de los casos.

Sin embargo, dada la crisis en el sector público, muchos médicos peruanos judíos comenzaron a preferir al privado que se volvió un nicho de las clases acomodadas. Por ejemplo, en la UPCH y algunas clínicas limeñas instrumentalizaron los vínculos de alto nivel para obtener movilidad social ascendente. La expansión de estos circuitos se intensificó a causa de la Ley Universitaria de 1983. A raíz de ella, se produjo la mayor explosión poblacional en la educación superior en el siglo XX. A su vez, se crearon Facultades de Medicina, las cuales totalizaron 16 en todo el país al final de la década.

Dicha legislación fue fundamental para las universidades privadas, porque se las exoneró de algunas prohibiciones como los nombramientos del personal y sus rectores pudieron aprobar los presupuestos sin la interferencia de los ministerios (Gonzales 1993: 62). También se las subsidió a pesar de la crisis fiscal. Por ejemplo, en 1984, el 32.8% del presupuesto de la UPCH provino del financiamiento estatal y San Fernando protestó. Estos beneficios sucedieron por el dominio ideológico de algunas facciones políticas del segundo gobierno de Belaúnde (1980-1985). Estas argumentaron que la antigua élite y la nueva burguesía garantizaban una óptima educación, ya que son mejores administradoras de los recursos en sus casas de estudio (Montoya 1995: 71).

En consecuencia, se reprodujo una élite educativa, política y social. Las grandes afectadas fueron las universidades públicas que vieron restringidas su autonomía. Además, cierta clase dominante las acusaron de ser semilleros de radicalismos políticos, puesto que adujeron que la mayoría de sus matriculados eran alumnos de bajos estratos (Twanama 1992: 253). En este contexto, comenzó el proceso de instrumentalización de la Medicina de la tercera cohorte de

entrevistados. Esta dinámica se analizará a lo largo del presente capítulo –dividido en tres subcapítulos- y abarca desde 1980 hasta 1995.

### **8.1. El pregrado durante el ocaso del Estado desarrollista**

Las familias de los ocho entrevistados de esta cohorte presentaron una mejor y más homogénea capacidad económica en comparación con las de las dos cohortes anteriores. Por ello, los entrevistados tuvieron más alternativas para ingresar a la universidad. Tres fueron autodidactas y tres se prepararon en centros preuniversitarios privados donde se gestó una cultura obligatoria de inscripción. Esto derivó de la ley de 1983 que cambió la estructura de los exámenes de admisión (Garfias 2015: 139). Los seis ingresaron a una universidad pública argentina, UNFV, UNMSM y UPCH.<sup>100</sup> La admisión a estos dos últimos centros de estudio siguió siendo muy difícil, debido al alto nivel de los exámenes, la multitud de postulantes y las pocas vacantes.<sup>101</sup>

Finalmente, dos entrevistados ingresaron directamente a una misma universidad privada en México, a la cual se trasladó uno de los incorporados a la UPCH. Las causas fueron el auge del terrorismo en el Perú y porque sus padres eran médicos reconocidos; por ello, quisieron evitar ser señalados de recibir privilegios académicos-laborales. Además, se entusiasmaron al saber que muchos amigos limeños judíos ya estaban estudiando allá. Ciertamente, vivieron juntos en casas alquiladas. Esto demuestra, nuevamente, el atractivo por la Medicina y la sobrerrepresentación de los médicos peruanos judíos como proporción de la pequeña judería limeña.

Precisamente, a excepción de este trío y de la entrevistada que estudió en Argentina, la otra mitad de la cohorte tuvo, en promedio, tres compañeros judíos durante el pregrado, cantidad inferior en comparación con las cohortes anteriores. En cambio, el número de judías fue casi nulo

---

<sup>100</sup> El ingreso a la universidad argentina fue irrestricto. Por su parte, un ingresante a la UNMSM utilizó la popular estrategia de hacerlo a Biología con el objetivo de trasladarse internamente a Medicina.

<sup>101</sup> Según los ingresantes a la UNMSM, el costo del folleto de admisión y la inscripción subió a 1 000 soles de la época. Además, las autoridades nacionales establecieron que las universidades tengan un calendario único de exámenes para que los postulantes no puedan optar por varias en el mismo semestre o año.

dentro de un universo en el que las estudiantes mujeres llegaron al 50% en los entes públicos; mientras que en los privados giró en torno al 30%.

Cabe resaltar que, a juzgar por los formados en México, esa institución era conocida por ser costosa, mercantilista, recibir a estudiantes estadounidenses y latinoamericanos, tener sectas ultra católicas y profesores con trato muy vertical.<sup>102</sup> Agregaron que el nivel era menor que el de sus pares peruanas. Roberta lo confirmó al indicar que algunos de sus compañeros de promoción del colegio judío de Lima quisieron estudiar Medicina, pero desearon facilidades para el ingreso:

Tengo dos amigos de promoción del colegio que postularon tres o cuatro veces a la Cayetano. No ingresaron y se fueron a México, porque todo el mundo te recibía sin dar examen. Ahí era más fácil. Cuando se abrió la Facultad [de Medicina] de la [universidad] San Martín, también ahí entraban todos pagando. Los que no agarraban vacante en Cayetano o San Marcos pagaban y entraban a la San Martín, que felizmente ya subió el nivel, porque al principio era terrible.

Con ayuda del testimonio, se puede definir que, durante la década de 1980, creció la preferencia por las Facultades de Medicina privadas en el contexto de los inicios de la neoliberalización de los mercados. De hecho, la mitad de la cohorte egresó de ellas. Empero, no siempre fueron de calidad y la abrumadora mayoría de la población peruana no las pudo solventar, por lo que la desigualdad socioeducativa ahondó.<sup>103</sup>

Aun así, la inclinación por estas instituciones se reforzó a causa de la infiltración de las bandas terroristas en las universidades públicas. Ello está ligado a la quiebra del Estado desarrollista que ya no pudo ser promotor de la economía ni invertir en la educación superior pública como antaño. Por ejemplo, en 1986, el gasto por alumno se devaluó a 87.5 intis. No obstante, las universidades públicas seguían dominando el mercado. Muestra de ello es que San Fernando lideró la demanda entre sus pares con el 59.3% en 1988 (Garfias 2015: 126, 131; Bustíos y Swayne 1998: 80).

---

<sup>102</sup> Agustín sintió un ambiente antisemita y, entre varios motivos, se trasladó a la UNMSM.

<sup>103</sup> Entre 1985 y 1986, la Asociación Peruana de Facultades de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud evaluaron a seis antiguas Facultades de Medicina y cinco nuevas. En promedio, todas alcanzaron el 46% sobre un puntaje de 430 (Bustíos y Swayne 1998: 81).

Los entrevistados egresados de estas casas de estudio –sobre todo de la UNMSM- elogiaron la calidad y exigencia de varios de sus maestros a diferencia de los de las cohortes anteriores quienes alabaron a la gran mayoría. Curiosamente, el ambiente signó la forma de desenvolverse de los docentes: muchos de San Fernando también enseñaron en la UPCH y la USMP, pero los entrevistados formados en estas dos instituciones opinaron que el trato fue mucho más distendido. En lo que sí convergió toda la cohorte fue en la mala remuneración, por lo que tuvieron que trabajar en clínicas y consultorios propios paralelamente.<sup>104</sup>

Del mismo modo, coincidieron en denotar el gran costo de los materiales de estudio a pesar de conservar una alta capacidad económica.<sup>105</sup> Esta condición también se reflejó en que nadie solicitó becas.<sup>106</sup> Más aún, en las universidades públicas, la diferenciación de los estratos fue palpable, verbigracia, los compañeros de clase popular de Xavier le reprocharon no involucrarse en las luchas estudiantiles. Dicha crítica se profundizó cuando resaltaron su piel blanca y la posesión de un vehículo. Roberta también observó las trifulcas sociopolíticas entre los apistas e izquierdistas. De ahí que valora esta etapa, porque le enseñó la verdadera realidad del país:

Al principio, [la universidad] fue bien chocante, porque yo venía de un ambiente súper protegido en el cual a mí me llevaban y me traían de todos lados. Yo no sabía subir a un bus. Creo que la primera vez que escuché salsa fue ahí. Con eso te digo todo. Siempre vivimos en un ambiente muy de tranquilidad, de cierto nivel digamos. En un ghetto. Siempre en Jesús María y no porque siempre hayamos estado relacionados con gente de la colonia, sino que somos muy tradicionalistas, aunque no cucufatos. Entonces, yo llegué de un colegio A1 [colegio judío de Lima] a la universidad [pública].<sup>107</sup>

El testimonio, además, es representativo del alto estatus domiciliario, teniendo en cuenta que la cohorte tuvo a San Isidro-Miraflores-Jesús María como eje de residencia durante el pregrado.

---

<sup>104</sup> Tres egresados de universidades públicas y privadas tuvieron un profesor judío.

<sup>105</sup> Solo dos laboraron durante el pregrado, porque se presentó la oportunidad de tener un ingreso. Estos trabajos fueron ofrecidos por familiares. Asimismo, todos desarrollaron esporádicas actividades extracurriculares como jugar fútbol en el Club Hebraica, aprender lenguas extranjeras, piano y pintura.

<sup>106</sup> En las universidades privadas, las pensiones han aumentado anualmente y el sistema de pago ha sido escalonado previa entrega de una declaración jurada: los ex alumnos del colegio judío de Lima han sido categorizados en la escala más alta.

<sup>107</sup> Según Garfias, en esa época, el perfil socioeconómico de los estudiantes de las universidades públicas se transformó. Por ejemplo, el 30% de los sanmarquinos residió en los distritos limeños periféricos de clase emergente y popular. Solo el 6% lo hizo en los distritos de clases acomodadas (2015: 153).

También lo fue del resto de la comunidad judía limeña que se redujo numéricamente, y potenció su identificación étnica y socioeconómica. Esto se debió al conflicto armado interno, la cleptocracia gubernamental y el descalabro del Estado desarrollista en la segunda mitad de la década de 1980.<sup>108</sup>

Ante ello, los empresarios judíos diversificaron su capital en la banca, compañías aseguradoras, farmacéuticas, metalurgia, textilera, pesquería, servicios alimenticios, transporte e inmobiliaria (Malpica 1989a; Flint 1999: 57-59). Igualmente, el negocio de la salud fue una opción; por ello, antes de continuar con la especialización médica e inserción laboral de la cohorte, se desarrollará la creación de la clínica Kirschbaum.

## **8.2. La cuarta clínica fundada por médicos peruanos judíos en Lima: Kirschbaum**

En 1987, en la avenida Javier Prado Este en el distrito de San Borja, el padre de Tadeo, integrante de la segunda cohorte de entrevistados, erigió la clínica Kirschbaum (ver los distritos limeños de establecimiento de las clínicas fundadas por médicos peruanos judíos en la Figura 7 de la página 100). Entró en funcionamiento en 1989 y su fundación conserva doble significado. En primer lugar, es la cuarta y última clínica creada por médicos judíos en Lima. No obstante, a diferencia de las otras tres, tuvo como único dueño a este galeno de nacionalidad argentina (ver la cantidad de fundadores judíos en sus clínicas limeñas en la Figura 8 de la página 100). En segundo lugar, representa las tendencias innovadoras de aquellos años, porque ha ofrecido una sola especialidad médica enfocada en los pudientes estratos sociales. Al inaugurarse, este sector encarnó al 35% de la población (Balbi y Arámbulo 2012: 257).

Su creación es consecuencia del tesón del padre de Tadeo para dedicarse a la Medicina. Esta fue inculcada por sus progenitores, quienes fueron agricultores pobres del Imperio ruso y formaron parte de la primera inmigración organizada de judíos europeos a Argentina en 1889. Cuando

---

<sup>108</sup> Conforme a Trahtemberg, en 1988, la judería limeña disminuyó a 3 430 miembros. El 65% fue de clase media alta y muy alta; 23% tuvo ingresos muy ajustados y necesitó de becas para asistir al colegio judío; 12% subsistió por el apoyo de la colectividad (1988: 14-15).

ahorraron una buena cantidad de dinero, migraron del campo a Buenos Aires para dedicarse al comercio y lograr que su hijo obtenga el título en Medicina a mediados de la década de 1940. Vale señalar que la popularidad de dicha profesión ya estaba extendida en otros familiares.

En 1952, el padre de Tadeo creó un hospital de quemados con dinero de la Fundación Eva Perón, pero trabajó ahí hasta 1956, porque el gobierno peronista salió del poder y la dictadura militar de Pedro Eugenio Aramburú le prohibió laborar en el Estado. Por lo tanto, en 1959, se mudó a Lima, pues lo contrataron en el Hospital Militar como Jefe de Servicios y consultor. En simultáneo, abrió su consultorio en el Cercado de Lima.

Según Tadeo, la influencia y los contactos sociolaborales de sus progenitores fueron determinantes en su vida. Primero, en 1960, lo matricularon en el colegio privado laico Santa Margarita en los locales de San Isidro y Santiago de Surco, porque les pareció que el colegio judío de Lima era muy religioso y no incentivaban el inglés. Luego, lo mandaron a la Universidad de Buenos Aires en 1973. Después, a comienzos de la década de 1980, en el contexto de la diversificación de las especialidades médicas, optó por la Cirugía Plástica de forma no escolarizada en el Hospital Militar donde se insertó laboralmente.

Sin embargo, la profesión comenzó un paulatino desprestigio a causa del aumento de Facultades y el congelamiento de los haberes en el Ministerio de Salud y el Seguro Social.<sup>109</sup> Empero, por presión de las huelgas, se consiguió la mejora y homologación de los sueldos en ambos organismos, los cuales registraron un altísimo volumen de atenciones (Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud [ONRHS] 2005: 22).

A pesar de estas problemáticas y de la intensificación del conflicto armado interno, el padre de Tadeo decidió construir la clínica Kirschbaum. Esto fue facilitado por la fama que gozaba; de hecho, sus primeros pacientes no fueron de la comunidad judía. No obstante, ya que padecía una

---

<sup>109</sup> En 1986, los galenos a nivel nacional ocuparon la tercera posición en el ingreso promedio mensual con 1 148 soles; muy lejos de los ingenieros y abogados (McLauchlan 1994b: 30).

grave enfermedad, Tadeo y su hermano regresaron de estudiar un *fellow* en Estados Unidos en 1992 para ayudar a su progenitor a consolidar el proyecto.<sup>110</sup> Ulteriormente, lo reemplazaron en la dirección de la empresa familiar desde 1995. En esta fase, Tadeo tuvo colegas peruanos judíos que trabajaron sobre todo en algunos laboratorios y en las clínicas Javier Prado, Ricardo Palma y San Borja. Cabe resaltar que estas dos últimas también innovaron en equipos tecnológicos en esos años (Salaverry y Delgado 2000: 56-57).

Tadeo aseveró que los pacientes encuentran seductor atenderse con galenos de apellidos no castellano por un estereotipo que la gran mayoría de la ciudadanía peruana mantiene. Añadió que suelen considerar a los médicos peruanos judíos como ciudadanos de ascendencia europea o estadounidense; por ello, les otorgan un alto estatus y confianza.

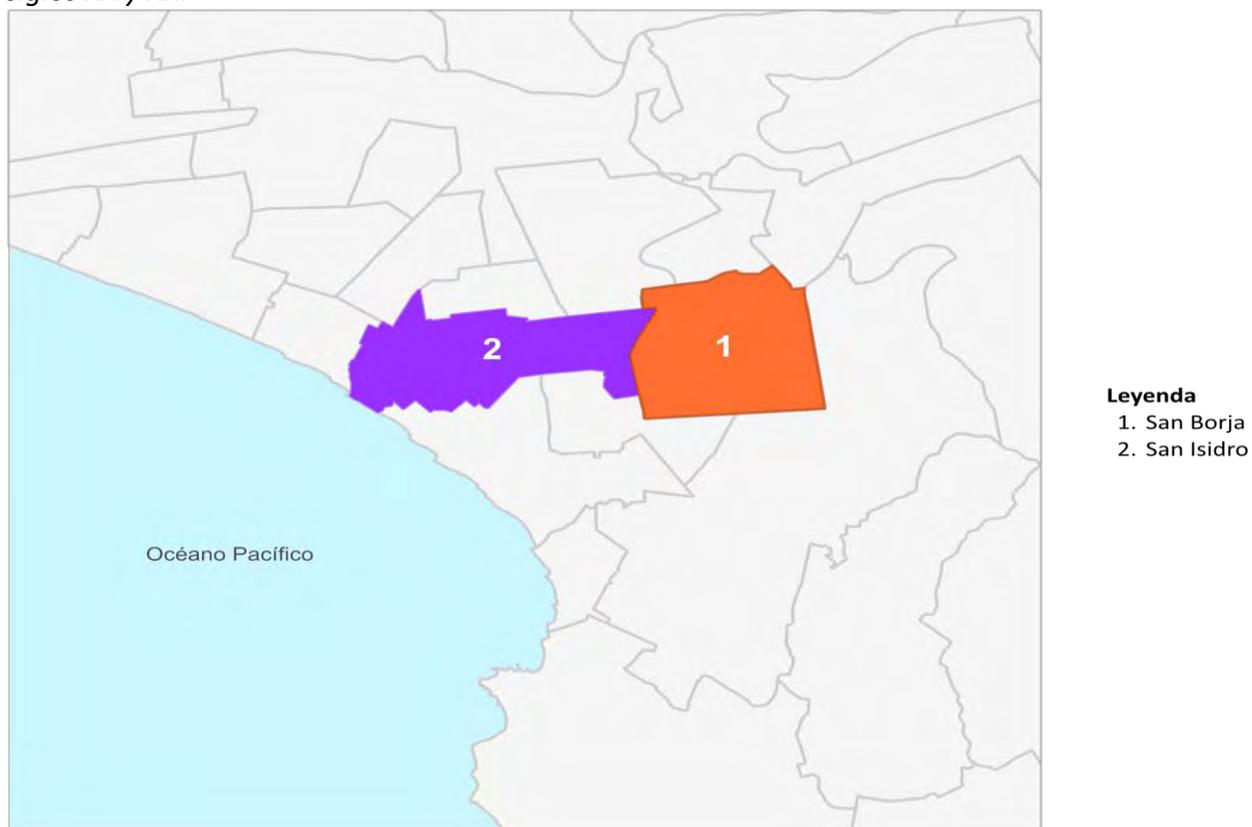
Tadeo ha sido presidente de la Sociedad Peruana de Cirugía Plástica y de la Sociedad Iberoamericana de Cirugía Plástica. En ambas, la presencia masculina es abrumadora. Su clínica pronto la dirigirá la tercera generación, pues uno de los hijos de su hermano –ex presidente de la Sociedad Peruana de Cirugía Plástica– es el Director Académico del área de investigaciones. Así, por más de 30 años, la familia ha posicionado a la clínica como uno de los referentes de la cirugía plástica en las clases acomodadas limeñas.

---

<sup>110</sup> Según el Censo de Infraestructura Sanitaria de 1992, el sector privado tuvo 298 establecimientos. Lima-Callao concentró el 80% de ellos, así como el 23.4% de los recursos humanos (Oficina de Estadística e Informática 1992).

**Figura 7**

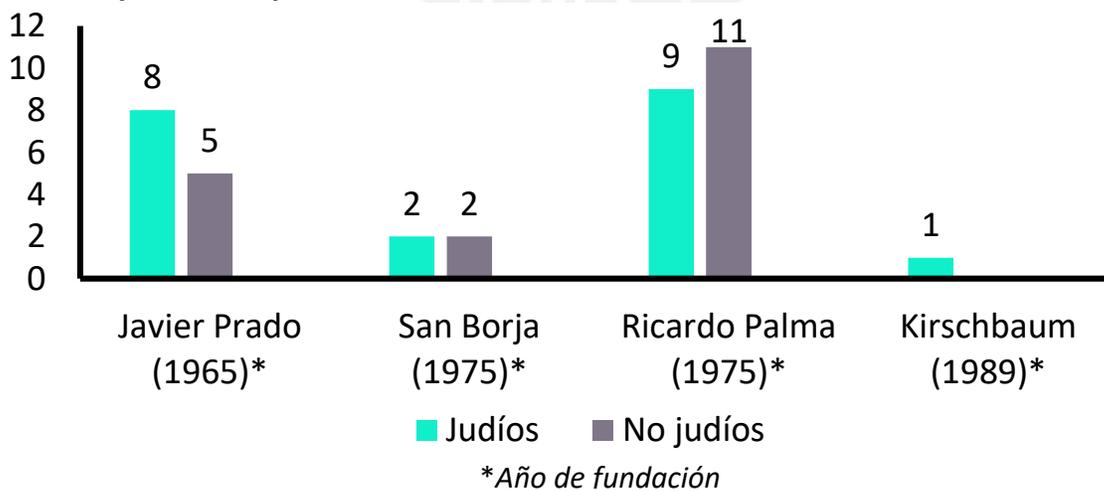
*Distritos limeños de establecimiento de las clínicas fundadas por médicos peruanos judíos en los siglos XX y XXI*



*Nota.* Los colores solo sirven para indicar la diversidad de los distritos limeños.

**Figura 8**

*Cantidad de fundadores judíos en sus clínicas limeñas*



### **8.3. La especialización médica e inserción laboral a inicios del Estado neoliberal**

La tercera cohorte de entrevistados realizó la residencia médica desde 1990. Ellos fueron estimulados por los cambios en las normas de postgrado y especialización acaecidos durante la década de 1980. Por ejemplo, la Ley Universitaria de 1983 y la actualización del Sistema Nacional del Residentado Médico de 1986.

Para esa última fecha, no obstante, la acción de especializarse ya estaba arraigada en la sociedad médica a fin de obtener mejores salarios, ascender en la carrera docente y ganar pasantías académicas. Muestra de ello es que hubo 4 953 especialistas de acuerdo a la Asamblea Nacional de Rectores de aquella época. Igualmente, en 1988, conforme a la encuesta nacional del Colegio Médico y de la UPCH, los especializados escolarizados fueron mayoritarios con 56.2%; los no escolarizados, 27.4%; y los no escolarizados con reconocimiento universitario, 8%. Por ello, en 1991, la UPCH fue pionera en crear una maestría en Medicina y, luego, un doctorado (Bustíos y Swayne 1998; Lip et al. 2000: 108-109).

Con relación a estos datos, según la cohorte, si bien todas las especialidades tienen grados de complejidad, la Medicina Interna es fundamental. Esto sucede porque es el primer nivel de atención; por ende, se examina al paciente de una manera más amplia, con mayor dedicación y conocimiento. Empero, ya no crecía a pesar de la demanda, puesto que el mercado empujó a que la mayoría de los pacientes se atiendan directamente con otros especialistas. Además, comenzó el intrusismo: los médicos sin especialización han solido copar sus plazas y los pacientes no los diferencian. En consecuencia, la valoración y los haberes de los internistas disminuyeron.

De esta manera, las especialidades quirúrgicas como Cirugía Plástica y General, y Ginecología continuaron su ascenso en las preferencias, porque las clínicas y algunos hospitales invirtieron en tecnología y remuneraron relativamente bien. Sin embargo, estas tendencias no dominaron en la tercera cohorte, pues cinco entrevistados realizaron especialidades no quirúrgicas escolarizadas por la UNFV, UNMSM, USMP y en Estados Unidos. Uno hizo una quirúrgica

escolarizada en Lima y dos no la han hecho.<sup>111</sup> Al igual que la segunda cohorte, la elección se debió a la vocación o al gusto personal.<sup>112</sup>

Los cuatro especializados en Lima tuvieron muy pocas compañeras mujeres –ninguna judía-, aunque fueron numerosas en Ginecología, Pediatría y Psiquiatría.<sup>113</sup> Ellos escogieron los hospitales de la Policía, Arzobispo Loayza e Hipólito Unanue. Estos dos últimos pertenecen a la red del Ministerio de Salud donde la carga laboral es menor que en la de EsSalud dada la carencia de recursos. Por ello, son hospitales que no atienden patologías básicas ni complejas. Solo acuden pacientes con referencia para no saturarlos. Si alguien quiere pagar para atenderse y está afiliado al Seguro Integral de Salud, se le deriva a la red de EsSalud. Debido a estas limitaciones, los casos son muy interesantes, porque las enfermedades suelen detectarse en fases tardías.

Por otro lado, los dos especializados en Estados Unidos siempre se enfocaron en ese propósito por el gran prestigio médico de ese país. En especial, el egresado de la UPCH recalcó que la axiología de su universidad lo impelió a dicho objetivo, el cual no es parte de la formación en San Fernando al ser un claustro público (Bustíos et al. 2007: 25). Ambos estudiaron para rendir los exámenes de acceso, los cuales costaron alrededor de mil dólares cada uno y tuvieron muchas compañeras judías y no judías.<sup>114</sup>

Ellos no fueron los únicos, porque la cohorte tiene compañeros del colegio y/o de la universidad que se especializaron en el país norteamericano y trabajan allá en empresas transnacionales o siendo pioneros en la innovación.<sup>115</sup> Es importante mencionar que, a partir de esta cohorte, a diferencia de la época de las dos primeras, las oportunidades para especializarse en el extranjero fueron determinadas por la fuerte competencia y no tanto por la capacidad económica.

---

<sup>111</sup> La mitad fue semi-independiente económicamente durante esta etapa, y recibieron ayuda de sus padres y suegros. Los otros dos ya eran totalmente independientes.

<sup>112</sup> Solo Silvio se especializó en lo mismo que su padre para poder heredar la acción societaria que este poseía en la clínica que cofundó.

<sup>113</sup> Roberta realizó una subespecialización no quirúrgica por la USMP y tuvo pocas compañeras.

<sup>114</sup> Agustín realizó una subespecialización no quirúrgica en Canadá y tuvo pocas compañeras.

<sup>115</sup> A pesar de que en Estados Unidos el residentado médico es bien remunerado, los progenitores de estos compañeros los apoyaron voluntariamente en sus gastos de estudio.

En 1995, el servicio público peruano concentró a la masa médica. Así, de acuerdo a Lip y otros, el 63.6% de los galenos del Ministerio de Salud y el 55.4% de los del Seguro Social estaban nombrados (2000: 121). No obstante, como consecuencia de las reformas neoliberales impuestas por el régimen fujimorista en la Constitución de 1993, el Estado dejó de funcionar como el principal mecanismo de asignación de recursos y como impulsador de la movilidad social.

Por consiguiente, bajo la excusa de la austeridad fiscal, el gobierno destruyó a los sindicatos para flexibilizar el trabajo, por lo que la profesión degradó su estatus rápidamente. En primer lugar, se produjo un masivo trasvase de nombrados a contratados en el sector público. En segundo lugar, si bien la fuerza laboral aumentó, esta se fraccionó con salarios bajos y múltiples, por lo que cada galeno buscó ingresos extra dentro y fuera del sector. Esto conllevó a que las atenciones duren pocos minutos y sean de baja calidad a pesar de la alta demanda (ONRHS 2005: 21-23).

Esta transformación fue experimentada por la mitad de la cohorte, quienes se insertaron laboralmente en instituciones públicas limeñas mediante postulación e instrumentalización de sus redes familiares. Roberta y Zuria fueron ayudadas por sus padres, quienes conocían a médicos judíos y no judíos. La primera ingresó al Hospital Naval donde el personal civil y militar tenía salarios muy dispares a favor de los castrenses. Entre estos últimos, según el rango, se conservan diferencias en la atención incluso de emergencia. Por su parte, la segunda médica se incorporó a un hospital neoplásico donde no hay ayuda para la capacitación del personal. También trabajó en Israel como asesora y, a su vuelta al Perú, llegó a ser ministra de Salud.

Valentín y Xavier comenzaron a trabajar en hospitales a través de concursos. Dada la precariedad laboral y salarial en todos los sectores, aplicaron la táctica inicial de anclarse en un puesto estatal para conservar derechos laborales.<sup>116</sup> Después, compitieron por ocupaciones complementarias en establecimientos privados, públicos y académicos hasta equilibrarse económicamente. Empero, conseguir ese propósito no fue fácil. De hecho, Xavier se arrepiente de no haber

---

<sup>116</sup> Según la Federación Médica, los haberes reales estaban estancados en 1994. El personal del Ministerio de Salud ganaba 1 340 soles mensuales, muy lejos de contadores y economistas (Lip et al. 2000: 122).

realizado alguna especialidad quirúrgica para gozar de mejores haberes y horarios laborales. Por ello, hizo guardias hasta los 50 años, trabajó en consulta a domicilio para compañías de seguro y efectuó horas extra en EsSalud. En la única clínica que trabajó brevemente fue en el Hogar de la Madre de Miraflores. Este tipo de espacios los considera tortuosos por diversos motivos:

Un poco lo que sucede en las especialidades y mucho en la mía es que querían [en las clínicas] gente de 'Cayetanito' y yo no lo soy. Entonces, querían 'Cayetanitos' o que hayan estudiado en el extranjero, no más. Además, tratar con las mamás 'pitucas', con particulares y todo es bien complicado en las clínicas. Como te digo, querían Cayetano, todas esas cosas.

El testimonio revela que, en las clínicas privadas limeñas de clase media alta y alta, el principal criterio de contratación del *staff* médico es la procedencia de universidades privadas limeñas con prestigio académico y social. Generalmente, estas pertenecen a la *primera generación* que apareció en la década de 1960, pero se reduce a la UPCH, porque es la única que tenía Medicina. Por ende, desde el surgimiento del Estado neoliberal en 1993, se produjo un imaginario socioeconómico y cultural que vincula a esta universidad con las clínicas limeñas de élite, así como un sentido de pertenencia a las clases acomodadas a través de ambos espacios. De hecho, a juzgar por Oriana, el factor étnico está presente en el que la judería limeña se mimetizó con la élite blanca: no niegan su etnicidad y tampoco les ocasiona problema. Esta familiarización implica dominar ciertas aptitudes como el carisma interpersonal y cosmopolitismo:

En la entrevista en la [clínica] Americana, lo importante es cuántos idiomas hablas, cuántos países conoces y dónde has viajado. Me reconocieron como judía por mi apellido. Me sonreían, y preguntaban por familiares y conocidos. Si eres feíto, cholito y no sabes otro idioma, no sé si adiós, pero tienes que ser muy capo. Allí hay un sesgo.

Estos son ejemplos de cómo el orden neoliberal ha hecho que la educación ya no afecte de manera independiente a la clase social de origen en virtud del puesto laboral obtenido (Benavides 2004: 127). Como el nuevo esquema trajo consigo la desigualdad en el acceso a la educación y su merma cualitativa, esta ya no funciona como un factor aislado que permite la movilidad social ascendente de los estratos mesocráticos y populares. En otras palabras, cada vez menos personas pueden adquirir una adecuada instrucción que faculte alcanzar un óptimo empleo para mantener un sustancial ascenso socioeconómico como sucedió en buena parte de la época del Estado

desarrollista. En consecuencia, se reproducen las diferencias de origen social en favor de las clases más pudientes, ya que ellas alcanzan la mejor educación y puestos laborales.

Así pues, siguiendo con el análisis de los testimonios de Xavier y Oriana, el proceso de contratación en las clínicas limeñas de élite tiene su génesis en que la UPCH ofrece pocas vacantes de ingreso a pesar de las varias modalidades. Al ser una universidad con alto pago mensual, buena parte de esos lugares son ocupados por estudiantes provenientes de colegios privados limeños de élite como el judío (Universidad Peruana Cayetano Heredia 2023). Con mayor razón, si un médico ha estudiado el pregrado y/o se ha especializado en el extranjero, tiene el puesto laboral asegurado.

Esta penetración del mercado privado en la salud también fue experimentada por Horacio y Silvio. Ambos se insertaron laboralmente en ese ambiente, pues sus padres les aseguraron un puesto en las clínicas limeñas que cofundaron con otros médicos peruanos judíos. Actualmente, solo Silvio es accionista y trabaja a tiempo completo. Cuando comenzó, luchó contra los prejuicios como el ser muy joven para operar. En vista de ello, creó métodos para demostrar su buen desempeño y ser empático con sus pacientes que, en mayor número, son mujeres.

Por su parte, Agustín y Kurt consiguieron su primer empleo al postular a instituciones públicas de Estados Unidos. Arguyeron que este mecanismo funciona muy bien para la inserción. Agustín comenzó en una zona de bajos recursos durante dos años, ya que de esa forma pudo obtener la residencia extranjera. Actualmente, es miembro de los directorios de cuatro hospitales, trabaja en un centro especializado y tiene un consultorio propio. Es muy reconocido dentro y fuera de su comunidad judía local. En tanto, Kurt ingresó a un policlínico donde también lo ayudaron a lograr la residencia. Junto con su familia, regresó a Lima en 1997 no sin antes haber asegurado un puesto en la clínica San Borja, porque conocía a los dueños. En paralelo, abrió un consultorio con colegas en Miraflores. Posteriormente, vendió sus acciones de la clínica y compró un consultorio propio en la urbanización Chacarilla en Santiago de Surco.

Por otro lado, la presencia de las mujeres en los espacios laborales de la tercera cohorte continuó el patrón de la segunda. En términos absolutos, aumenta, pero depende de la especialidad; se concentran en Pediatría y Ginecología. En Estados Unidos, representan entre el 30% y 40%. En Lima, estas cifras varían dependiendo del sector. Por ejemplo, en algunos hospitales civiles, pueden llegar al 40% o 50%; en los hospitales castrenses, no pasan del 5%. Mientras que, en la clínica San Borja, su tope fue el 30%. En estos espacios limeños, las galenas judías que los entrevistados conocieron fueron dos en total.

A lo largo del presente capítulo, el proceso de instrumentalización de la Medicina como mecanismo de movilidad social ascendente por parte de los entrevistados de la tercera cohorte dio cuenta de lo que significó ser médico en Lima entre 1980 y 1995. En primer lugar, pertenecen a una generación que atestiguó cambios abruptos toda vez que se desarrollaron durante las postrimerías del Estado desarrollista y la institucionalización legal, socioeconómica y académica del Estado neoliberal.

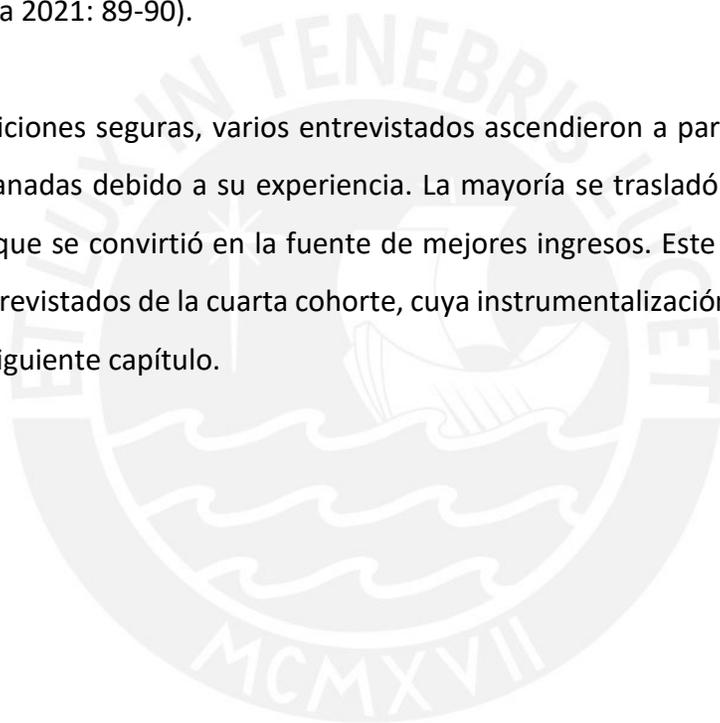
En segundo lugar, su agencia estuvo marcada por la condición de ciudadanos de clase media alta y alta. Las transformaciones en el pensamiento educativo de la época fueron compartidas por sus amigos peruanos judíos y no judíos en Lima y otros países. Más allá de la vocación, un segmento no paró mientes en la calidad de las costosas instituciones privadas en las que se matricularon. Hasta cierto punto, pesó más el *credencialismo* o la certificación de haberse convertido en galenos (Huber y Lamas 2017: 73-92).

El movimiento pendular hacia el mercado privado también se evidenció en la inversión en las empresas de la salud. La clínica Kirschbaum innovó al ofrecer una especialidad estética para las reducidas clases altas. Además, el apellido no castellano de sus dueños fue aprovechado para atraerlas. En este tipo de espacios, se aprecia la gran autonomía que el orden neoliberal introdujo, puesto que los médicos peruanos judíos delinearon sus propios estatutos, los cuales permitieron la inserción laboral de su descendencia. De ahí que muchas clínicas limeñas de élite

también practiquen un cierre social al contratar especialistas de la UPCH y/o formados en el extranjero.

El régimen laboral de la década de 1990 en Lima, entonces, moldeó a galenos inestables con salarios degradados. En vista de ello, se vieron obligados a cursar especialidades y subespecialidades en pos de mejoras socioeconómicas. Por eso mismo, se volvió esencial “tejer lealtades” a través de las redes familiares, comunitarias y profesionales –método coloquialmente conocido como “vara” o “amiguismo”- para insertarse en múltiples lugares y completar sueldos sustanciales (Nureña 2021: 89-90).

Ya anclados en posiciones seguras, varios entrevistados ascendieron a partir de postulaciones, las cuales fueron ganadas debido a su experiencia. La mayoría se trasladó exclusivamente a la esfera privada, porque se convirtió en la fuente de mejores ingresos. Este es el panorama que encontraron los entrevistados de la cuarta cohorte, cuya instrumentalización de la Medicina será desarrollada en el siguiente capítulo.



## **9. CAPÍTULO V – CUARTA COHORTE DE MÉDICOS PERUANOS JUDÍOS EN LIMA (1995-2019)**

Con la entrada en vigor de la Constitución neoliberal de 1993, la profesión médica profundizó la pérdida de muchos derechos laborales y la protección social alcanzados a lo largo del siglo XX. Por ello, los galenos dejaron de concentrarse en las instituciones estatales y se produjo un flujo cada vez más pronunciado hacia los circuitos privados que aseguren rentabilidad.

Aun así, los siete entrevistados de la cuarta cohorte valoraron la Medicina como mecanismo de movilidad social ascendente. Este empeño, en parte, fue apuntalado por su bienestar material, pues es la cohorte más homogénea económicamente y se cultivó en un círculo sociocultural de clase alta. También es la que presenta más mujeres entrevistadas: tres de cinco en total.<sup>117</sup>

Estos rasgos revelan que la judería limeña ya llevaba algunas décadas consolidada como un grupo socioétnico de élite. En el presente capítulo –repartido en dos subcapítulos–, dicho elemento servirá de eje para el análisis de la instrumentalización de la Medicina como herramienta de ascenso socioeconómico por parte de esta cohorte de entrevistados en el periodo 1995-2019.

### **9.1. El pregrado durante el apogeo del Estado neoliberal**

Desde mediados de la década de 1990, la preparación universitaria de la cuarta cohorte fue casi diametralmente opuesta a la primera, ya que la mayoría la realizó en el centro preuniversitario de la UPCH.<sup>118</sup> Esto se debe a la mencionada capacidad material y al incremento de la oferta educativa privada amparada en las Leyes Universitarias de 1991 y 1995 y la Ley N° 882 de 1996. Todas permitieron que cualquier persona natural o jurídica sea dueña de instituciones educativas con casi nula regulación –ya ni siquiera supervisión–, así como la pérdida de becas y otros estímulos para concluir la carrera.<sup>119</sup>

---

<sup>117</sup> En 1999, el Colegio Médico registró 7 496 mujeres de un total de 34 894 galenos a nivel nacional (Salaverry y Delgado 2000: 1281).

<sup>118</sup> Una entrevistada lo hizo de manera autodidacta. Uno ingresó por examen especial de primeros puestos; y otro, directamente por excelentes calificaciones.

<sup>119</sup> Este fenómeno es conocido como teología del mercado total, teoría acuñada por el economista y teólogo alemán Franz Hinkelammert (citado en Montoya 1995: 78).

En consecuencia, a partir de esta década, se creó la mayor cantidad de Facultades de Medicina en la historia del Perú: 36 (ver esta cantidad dentro del total histórico en la Tabla 14 de la página 110). Estas pertenecen al grupo de universidades de *segunda generación* como lo planteó Seclén. A diferencia de las de *primera generación*, aparecidas en la década de 1960, introdujeron una idea de *marca* traducida en una fuerte narrativa de emprendedurismo, individualismo y mercantilismo. A ellas se accede mediante becas o pensiones de bajo costo con muy mala calidad académica, aunque propician cierta movilidad social personal (2013: 64-65, 154).<sup>120</sup>

Durante los gobiernos post Fujimori (2000-en adelante), se agigantó el lucro en la educación superior privada en detrimento de la inversión en infraestructura, la actualización de la malla curricular, las cátedras de calidad y la investigación (Rodríguez 2019). Los dueños de estos negocios se presentaron como empresarios exitosos a emular. Ellos cimentaron una retórica por la cual el supuesto libre mercado en la educación crearía una élite competitiva y consumista que democratizaría al país. De este modo, se arraigó un discurso maniqueo transclasista: el egresado alcanza el éxito y la movilidad social individual titulándose rápido sin escharbar en las cualidades de la instrucción recibida; de lo contrario, ha fracasado (Seclén 2019).

---

<sup>120</sup> Algunos investigadores de la educación superior discrepan de esta rígida categorización, porque, en cuanto a la calidad y oportunidades laborales, universidades en ambas clasificaciones comparten ciertas características (Benavides et al. 2015: 36).

**Tabla 14***Facultades de Medicina peruanas en los siglos XIX, XX y XXI*

<b>Universidad</b>	<b>Tipo</b>	<b>Año de fundación</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Licenciamiento por SUNEDU</b>
Siglo XIX				
Nacional Mayor de San Marcos	Pública	1856	Lima	Licenciado
Década de 1950				
Nacional de San Agustín	Pública	1958	Arequipa	En trámite
Nacional de Trujillo	Pública	1958	Trujillo	En trámite
Década de 1960				
San Luis Gonzaga	Pública	1961	Ica	En trámite
Peruana Cayetano Heredia	Privada	1961	Lima	Licenciado
Nacional de Cajamarca	Pública	1962	Cajamarca	En trámite
Federico Villarreal	Pública	1966	Lima	En trámite
Década de 1970				
San Antonio Abad	Pública	1977	Cusco	En trámite
Nacional de Piura	Pública	1978	Piura	En trámite
Década de 1980				
Nacional de la Amazonía Peruana	Pública	1980	Iquitos	En trámite
Nacional del Altiplano	Pública	1981	Puno	En trámite
Pedro Ruiz Gallo	Pública	1981	Lambayeque	Rechazado
San Martín de Porres	Privada	1983	Lima	Licenciado
Católica de Santa María	Privada	1987	Arequipa	En trámite
Antenor Orrego	Privada	1988	Trujillo	En trámite
Década de 1990				
José Faustino Sánchez Carrión	Pública	1990	Huacho	En trámite
Del Centro del Perú	Pública	1990	Huancayo	En trámite
Nacional de San Martín	Pública	1994	Tarapoto	En trámite
Privada de Tacna	Privada	1994	Tacna	En trámite
Peruana de los Andes	Privada	1996	Huancayo	En trámite
San Pedro	Privada	1996	Chimbote	Rechazado
San Juan Bautista	Privada	1997	Lima	En trámite
Ricardo Palma	Privada	1998	Lima	En trámite
Científica del Sur	Privada	1998	Lima	En trámite
Nacional de Ucayali	Pública	1998	Pucallpa	En trámite
Jorge Basadre Grohmann	Pública	1999	Tacna	En trámite

<b>Universidad</b>	<b>Tipo</b>	<b>Año de fundación</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Licenciamiento por SUNEDU</b>
Década del 2000				
De Chiclayo	Privada	2000	Chiclayo	
César Vallejo	Privada	2001	Trujillo	En trámite
Hermilio Valdizán	Pública	2002	Huánuco	En trámite
Católica Santo Toribio de Mogrovejo	Privada	2006	Chiclayo	Licenciado
Peruana de Ciencias Aplicadas	Privada	2007	Lima	Licenciado
Andina del Cusco	Privada	2009	Cusco	En trámite
Andina Néstor Cáceres Velásquez	Privada	2009	Juliaca	Rechazado
San Cristóbal de Huamanga	Pública	2012	Ayacucho	En trámite
Continental	Privada	2012	Huancayo	Licenciado
Peruana Unión	Privada	2012	Lima	En trámite
Daniel Alcides Carrión	Pública	2012	Cerro de Pasco	En trámite
Del Santa	Pública	2013	Chimbote	En trámite
Señor de Sipán	Privada	2014	Lambayeque	En trámite
Alas Peruanas	Privada	2014	Lima	Rechazado
Toribio Rodríguez de Mendoza	Pública	2015	Chachapoyas	En trámite
Nacional de Tumbes	Pública	2015	Tumbes	En trámite
De Piura	Privada	2015	Lima	Licenciado
Arzobispo Loayza	Privada	2016	Lima	Rechazado
Norbert Wiener	Privada	2016	Lima	En trámite
Telesup	Privada	2016	Lima	Rechazado
Sergio Bernales	Privada	2016	Lima	Rechazado
Autónoma del Perú	Privada	2017	Lima	
Nacional de Moquegua	Pública	2017	Moquegua	Licenciado
Santiago Antúnez de Mayolo	Pública	2017	Huaraz	
San Ignacio de Loyola	Privada	2019	Lima	Licenciado

La carrera de Medicina no fue inmune a este inmediatismo. Su duración se acortó a siete años y la formación también estuvo ligada a crear empresas de la salud. La predilección por lo privado se reflejó en las decisiones de los entrevistados, pues todos estudiaron en universidades de ese tipo: una en la UCSUR, y tres en la USMP y UPCH, respectivamente.<sup>121</sup> Los ingresantes a esta última señalaron la gran dificultad del examen de admisión. Desde los primeros ciclos, los indujeron a ser cirujanos o a desarrollarse en especializaciones complejas. Adujeron que es la mejor en su rubro, porque tiene una formación mucho más completa que incluso universidades estadounidenses: posee una cultura humanista, hay plena disposición de los docentes por investigar, estar al servicio del paciente y no tratarlo como un cliente.<sup>122</sup>

El prestigio de la UPCH es tan alto en esta cohorte que los que se formaron en la USMP intentaron ingresar a ella. Concordaron en que la admisión a esta última y las asignaturas en la Facultad fueron fáciles; no obstante, cuando hubo que realizar los trabajos en los hospitales, el nivel se intensificó. Similar experiencia tuvo la entrevistada formada en la UCSUR, la cual mantuvo su nivel hasta la sexta o séptima promoción.

Particularmente, los docentes de la UPCH aplicaron disciplina e inculcaron que la profesión contiene bases complejas. También hicieron hincapié en el trabajo interdisciplinario. Por el contrario, los formados en la UCSUR y la USMP indicaron que el trato con sus profesores fue bastante horizontal. En general, toda la cohorte tuvo muchos más profesores hombres que mujeres, pero ninguno judío.

La cohorte se compenetró con la vida universitaria, lo que les permitió conocer una realidad diferente a la de sus familias y a la de la comunidad judía.<sup>123</sup> Así lo relató Oriana:

---

<sup>121</sup> Nicolás ingresó a la UPCH y terminó el pregrado en una universidad en Israel donde todas son públicas.

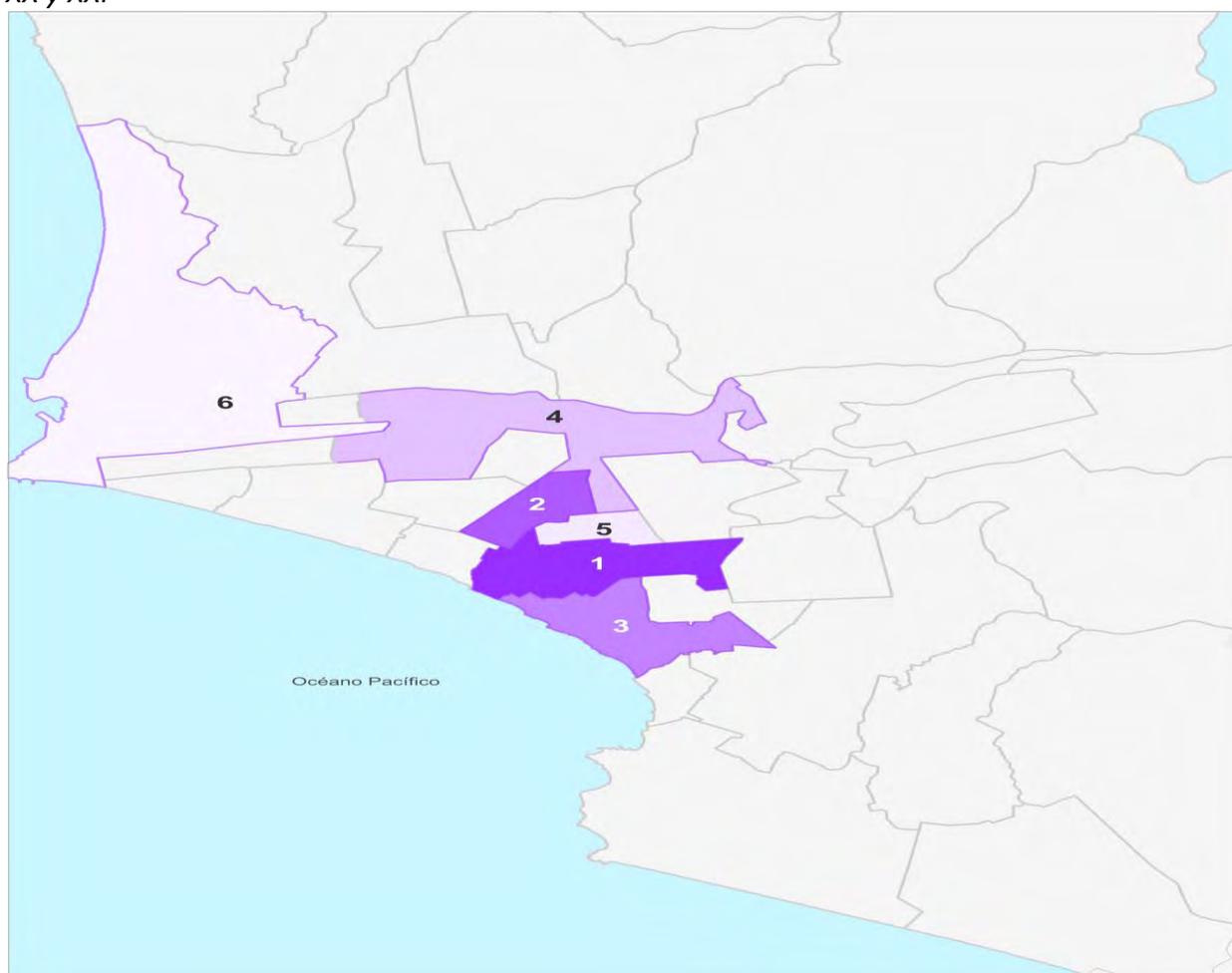
<sup>122</sup> Sin embargo, eventos recientes matizan esa apreciación. Por ejemplo, en los años 2020 y 2021, durante la pandemia del COVID-19, la UPCH fue parte de la trama de la vacunación clandestina que incluyó a altos funcionarios estatales como el presidente de la república Martín Vizcarra. Ver Ojo Público (2021).

<sup>123</sup> Catalina, Emilio e Ignacio fueron becados por su alto rendimiento. Asimismo, este último y las tres entrevistadas laboraron durante el pregrado, porque se presentó la oportunidad de tener un ingreso. Estos trabajos fueron ofrecidos por la familia, la comunidad judía y su Facultad. Además, la mayoría de la cohorte desarrolló actividades

Disfruté mucho la universidad. Me enseñó mucho más que el [colegio judío de Lima] y que no todos tienen el mismo nivel económico. Es más, una amiga me dijo que no me haga la 'pituca' [adinerada], porque yo jamás me había subido a un bus. Entonces, me llevó en bus desde [la Facultad en] La Molina al barrio Chino [en el Cercado de Lima] a comer chifa. Ahí sentí qué era el Perú. Perú no es San Isidro. Por mi amiga, también fui a una reunión y escuché salsa, que no es un ritmo que uno normalmente escucha y me empezó a gustar. A mí la universidad me dio calle de verdad.<sup>124</sup>

### Figura 9

*Distritos limeños y chalacos de residencia de los entrevistados durante el pregrado en los siglos XX y XXI*



#### Leyenda

1. San Isidro
2. Jesús María
3. Miraflores

4. Cercado de Lima
5. Lince
6. Callao, El Callao

*Nota.* A mayor intensidad del color, mayor volumen de personas.

extracurriculares muy esporádicas como jugar tenis en el Club Hebraica, estudiar música, tocar en una banda musical, asistir a clases de dibujo, ser líderes del *Hanoar Hatzioni* y de la representación estudiantil.

<sup>124</sup> Durante el pregrado, seis entrevistados vivieron en San Isidro; y una, en Miraflores (en la Figura 9 de esta página, ver los distritos de residencia donde se concentraron las cohortes en esa etapa académica).

Sin embargo, tres entrevistados sufrieron episodios antisemitas por parte de unos docentes y compañeros. Asimismo, junto con otros entrevistados, los trataron con exotismo y los catalogaron como personas de clase alta, debido a su piel blanca y a sus apellidos de origen no castellano. Según la antropóloga Suzanne Oboler, una de las formas históricas de discriminación en el Perú es el estereotipo hacia el pueblo judío. En muchos casos, se manifiesta aun cuando los discriminadores nunca han interrelacionado con la exigua judería peruana (1996: 44).

Por otro lado, al menos el 50% de los compañeros de la cohorte fueron mujeres. Dicha proporción guarda relación con el promedio de postulantes mujeres a la Facultad de Medicina de la UPCH en la primera década del 2000. Este se ubicó en torno al 59%. Similarmente, el de las ingresantes fue 49.5%; y el de las egresadas, 38% (Pamo 2007: 118). A su vez, solo Nicolás conoció a una estudiante judía en la UPCH.<sup>125</sup> No obstante, dos de los formados en la misma casa de estudios afirmaron que, durante la década del 2000, cada promoción de Medicina tuvo un estudiante judío. La egresada de la UCSUR solo conoció a un ex alumno del colegio judío de Lima.

## **9.2. La especialización médica e inserción laboral en las primeras décadas del siglo XXI**

Según el Colegio Médico del Perú, en 2004, los especialistas registrados sumaron 19 479. Empero, al año siguiente, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Profesionales Médicos, Lima concentró casi el 70%. Las especialidades preferidas y donde más se les requirió fueron Gineco-obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Cirugía (Carrasco et al. 2008: 25-26; ONRHS 2005: 48).

Precisamente, la cohorte señaló que, a comienzos del siglo XXI, la residencia médica fue esencial por el déficit en la oferta y porque la cultura mercantilista hizo primar la rentabilidad personal. Más aún, se hicieron populares las especializaciones y subespecializaciones con altas dosis de procedimientos tecnológicos. Así, excepto Macarena que egresó de una universidad privada colombiana y no se especializó ya que quedó embarazada tres veces, los otros seis entrevistados realizaron la residencia médica escolarizada desde la primera mitad de la década del 2000.

---

<sup>125</sup> Él terminó el pregrado en Israel donde las mujeres representaron el 50% de su promoción.

Cinco tomaron la decisión por vocación, gusto personal o experiencias de vida, lo cual es una continuidad con respecto a la segunda y tercera cohortes. Solo uno efectuó la misma especialización que su padre y abuelo, quienes lo influyeron. En esa línea, esta es la cohorte con más especializados y subespecializados en el extranjero donde la Medicina Interna es valorada. Por ejemplo, en Estados Unidos, los egresados están obligados a realizarla antes de hacer cualquier otra especialización.

Emilio hizo una especialidad quirúrgica en Brasil y estudió una maestría semi-presencial en Estados Unidos. Ambos programas fueron subvencionados por su padre. Nicolás completó solo dos años del servicio militar israelí por proceder del ámbito médico. Este es el estatus más alto en ese país, porque combina los dos sectores socioeconómicos más prestigiosos. Luego, se especializó y subespecializó en áreas no quirúrgicas, fases en las que ya era independiente, aunque sus progenitores lo apoyaron voluntariamente.

Por su parte, Ignacio y Piero realizaron especializaciones no quirúrgicas en Estados Unidos donde fueron semi-independientes económicamente. Para ello, rindieron cuatro exámenes de postulación que costaron mil dólares cada uno. Ignacio, previamente, fue asistente de docencia en la UPCH e integró un grupo de investigación en la clínica Ricardo Palma de la que su abuelo fue cofundador. La experiencia de Piero, quien también hizo una subespecialización no quirúrgica, es resaltante, porque el apoyo de sus familiares y de las redes comunitarias facilitó su proceso. Incluso manifestó una suerte de extrapolación de su vivencia al resto de entrevistados y a otros médicos judíos:

Lo que me sirvió como red en mi carrera en el área de la comunidad judía es que, si quieres salir a Estados Unidos y aplicar a una residencia médica, después de hacer la carrera en Lima, es tener recomendaciones de médicos acá [Estados Unidos]. Hacer un tipo de pasantía, un tipo de internado electivo, etc. Yo lo hice en los veranos del Perú y venía a muchas partes de Estados Unidos. Hice un electivo en un hospital en Dallas y viví en la casa de un amigo del León Pinelo dos meses y medio. De ahí, fui a Boston University y me quedé donde una chica judía estadounidense, cuya familia es peruana.

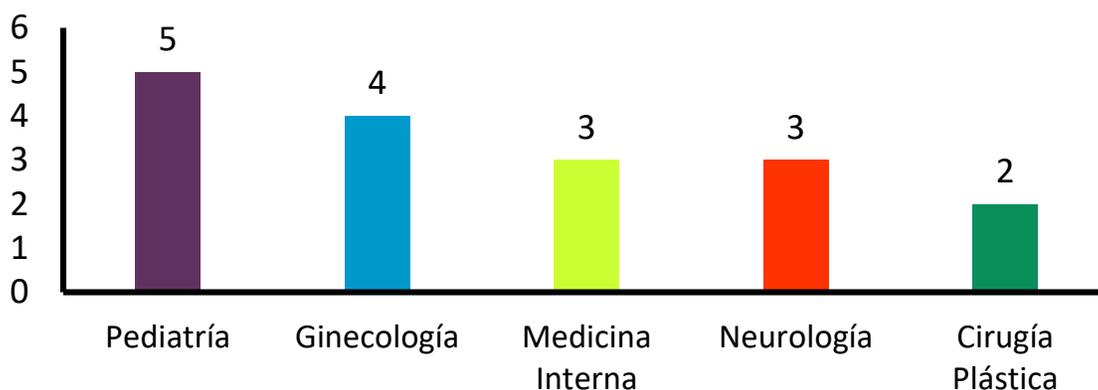
Por último, dos entrevistadas realizaron especialidades no quirúrgicas en Lima. Oriana la hizo en el hospital Guillermo Almenara por la USMP, donde hubo compra de vacantes. Luego, ejecutó

una subespecialización no quirúrgica en México y una maestría virtual en una universidad española. Todos los programas fueron subvencionados por su padre. Catalina se especializó en el Hospital del Niño por la UNMSM, donde hubo mucha vida política y sus jefes fueron de una escuela antigua. Si bien su sueldo debió ascender a 12 o 15 mil soles, solo recibió la tercera parte, puesto que el Estado no paga las horas reales. Aun así, fue independiente económicamente y llegó a ser jefa de los residentes médicos (en la Figura 10 de esta página, ver las especialidades preferidas entre los 27 entrevistados; asimismo, en la Tabla 15 de la página 117, ver las cifras comparativas acerca de las especializaciones y subespecializaciones de las cohortes).

Un aspecto a resaltar es que la mitad de los compañeros de los especializados en el extranjero fueron mujeres; en Estados Unidos e Israel, la abrumadora mayoría fueron judías. En el caso de las especializadas en Lima, el número de residentes fue considerable, pero dependió de la especialidad. Asimismo, la cohorte tuvo muchos conocidos y amigos judíos y no judíos que escogieron especialidades no quirúrgicas en el extranjero y residen allá, principalmente, en Estados Unidos. Desde la década de 2010, España se erigió como una opción muy atractiva, sobre todo por el idioma y la innovación. En ese país, está en boga la Medicina Familiar y Comunitaria o de Primer Contacto. En Sudamérica, solo destacan Brasil y Chile.

**Figura 10**

*Especialidades más recurrentes en los 27 entrevistados*



**Tabla 15***Especializaciones y subespecializaciones médicas de los entrevistados*

	Primera cohorte	Segunda cohorte	Tercera cohorte		Cuarta cohorte		Total
	(1956)*	(1975)*	(1990)*		(2005)*		
	Hombres	Hombres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Cantidad de especializados	4	8	5	1	4	2	24
Tipo de especialidades médicas							
Quirúrgicas		4	1		1		6
No Quirúrgicas	4	4	4	1	3	2	18
Método de especialización							
Escolarización	3	7	5	1	4	2	22
No Escolarización	1	1					2
Universidades de especialización							
Privadas			1		2	1	4
Públicas	3	7	4	1	2	1	18
Extranjeras	3	1	2		4		10
Limeñas		6	3	1		2	12
Cantidad de subespecializados		2	1	1	2	1	7
Tipo de subespecialidades médicas							
Quirúrgicas							
No Quirúrgicas		2	1	1	2	1	7
Universidades de subespecialización							
Privadas		1		1	1		3
Públicas		1	1		1	1	4
Extranjeras		2	1		2	1	6
Limeñas				1			1

\*Año de inicio de la especialización médica

A partir de la segunda mitad de la década del 2000, la cohorte se insertó laboralmente. Cuatro entrevistados lo hicieron en el extranjero mediante postulaciones a instituciones privadas y públicas. Alabaron el sistema, porque los absorbió sin dificultades. La experiencia de Ignacio y Piero se sitúa en Estados Unidos. El primero ingresó a un hospital fundado por judíos, quienes son la mayoría del personal. El segundo obtuvo un puesto en una universidad pública y se trasladó a un hospital donde continúa investigando. Ninguno piensa regresar al Perú, dado que están consolidados, han formado familias y están muy desconectados de la judería limeña.

Desde la residencia, Nicolás ejerció en un hospital israelí con un permiso temporal supervisado por otros galenos. Luego, recibió una licencia oficial y lo emplearon en un hospital canadiense. Residirá allá con su familia por años, pero regresará a Israel. No volverá al Perú, puesto que la investigación en su área es incipiente; y las remuneraciones, bajísimas. No obstante, participa en proyectos coordinados entre Canadá, Israel y el Perú, que apoyan a países de bajos ingresos.

Desde el pregrado, a Macarena la contrataron en la Fundación Santa Fe en Bogotá, la cual es una clínica similar a la Anglo Americana en el Perú. Además, trabajó en centros de emisión de licencias de conducir. Al volver a Lima, a fin de homologar su título, laboró un año gratis en un hospital y rindió exámenes. Simultáneamente, trabajó en la clínica Kirschbaum, ya que conoce a los dueños.

Los otros tres entrevistados se insertaron en instituciones privadas y públicas limeñas a través de la instrumentalización de sus redes familiares y profesionales. Vale notar que, en 2005, el salario mensual en el Ministerio de Salud fue de 2 329 soles en promedio; en el Seguro Social, 3 492. En 2009, los hospitales en todo el Perú sumaron 252 y representaron el 54%; de ellos, el 34% se concentró en Lima. Mientras tanto, las clínicas aumentaron a 217 o 46% en todo el país (Alva et al. 2011: 196; ONRHS 2005).

En ese contexto, Emilio efectuó procedimientos en un pequeño consultorio en San Isidro, el cual fue instalado con financiamiento de sus progenitores. Debido a una emergencia familiar, inauguró un proyecto que lo ofreció al Estado, pero lo rechazaron. Por ende, lo convirtió en una

empresa con impacto social preventivo y contrató especialistas. El 80% de su público es nivel B y C con tres sedes en los distritos de San Isidro, San Juan de Lurigancho y San Miguel. Con la aplicación virtual, extendida a Colombia y Costa Rica, los médicos llegan rápidamente.

Catalina se insertó en el Hospital del Niño, porque su jefe le solicitó ser su asistente a pesar de no haberse especializado aún. Es el espacio que más valora, ya que hay investigación y los casos son muy interesantes, lo que le permitió conseguir futuros empleos; en cambio, el trabajo en las clínicas es rutinario. Luego, la contrataron en una empresa de seguros para realizar consultas a domicilio, así como en clínicas limeñas de élite donde realizó guardias por un pago ínfimo. Actualmente, es parte del *staff* de la clínica Delgado en Miraflores, donde atiende a pacientes asegurados por 50 soles y no asegurados por 250. También lo hace en un consultorio alquilado en Chacarilla en Santiago de Surco. Además, imparte clases en la Facultad de Medicina de la UPC, donde pagan relativamente bien y suelen contratar muchos profesionales de la UPCH.

Oriana tampoco se había especializado cuando consiguió su primer trabajo al reemplazar a un colega en Pacífico Seguros y LAN Chile. Después de subspecializarse, encontró corrupción cuando ganó una vacante temporal en el hospital Almenara donde colaboró en la creación de una unidad. Sin embargo, tuvo malas experiencias relacionadas a su color de piel: “sentí exclusión, pero no creo que haya sido por judía, sino porque yo era de otro estrato económico. O sea, yo era la blanquita que venía”. Este tipo de señalamientos está muy arraigado en el Perú. Así, las personas de piel blanca pueden ser encasilladas como doctores; las de piel negra, como heladeros (Oboler 1996: 42) La categoría racial, entonces, es un detonador que rápidamente clasifica a la persona en una jerarquización socioeconómica. A su vez, esto determina una carga moral que, *a priori*, los ciudadanos tienen de otros (Kogan 2012: 35-36).

Posteriormente, Oriana ingresó a la clínica Centenario, pero se trasladó a la Anglo Americana donde la contrataron sobre todo para utilizar sus equipos tecnológicos. Actualmente, se mantiene ahí, atiende en su consultorio privado en San Isidro y, aunque no le pagan mucho en la USMP, aprende bastante como docente a tiempo completo y como coordinadora de postgrados.

La presencia femenina en los espacios laborales de la cohorte varía según el país. En Latinoamérica, además, depende del área. Así, las mujeres pueden ser mayoría en Pediatría o Ginecología. Solo Catalina conoció a una doctora judía, quien fue entrevistada para esta tesis. En cambio, en Canadá, Estados Unidos e Israel, por lo menos, son la mitad; a su vez, las judías pueden llegar a ser la mitad o la mayoría.

De esta manera, la cuarta cohorte de entrevistados ilustra, en parte, lo que significó ser médico en Lima entre 1995 y 2019. En primer lugar, su desarrollo se produjo durante la consolidación del Estado neoliberal que degradó a la profesión. En segundo lugar, su agencia estuvo delineada por la alta capacidad económica y por la valoración que su entorno familiar y comunitario tuvieron hacia la Medicina. Estos factores desembocaron en que los entrevistados estudien el pregrado en Facultades privadas con perfiles socioacadémicos diferenciados. No obstante, se involucraron en la vida universitaria aun cuando varios sufrieron episodios de antisemitismo y estereotipos socioeconómicos.

El signo de los tiempos empujó a la realización de la residencia médica en pos de obtener mejores empleos y remuneraciones. De ahí que es la cohorte con la mayor cantidad de especializados, subespecializados y contratados en el extranjero. En efecto, los mecanismos de inserción laboral variaron según el país y la institución. Dada la solidez del sistema extranjero, los altos salarios y la protección laboral, continúan trabajando y perfeccionándose en esos espacios al igual que muchos amigos peruanos judíos.

Por su parte, los insertos en Lima se trasladaron exclusivamente a instituciones privadas, porque las remuneraciones son más altas. No obstante, fueron los más críticos con el sistema ocupacional desregulado, por lo que un galeno en las primeras décadas del siglo XXI en Lima podría definirse por su desempeño en múltiples lugares para completar un relativo buen sueldo. Esta descripción es parte del balance global que las cuatro cohortes detallaron respecto del presente y futuro de la profesión, lo cual se profundizará en el siguiente capítulo.

## **10. CAPÍTULO VI – BALANCE DE LA PROFESIÓN MÉDICA EN LIMA (1947-2019)**

En los capítulos anteriores, se examinó cómo las cuatro cohortes de entrevistados instrumentalizaron la Medicina a fin de obtener movilidad social ascendente en Lima entre 1947 y 2019. Antes, durante y después de sus estudios de pregrado, retroalimentaron la alta valoración por dicha profesión dentro de las esferas familiares, comunitarias, amicales y profesionales. Sin embargo, para completar el análisis, es necesario observar su etapa laboral ulterior.

Así pues, este capítulo final presenta, en primer lugar, un subcapítulo acerca de las dinastías familiares médicas de las que forman parte varios entrevistados. Esta condición es consecuencia inmediata de haber optado por dicha ocupación y distingue una arista que incide en su quehacer cotidiano. En segundo lugar, se ubica un subcapítulo referido a la evaluación de la consolidación sociolaboral de los entrevistados. En él se aprecian sus logros durante la evolución histórica y sociocultural de la profesión médica en el Perú desde la segunda mitad del siglo XX, las complicaciones ocupacionales estructurales, y la vivencia con sus familias y como judíos.

### **10.1. Dinastías familiares médicas de los entrevistados en Lima desde la segunda mitad del siglo XX**

El hecho de que algunos de los entrevistados se conviertan en médicos significó continuar la tradición de sumar galenos en sus familias. Esta costumbre no es exclusiva del pueblo judío, pero está muy arraigada en él. Según Efron, la proliferación de dinastías familiares médicas judías se puede rastrear hasta la Baja Edad Media europea, originadas por dos motivos entrelazados. En primer lugar, la exclusión de los judíos de las universidades. En segundo lugar, los rabinos dictaminaron que la comunidad no asumiría los costos de los estudios, sino las propias familias. Por consiguiente, los aspirantes a doctores se formaron bajo la tutela de sus padres o de sus futuros suegros médicos como parte del contrato nupcial (2001: 16).

De los 27 entrevistados, 13 de ellos integran 12 dinastías familiares médicas. Este volumen evidencia la sobrerrepresentación de galenos peruanos judíos como proporción de la pequeña judería limeña. Es importante señalar que su ejercicio profesional revela automatismos

abrevados del *habitus* familiar, vale decir, en coherencia con lo aprehendido y a veces exigido. No obstante, el esquema no es totalmente rígido. Si bien nutrieron inconscientemente a su entorno primario, también lo moldearon conscientemente, aplicando lo cultivado fuera de este. Esto les ha permitido, por ejemplo, dirigir autónomamente las empresas familiares en el sector salud o crear las suyas propias con otros socios.

De este modo, ocho médicos pertenecen a ocho dinastías dobles, conformadas por dos generaciones: progenitores e hijos. Los galenos de este tipo de dinastía son siete hombres y una mujer de todas las cohortes etarias. Por su parte, cinco médicos integran cuatro dinastías triples, conformadas por tres generaciones: abuelos, padres y nietos. Los doctores de este tipo de dinastía son hombres de todas las cohortes etarias (ver detalles comparativos de los tipos de dinastías en la Tabla 16 de la página 123).

Cabe destacar que los gastos de estudio y manutención diaria durante el pregrado y la etapa de especialización de estos 13 entrevistados fueron cubiertos por sus familiares. Además, junto con sus ascendientes y descendientes, han pertenecido a sociedades médicas. Especialmente, los de las cohortes más antiguas y sus coetáneos han sido reconocidos nacional e internacionalmente por haber sido fundadores y presidentes de las mismas, y por causar impacto académico, científico y sociolaboral.

**Tabla 16***Dinastías familiares médicas de los entrevistados*

Tipo de dinastía	Número de familia	Miembros	Especialidad	Tipo de dinastía	Número de familia	Miembros	Especialidad
Doble	1	Padre	Radiología	Triple	1	Abuelo	Medicina Interna
		Madre	Medicina Nuclear			Padre	Gastroenterología
		Hija	Pediatría			Nieto	Gastroenterología
	2	Padre	Otorrinolaringología		Nieto	Aún no sabe	
		Hijo	Alergología		Abuelo	Neurología	
	3	Padre	Laboratorio Clínico		2	Padre	Oftalmología
		Hijo	Medicina General			Nieta	Veterinaria
	4	Padre	Laboratorio Clínico		3	Abuelo	Neurología
Hijo		Patología Clínica	Padre	Neurología			
5	Padre	Cirugía Plástica	4	Nieto	Neurología		
	Madre	Psicología		Abuelo	Cirugía General		
6	Hijo	Cirugía Plástica	Padre	Cirugía General y Laparoscopia			
	Padre	Medicina General	Nieto	Aún no sabe			
7	Hijo	Ginecología	Padre	Cirugía Oncológica y Gineco-Obstetricia			
	Padre	Cirugía Oncológica y Gineco-Obstetricia	Hijo	Pediatría			
8	Padre	Ginecología	Padre	Ginecología			
	Hijo	Infectología	Hijo	Infectología			

### **10.1.1. Dinastías familiares médicas dobles**

Este tipo de dinastía conserva un doble nivel generacional: progenitores e hijos. En primer lugar, dada la contemporaneidad, el nivel de progenitores –integrado por tres entrevistados- guarda similitudes en su desarrollo con la primera cohorte de entrevistados. Ellos estudiaron Medicina, porque fue una de las opciones reducidas en sus entornos sociales independientemente de su vocación.

Desde comienzos del Estado desarrollista en la década de 1930, estudiaron en universidades públicas, a excepción de uno: UNFV, UNMSM, en Alemania y Argentina. Posteriormente, todos realizaron la residencia médica; en su mayoría, en hospitales limeños. Los más longevos la ejecutaron de forma no escolarizada y emularon las especializaciones de sus profesores, en especial, las no quirúrgicas. Los más jóvenes fueron más autónomos y llevaron a cabo especializaciones quirúrgicas escolarizadas.

Desde finales de la década de 1940, la abrumadora mayoría se insertó laboralmente en instituciones públicas limeñas e israelí. Ellos instrumentalizaron la relación con sus maestros y aprovecharon la expansión de los servicios de salud por parte del Estado. Más adelante, abrieron sus consultorios en Argentina, el Cercado de Lima y distritos aledaños; luego, en barrios de clase media alta. Todos se quedaron trabajando en el sector privado incluso en las clínicas fundadas por médicos peruanos judíos.

En segundo lugar, la temporalidad del nivel de hijos –integrado por cinco entrevistados- es paralela a la de la segunda cohorte de entrevistados. Como la Medicina fue redituable para sus progenitores, los hijos quisieron imitar esa calidad de vida. Los acompañaron a recibir consultas, a visitar a los pacientes e incluso ingresaron a las salas de operaciones.

No obstante, desde inicios de la década de 1970, a diferencia de sus progenitores, tuvieron más opciones para escoger dónde estudiar. La mayoría lo hizo en universidades privadas: UCSUR, UPCH, USMP y en México. La minoría se formó en públicas: UNFV, UNMSM y en Argentina.

Al igual que sus progenitores, la abrumadora mayoría realizó diferentes especialidades no quirúrgicas escolarizadas, especialmente en hospitales limeños. La minoría eligió la misma especialidad no quirúrgica para encargarse de las empresas familiares en Lima.<sup>126</sup>

Desde comienzos de la década de 1980, la abrumadora mayoría se insertó laboralmente en instituciones públicas limeñas mediante postulaciones e instrumentalizaron sus redes familiares. Simultáneamente, trabajaron en el sector privado y todos terminaron haciéndolo allí. En él realizaron guardias muy mal pagadas, consultas a domicilio a través de compañías de seguro; alquilaban o abrieron consultorios propios; atendieron a pacientes asegurados y no asegurados en clínicas; e impartieron clases en Facultades.<sup>127</sup>

### **10.1.2. Dinastías familiares médicas triples**

Este tipo de dinastía conserva un triple nivel generacional: abuelos, padres y nietos. En primer lugar, la experiencia del nivel de abuelos –integrado por un entrevistado nacido y formado en Venezuela- es análoga temporalmente a la del nivel de progenitores de las dinastías médicas dobles y a la de la primera cohorte de entrevistados.

Así, la abrumadora mayoría del nivel de abuelos escogió Medicina, porque fue una de las opciones reducidas en sus circuitos sociales independientemente de su vocación. Desde finales de la década de 1930, estudiaron el pregrado en universidades públicas: en Venezuela y UNMSM. Si bien la abrumadora mayoría realizó especializaciones quirúrgicas en el extranjero, la mitad lo hizo de forma no escolarizada.

Desde mediados de la década de 1950, la abrumadora mayoría se insertó laboralmente en instituciones públicas en el extranjero a través de postulaciones e instrumentalizaron la relación con sus maestros en Lima. Alcanzaron altos cargos directivos y de confianza; por ello, por ejemplo, distinguieron a uno al colgar la bandera de Israel –aunque es peruano- en uno de los

---

<sup>126</sup> Solo en dos de las ocho dinastías dobles los integrantes repiten la especialidad.

<sup>127</sup> Uno terminó trabajando en la clínica que fundó su padre.

pabellones de dichos espacios y fue condecorado por dos presidentes de la república. Otro fue galeno personal del ex presidente general Juan Velasco Alvarado.

Todos incursionaron en la docencia universitaria, abrieron consultorios y terminaron trabajando exclusivamente en el bien remunerado sector privado. De hecho, el médico de cabecera de Velasco recién ascendió socioeconómicamente cuando cofundó la clínica Ricardo Palma.

En segundo lugar, la temporalidad del nivel de padres –integrado por tres entrevistados- coincide con la del nivel de hijos de las dinastías médicas dobles y la de la segunda y tercera cohorte de entrevistados. La abrumadora mayoría del nivel de padres se influyó de sus progenitores para estudiar Medicina. Además, a pesar que desde inicios de la década de 1970 tuvieron más opciones, eligieron las mismas universidades públicas: UNMSM y en Estados Unidos. Esta incidencia también se dio en las especializaciones escolarizadas –sobre todo quirúrgicas- realizadas en hospitales limeños y en Estados Unidos.<sup>128</sup>

Por el contrario, desde finales de la década de 1980, la abrumadora mayoría se insertó laboralmente en instituciones privadas mediante postulaciones en Estados Unidos e instrumentalizaron sus redes familiares en Lima.

En tercer lugar, las vivencias del nivel de nietos –integrado por un entrevistado- son contemporáneas a las de la cuarta cohorte de entrevistados. Aquellos se influyeron de sus padres y/o abuelos para estudiar Medicina. Desde la primera década del siglo XXI, todos estudiaron en universidades privadas limeñas y norteamericanas, y realizaron especializaciones no quirúrgicas escolarizadas en Norteamérica.<sup>129</sup> Solo se pudo obtener información laboral de un integrante, quien postuló a un hospital estadounidense fundado por médicos judíos, quienes son la mayoría del personal.

---

<sup>128</sup> Uno lo hizo para encargarse de la clínica que cofundó su padre.

<sup>129</sup> En tres de las cuatro dinastías triples, los integrantes repiten la especialidad.

Como se puede apreciar, 13 entrevistados de todas las cohortes integran 12 dinastías familiares médicas de dos tipos. Ellos tuvieron el privilegio de estudiar una profesión extensa y costosa, la cual fue subvencionada por sus familiares durante el pregrado y la residencia. Sin embargo, las dinastías guardan patrones generacionales que van cambiando con el tiempo.

Así, los médicos que se desarrollaron entre 1930 y 1970, al igual que la primera cohorte de entrevistados, escogieron la Medicina, debido a que fue una de las pocas profesiones existentes en aquellas décadas. Las esferas familiares y sociales la valoraron por ser una carrera tradicional que aseguraba la movilidad social ascendente.

Desarrollaron el pregrado en universidades públicas limeñas y del resto de Sudamérica. La residencia médica la realizaron en hospitales públicos donde optaron por especializaciones no quirúrgicas de forma no escolarizada influidos por sus profesores. Estos últimos los insertaron laboralmente en instituciones estatales, puesto que era el principal prestador de servicios. Más adelante, se trasladaron al sector privado hasta hacerlo de manera exclusiva, porque los sueldos eran mucho más altos.

Los galenos que se desarrollaron entre 1970 y 2000 conservan similitudes con los procesos de la segunda y tercera cohorte de entrevistados. A pesar de las nuevas profesiones, se inclinaron por la Medicina, porque los éxitos de sus progenitores los convencieron de que era una carrera que aseguraba ascenso socioeconómico.

No obstante, desde el pregrado, se evidencian ciertas diferenciaciones, ya que tuvieron más opciones de universidades. Ciertamente, escogieron sobre todo la novedad de las privadas, y realizaron especializaciones quirúrgicas y no quirúrgicas escolarizadas en Lima y el extranjero.

Los matices se profundizaron en la inserción laboral, pues estas generaciones lo hicieron a través de postulaciones e instrumentalizaron las redes familiares en instituciones privadas y públicas de Lima y el extranjero –sobre todo estadounidenses-. Muchos se quedaron a vivir en aquellos

países donde las estructuras captan fácilmente a los egresados y les ofrecen mejores remuneraciones. Por su parte, los insertos en Lima se trasladaron gradualmente al sector privado hasta hacerlo de manera exclusiva no exentos de malas condiciones a causa de la desprotección del sistema neoliberal. Por eso mismo, se desempeñaron en múltiples empleos como la docencia.

Los médicos desplegados desde la década del 2000 mostraron distancias con las generaciones anteriores con lo cual se asemejan a la cuarta cohorte de entrevistados en cuanto a su mejor piso socioeconómico. Todos se decantaron por la Medicina influidos por sus ascendentes. Estudiaron en universidades privadas limeñas y norteamericanas; en estas últimas, realizaron especializaciones no quirúrgicas escolarizadas.

Por último, en cinco dinastías –dos dobles y tres triples-, existe un patrón de repetición de la especialidad. En ellas, las generaciones mayores influyeron a las menores para realizarlas, pero en tres dinastías –dos dobles y una triple- hubo imposición, porque la descendencia tenía que encargarse de las empresas familiares.

## **10.2. Consolidación sociolaboral de las cuatro cohortes de entrevistados en Lima**

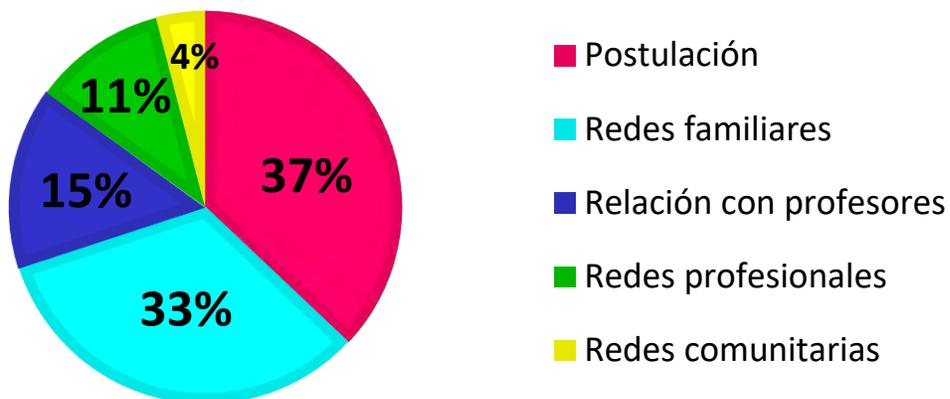
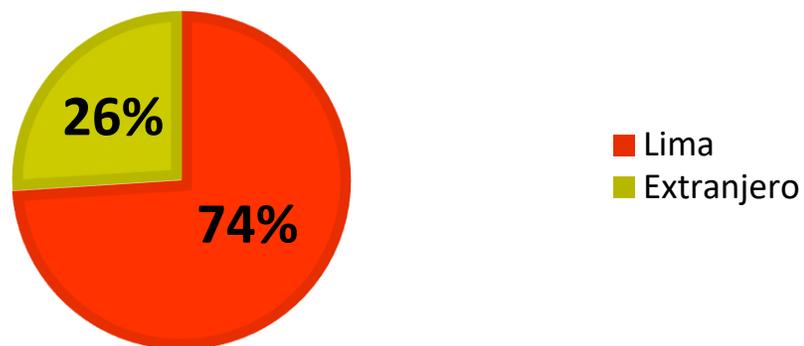
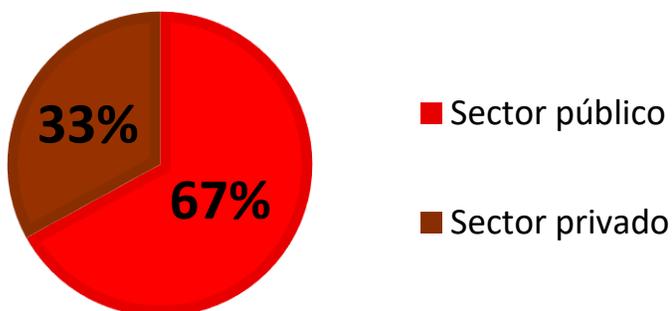
Los capítulos anteriores detallaron la inserción laboral de cada cohorte de entrevistados a través de diferentes mecanismos en varios países y espacios institucionales. No obstante, debido a la distancia etaria, el proceso de la primera cohorte fue muy homogéneo en comparación con el de las demás. De este modo, desde la segunda mitad de la década de 1950, sus integrantes instrumentalizaron las estrechas relaciones con sus profesores, quienes los colocaron en organismos públicos de Lima y Venezuela.

En cambio, desde 1980, la inserción del resto de las cohortes varió según la transformación de los mercados. Así, los integrantes de la segunda cohorte la llevaron a cabo en Lima. La abrumadora mayoría instrumentalizó sus redes interpersonales, especialmente en instituciones privadas; la minoría postuló a entes públicos.

Por su parte, la mitad de la tercera cohorte instrumentalizó sus redes familiares en organismos privados y públicos limeños. La otra mitad postuló a instituciones públicas en Lima y el extranjero. En tanto, la mayoría de la cuarta cohorte postuló sobre todo a entes públicos extranjeros. La minoría instrumentalizó sus redes profesionales y familiares en Lima, especialmente en organismos privados.

En síntesis, respecto a las tres últimas cohortes, el procedimiento más recurrente fue la instrumentalización de las redes interpersonales en Lima. En conjunto, estas sumaron 48% y permitieron la inserción, principalmente, en instituciones privadas. Resaltan los contactos familiares, lo que evidencia que estos círculos ya se habían convertido en una élite socioeconómica y profesional. Sin embargo, desde 1995, el uso de este mecanismo disminuyó y se incrementó el método de la postulación. Este llegó a representar el 37% y facultó el acceso a organismos públicos voluminosamente.

Dicha cifra se ve reforzada, porque desde aquella época varios integrantes de la tercera y cuarta cohorte obtuvieron su primer empleo en el extranjero –sobre todo en Estados Unidos- donde aún no habían consolidado redes interpersonales. De ahí que valoren considerablemente la capacidad del sistema laboral de captar ágilmente a los recién especializados. Esta opinión es compartida por los que utilizaron el mismo método en Lima. Según los testimonios, es altamente probable que la tendencia a insertarse y residir en otros países sea mayoritaria en las nuevas generaciones del siglo XXI (ver volúmenes comparativos de los mecanismos y espacios de inserción laboral de los entrevistados en las Figuras 11, 12 y 13 de la página 130 y en la Tabla 17 de la página 131).

**Figura 11***Mecanismos de inserción laboral de los entrevistados***Figura 12***Espacios geográficos de inserción laboral de los entrevistados***Figura 13***Espacios institucionales de inserción laboral de los entrevistados*

**Tabla 17***Mecanismos y espacios geográficos e institucionales de inserción laboral de los entrevistados*

	Primera cohorte	Segunda cohorte	Tercera cohorte		Cuarta cohorte		Total
	(1955)*	(1980)*	(1995)*		(2007)*		
	Hombres	Hombres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	
Cantidad de entrevistados	4	8	6	2	4	3	27
Relaciones con profesores en Lima							
Sector privado							
Sector público	3						3
Relaciones con profesores en el extranjero							
Sector privado							
Sector público	1						1
Redes interpersonales en Lima							
Familiares en el sector privado		2	2		1		5
Familiares en el sector público		1		2			3
Profesionales en el sector privado		1				1	2
Profesionales en el sector público		1				1	2
Comunitarias en el sector privado		1					1
Comunitarias en el sector público							
Redes interpersonales en el extranjero							
Postulación en Lima							
Sector privado							
Sector público		2	2				4
Postulación en el extranjero							
Sector privado						1	1
Sector público			2		3		5

\*Año de inserción laboral

La experiencia profesional de los 27 entrevistados ha sido muy gratificante, ya que les permitió conocer la realidad nacional. Ellos recibieron la gratitud de sus pacientes, debido a su alta calidad. La pertenencia a una minoría religiosa no fue considerada para que los elijan; no obstante, si bien la judería limeña se ha atendido más con médicos judíos debido al gregarismo, al pasar el tiempo, también lo ha hecho con no judíos. En el extranjero, especialmente en Estados Unidos, ocurren dinámicas parecidas, impactadas por el gran volumen de instituciones fundadas por judíos.

El prestigio de los entrevistados se extendió a las sociedades médicas nacionales e internacionales. La abrumadora mayoría está inscrita en ellas y algunos fueron sus fundadores y presidentes. El número de mujeres varía según la especialidad y el país; en el Perú, es relativamente bajo. Es importante señalar que, en el seno de la comunidad judía, existió la Asociación Médica Israelita del Perú. Solo dos galenos de la primera cohorte como Lucas la conocieron, puesto que duró hasta la década de 1970:

La fundaron entre varios médicos, pero no duró mucho, no había interés. Nombraron un presidente, un tesorero y ahí quedó. Yo era estudiante y recuerdo haber ido dos veces. Estaba Kapilivsky, Kogan... El objetivo fue agruparse, ayuda mutua, trabajar juntos, conocerse.

Trahtemberg accedió a unas cartas de esta organización dirigidas a la Asociación de Sociedades Israelitas del Perú. En una del 25 de abril de 1945, se corrobora el objetivo de su conformación: “dar servicio a los indigentes de la colectividad judía e intercambiar experiencias profesionales”. Los esfuerzos se canalizaron sobre todo a través del Hogar de Inmigrantes. Sus fundadores fueron 11 hombres, aunque comenzaron a funcionar con 15. Esta cantidad más los adherentes es otra prueba de la sobrerrepresentación de médicos judíos en relación al pequeño volumen de la judería limeña en la década de 1940 (1987: 246; 1989: 210).

Igualmente, existió el Movimiento Universitario Peruano Israelita, fundado en 1968 y también desactivado en la década de 1970. Cuatro de los entrevistados supieron de su existencia, pero solo Blas participó esporádicamente. El objetivo fue reunir a los jóvenes judíos para

confraternizar y conseguir parejas sentimentales.<sup>130</sup> Empero, de acuerdo a la posición institucional de la comunidad judía, fue un ambiente para “cultivar en los jóvenes su identidad judía y peruana, y desarrollar actividades culturales”.<sup>131</sup> Por la corta duración de ambas iniciativas, se infiere que no redituaron mayores beneficios profesionales para sus miembros.

En esa línea, la vida laboral de los entrevistados también ha tenido momentos difíciles. En promedio, las cohortes más antiguas se han valido de un solo trabajo; las más jóvenes, de múltiples, pero casi todos terminaron exclusivamente en el sector privado en vista de mejores haberes. Ellos sentenciaron que la devaluación profesional es un problema estructural. Todo comenzó con la desregulación del mercado en la década de 1980, que profundizó la creación de Facultades de Medicina sin sustentos técnicos a pesar de la alta demanda por galenos.<sup>132</sup> A continuación, la apreciación de Aldo:

El punto de quiebre ha sido cuando empezaron a proliferar las universidades con un nivel muy bajo y con infraestructura aparente. Cuando comenzaron a ser un gran negocio con Alan [García]. Contrataron profesores de Cayetano, porque Cayetano paga muy poco. Había tantos alumnos y pocos centros para practicar. ¡Acá [en la clínica Anglo Americana] recibimos internos y no saben dónde está el ovario!

El testimonio describe que incluso los egresados de la UPCH podrían elevar el riesgo a los pacientes. De hecho, las nuevas generaciones se han transformado en empleadas de las grandes corporaciones que solo ven a la Medicina como un negocio. De ahí que los entrevistados también apunten a la responsabilidad de las clínicas, ya que, desde el *fujishock* de 1990, se convirtieron en el epicentro del mercantilismo en la salud al ser cooptadas por las compañías de seguro. Estas acapararon otras fuentes de lucro como las farmacéuticas, los laboratorios y las boticas hasta formar oligopolios familiares.<sup>133</sup>

<sup>130</sup> Este dato fue confirmado por uno de los informantes entrevistados, quien fue Secretario de Cultura de dicha organización en la que conoció a su esposa, quien también fue entrevistada.

<sup>131</sup> Ver Museo Judío del Perú. “Movimientos Juveniles”. Consulta: 30 de mayo de 2021. <https://www.mjp.org.pe/web3/institucion11.php>

<sup>132</sup> Hasta 2019, 51 Facultades de Medicina se fundaron en la historia del Perú. En 2023, el Congreso de la República y el Tribunal Constitucional aprobaron la ley que prohíbe la regulación de los estándares de calidad en la educación médica universitaria. Ver Diario La República (2023).

<sup>133</sup> Desde las postrimerías del fujimorato, estos clanes le han entablado juicios al Estado para evitar que ingresen al mercado medicinas que pongan en peligro su posición de dominio. En esa misma época, solo en Lima, se contabilizaron 41 clínicas privadas (Salaverry y Delgado 2000: 59-60; Torres 2015).

Según la periodista Elizabeth Salazar, hasta finales de 2021, existían 18 compañías de seguro, pero solo La Positiva, Mapfre, Pacífico y Rímac concentraron el 83% de la facturación que ascendió a 14 021 millones de soles en 2020. A su vez, estas cuatro son subsidiarias de *holdings* con inversiones en otros sectores terciarios y extractivos. Junto con Sanitas, controlan el mercado de seguros mediante sus Empresas Prestadoras de Salud o EPS (2021). Este es un mecanismo creado en 1997 que brinda servicios a los afiliados de EsSalud y redes privadas (Salaverry y Delgado 2000: 49).

A juzgar por los entrevistados, las aseguradoras han desplegado su posición de dominio y buscan recuperar rápidamente su inversión. Para ello, aplican la modalidad de *compartir el riesgo*, la cual consiste en la negociación de un monto fijo de consulta. Si el precio es mayor, la clínica cancela la diferencia; si es menor, gana. Este es el caso de la clínica Ricardo Palma. En 2016, fue vendida en un 50% al grupo hospitalario más grande de España, Quirónsalud. Joaquín señaló que tuvo que vender su parte, sino quedaba afuera. En el nuevo esquema, los dueños cobran a los médicos el 8% de sus honorarios mensualmente y persiste la intención de la compra de sus contratos.<sup>134</sup>

Aparte de Lucas y Joaquín, solo Ignacio laboró en esta clínica en sus últimos años universitarios, debido a que su padre y abuelo han sido accionistas. Ellos coinciden en que el personal femenino llegó a ser la mitad en la última década, incluso mayoritario en algunas áreas, pero nunca hubo judías. Asimismo, al igual que el resto de entrevistados, concuerdan en que la sección de Ginecología goza de mucho prestigio.

Efectivamente, 11 entrevistados o el 41% del total han laborado en, por lo menos, una de las cuatro clínicas fundadas por médicos peruanos judíos, aunque algunos lo han hecho en dos de ellas. Cabe resaltar que tres galenos consiguieron ahí su primer empleo y ocho se trasladaron (ver estas cifras detalladas en la Figura 14 de la página 135). La contratación fue facilitada por dos factores: los lazos consanguíneos y las relaciones comunitarias con los dueños de las clínicas.

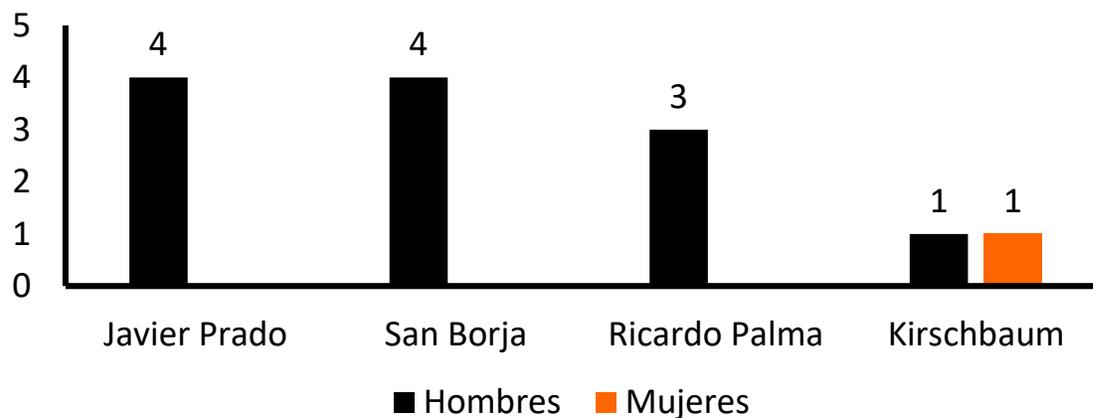
---

<sup>134</sup> A ello se suma la exorbitante sobrevaloración de los precios de las medicinas que concertan las clínicas como Ricardo Palma desde el 2001. Así lo reveló su ex subdirectora médica, Flor de María Phillips, en una entrevista periodística en 2020 (Benza 2020).

Así, cuatro conocían a los fundadores, cuatro son hijos de los fundadores, uno es nieto de un fundador y uno es socio fundador de dos de las clínicas. El undécimo, quien no es familiar ni en aquella época era miembro de la comunidad judía, ingresó mediante postulación.

**Figura 14**

*Cantidad de entrevistados que han trabajado en las clínicas fundadas por médicos peruanos judíos*



La clínica San Borja tuvo un proceso de transformación similar al de la Ricardo Palma. De acuerdo a Horacio, en la década de 1980, su padre se convirtió en accionista mayoritario. No obstante, en 1988, este lo convocó para insertarse laboralmente en la gerencia a causa de la crisis económica e institucional. Entre varios logros, la clínica llegó a ser la única acreditada para realizar trasplantes de órganos. Ciertamente, se ejecutaron los dos primeros trasplantes de corazón en la historia del Perú y de riñón y médula ósea en el ámbito privado.<sup>135</sup>

A pesar de los problemas de endeudamiento y las desavenencias con otras clínicas, el 2000 fue un buen año por el aumento de consultas, sobre todo por contratos con empresas como Southern Perú o las EPS. Sin embargo, Horacio las criticó, principalmente, porque atienden los casos menos graves. Además, su universo se circunscribe a 900 mil trabajadores con mayor poder adquisitivo y acceso oportuno, los cuales representan solo el 20% del empleo formal.

<sup>135</sup> A comienzos del año 2000, la clínica sentó un precedente en la historia de la cirugía cardiovascular, pues contó con tres equipos de cirujanos (Salaverry y Delgado 2000: 71).

En 2015, la familia de Horacio aprobó la venta de la clínica a Pacífico Seguros. Esta es una subsidiaria del *holding* Credicorp de la familia Romero y ejerce la *integración vertical* que consiste en concentrar la cadena de servicios. Desde 2011, adquirió las clínicas San Felipe, El Golf y Laboratorio Clínico Roe –en alianza con la chilena Banmédica-. Esta es la base de su red Sanna con 12 sedes en Lima y provincias (Salazar 2021). Junto con el conglomerado familiar Brescia, controlan la mayor parte de la oferta de salud privada. Ambos grupos financieros utilizan su cercanía al poder político para impedir la regulación de sus oligopolios (Bardález 2020).<sup>136</sup>

Entre las prácticas desvirtuadas, se encuentran el muy poco tiempo para atender a los pacientes, la prohibición de exámenes auxiliares y la adquisición de medicamentos solo en establecimientos de la misma corporación. Aparte de Horacio, tres entrevistados han trabajado en la clínica San Borja, quienes sostuvieron que la presencia de colegas mujeres nunca pasó del 30%. En cuanto a judíos, nunca pasaron del 20% del *staff*.

Por otro lado, la clínica Kirschbaum puede dar batalla a la cooptación de las compañías de seguro, porque solo sus herederos adquieren las acciones. Además, al ser especializada, se dirige a un nicho muy puntual, lo que desincentiva los afanes de captarla. Aparte de Tadeo, solo Macarena trabajó allí. Igual estructura societaria conserva la clínica Javier Prado; no obstante, también practica la *integración vertical* (Salazar 2021). Después de haber sufrido una larga crisis institucional, desde comienzos de la década del 2000, se ha expandido por la buena gestión. Además de Lucas, tres entrevistados han laborado allí. El número de médicas ha aumentado sobre todo en Ginecología y Pediatría, pero no ha habido ninguna judía.

La devaluación de la profesión ha devenido en el deterioro del galeno como persona. Hasta inicios de la década de 1990, era tan respetado que, conforme a algunos entrevistados, los pacientes creían que “Dios guiaba sus manos”. Después de esa fecha, estos se convirtieron en clientes, por lo que no comprenden los principios y dinámicas del cuidado médico. También asumen que los

---

<sup>136</sup> La *integración vertical* también la desarrolla el Grupo Intercorp de la familia Rodríguez Pastor, quienes concentran el 80% de las ventas en farmacias a nivel nacional desde 2011 (Torres y Ciriaco 2018).

doctores reciben muy buenas remuneraciones como en otros países y épocas. En 2015, para alcanzar ese propósito, vale decir, ganar un mínimo de cinco mil soles mensuales, se necesitó ser hombre y experimentado según la Superintendencia Nacional de Salud y el Instituto Nacional de Estadística e Informática (citado en Taype-Rondán et al. 2017: 185-188).

En esta degradación, el Colegio Médico ha jugado un rol crucial, puesto que pocas veces ha defendido los derechos y causas históricas. A ello se agrega la falta de solidaridad entre los colegas. En consecuencia, la carrera ha perdido atractivo y estatus social dentro de la comunidad judía limeña, por lo que las familias ya no sacrifican mucho para que un hijo sea médico como en el siglo XX. Dado que un galeno maneja gran cantidad de información e ingresa al mundo laboral después de 10 años, la mayoría de la juventud judía limeña opta por profesiones que les ofrezca gran rentabilidad de manera fácil y rápida como Administración o ciencia computarizada.

Estas preferencias son alimentadas desde el colegio judío de Lima. De acuerdo a Yalonetzky, desde finales de la década del 2000, los líderes comunitarios se adaptaron al orden neoliberal y cambiaron la currícula sin menoscabar el *ethos* étnico. El objetivo es que los estudiantes respondan a las exigencias del mercado a través de la conexión con prestigiosas instituciones y programas de las sociedades postindustrializadas de élite. Así se asegura un primer piso de educación profesionalizada (2021: 82-87).

Pese a todo ello, los entrevistados intuyen que existe un alumno en cada promoción del colegio judío de Lima que todavía desea estudiar Medicina y prefieren hacerlo en la UPCH, porque mantiene prestigio y sus familias pueden solventarla. Cuando egresan, se van a radicar a otro país. Ellos buscan especialidades altamente quirúrgicas como Cirugía Plástica o Medicina Robótica en virtud de las cuantiosas remuneraciones.

A causa de la naturaleza de su profesión, los 27 médicos se dedicaron mucho a su trabajo y les fue difícil mantener un equilibrio con el tiempo dedicado a sus familias. No obstante, recalcaron que ambas esferas no son excluyentes. La abrumadora mayoría construyó hogares que se

inclinaron hacia la vida profesional, pero los cónyuges e hijos han sido empáticos y han estado orgullosos de ellos. Los testimonios de las tres últimas cohortes contienen mayores cargas de cansancio, puesto que han vivido los cambios estructurales acaecidos desde la década de 1980. Particularmente, la cuarta cohorte prefirió referirse a una armonía entre vida y trabajo, porque ambas son indesligables y hablar de equilibrio implica que la ocupación tenga una injusta carga negativa. Debido a su juventud, son muy dedicados y entusiastas en tener raudo impacto social.

Por su parte, las médicas sostuvieron que armonizar la vida familiar con el trabajo es más complicado para ellas a causa del sistema patriarcal. Por ejemplo, si piensan tener hijos es altamente probable que no las contraten. Así lo relató Catalina:

Desde la época del 2000, ha habido más mujeres que hombres. Cuando llegas a la especialización, esto se invierte porque también tienes vida privada. Cuando tienes un hijo en el residentado, no es tan fácil, ya que tienes que vivir en el hospital o en la clínica. Te miran con cara fea. En emergencia en la [clínica] Delgado, me dijeron para hacer guardias, porque sabían que ya había tenido un hijo, sino prefieren meter a un hombre, a solteronas o a las que ya tienen hijos grandes. Si eres mujer, hay dos opciones: una es que tu hijo lo hayas tenido dentro de los siete años de Medicina y con las justas pudiste acabar la carrera. Entonces, te quedas en investigación, auditoría médica, algo chiquito para trabajar, pero te dedicas más a tu familia y terminas teniendo más hijos. La otra es que esperes un tiempo como yo. Una tercera es que te quedes soltera.

Efectivamente, las cohortes señalaron que, en términos absolutos, desde finales del siglo XX, las mujeres han ingresado a Medicina en mayor cantidad que los hombres. El número varía dependiendo de la especialidad: en Ginecología y Pediatría abundan. Sin embargo, en términos relativos, al avanzar de nivel en la carrera, su presencia se reduce considerablemente por los motivos estructurales mencionados. Empero, los problemas no solo se presentan por ser potenciales madres, sino por su misma condición de mujer. A juzgar por la experiencia de Oriana, tanto en los doctores como en los pacientes abundan las prácticas sexistas, condescendientes y de menosprecio:

Ser mujer y médico es lo peor. Te ven con cara de bebé y te dicen 'doctorcita, ¡qué joven es usted!'. Eso es terrible. Yo me he pasado 16 años de mi vida estudiando. A mí nadie me ha regalado nada. Y eso pasa en todo el mundo. Por ejemplo, en Israel, los jefes ven adónde te pueden colocar dependiendo de la entrevista de trabajo. Un médico me miró y me dijo '¿cómo llegaste a ser médico?'. Le dije que se es médico con la cabeza.

A diferencia de estas complicaciones estructurales, ninguno de los 27 médicos tuvo problemas para desarrollar la profesión por ser miembro de una minoría religiosa. De hecho, todos son bastante seculares. Ciertamente, según Yalonetzky, en la judería limeña este componente es dominante, el cual moldea el sistema de creencias y prácticas evidenciado en la afinidad de clase y los valores de consumo propios de las élites laicas globalizantes (2021: 46-69). Por consiguiente, en Lima, ser médico y ortodoxo a la vez es atípico –cuando no difícil- por más que la ley religiosa judía habilite excepciones. Algunos incluso sostuvieron que el judaísmo y la Medicina tienen en común el aportar beneficios como la higiene y nutrición.

No obstante, los entrevistados respetan mucho la religión y cultura del pueblo judío. 17 están afiliados a alguna congregación comunitaria, cuya asistencia se ve facilitada, porque los locales se encuentran en sus áreas de residencia. En realidad, el traslado de estas y otras instituciones a zonas exclusivas limeñas fungió de fuerza centrípeta para la mudanza de sus miembros como Macarena:

Apenas llegamos [del extranjero], lo hicimos a San Borja, a Chacarilla, porque mis suegros estaban allá. Alquilamos un departamento cerca para que puedan cuidar a mi primer hijo. Después, compramos un departamento acá cerquita en [San Isidro], porque mi abuela materna vivía acá. O sea, para mí era súper difícil estar allá [en Chacarilla], porque no veía a nadie. Todos están por acá [en San Isidro]. Entonces, yo estaba muy acostumbrada a caminar y quería que mis hijos vayan al León Pinelo [colegio judío].

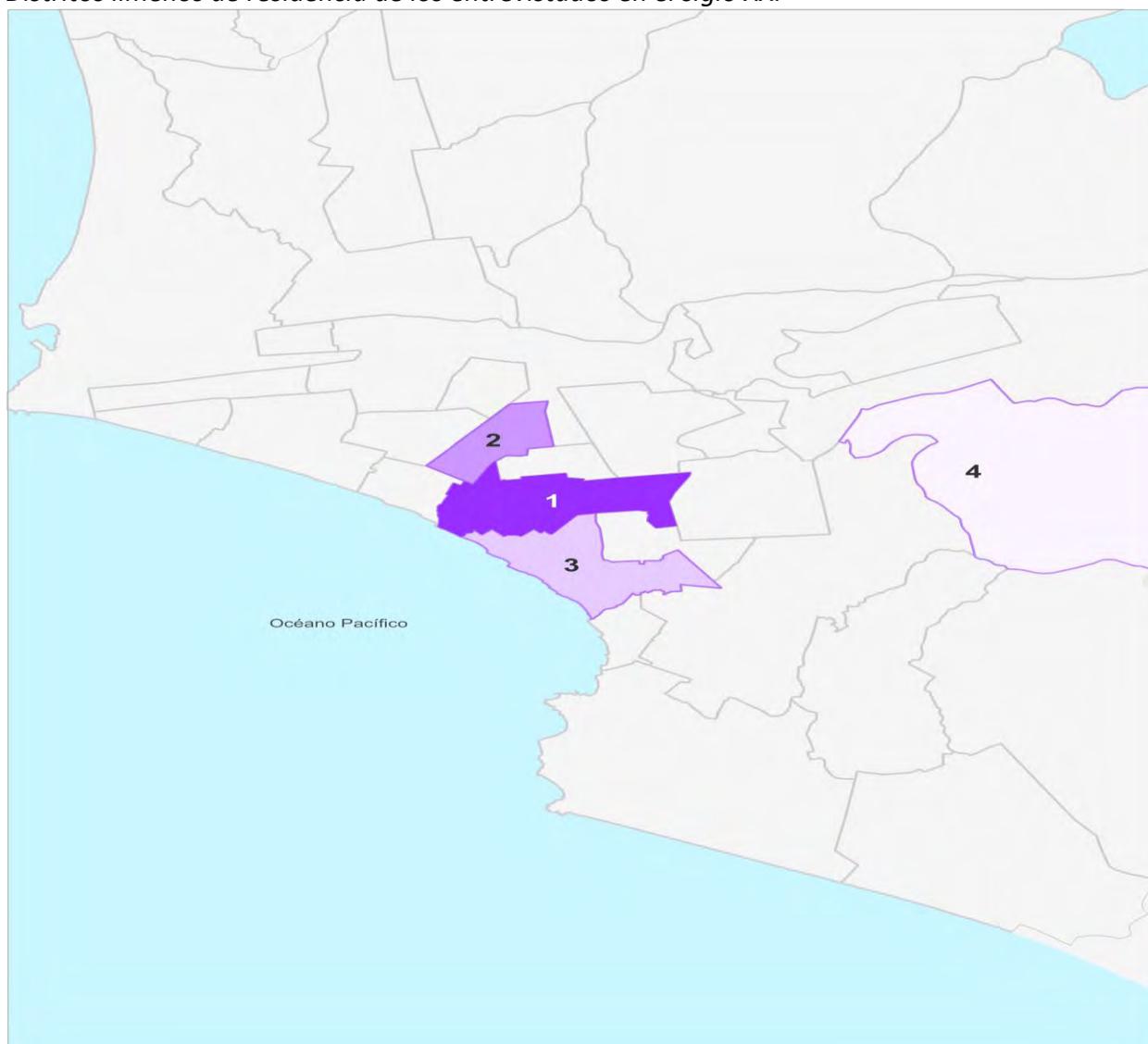
El testimonio también ilustra otra prueba de la movilidad social ascendente de los entrevistados respecto a la de sus abuelos y progenitores. Así, hasta 2019, 18 han vivido en San Isidro; dos, en Jesús María; dos, en Miraflores; y uno, en La Molina. Por su parte, cuatro residen en el extranjero: tres en Estados Unidos y uno en Canadá (en la Figura 15 de la página 140, ver los distritos de residencia donde se concentran las cohortes actualmente).

Por último, 24 entrevistados son próximos a la vida comunitaria organizada a través de la participación en eventos civiles y religiosos. Si estos coinciden con el trabajo, intentan conseguir reemplazos. Esta interacción demuestra su *identidad fusionada*, concepto utilizado por el psicólogo social Manuel Cañas para explicar cómo los limeños judíos preservan una autoestima y pertenencia colectiva a su etnogrupo a la vez que sienten una gran identificación y compromiso

con el Perú. En otras palabras, mientras más se reconocen como judíos, más lo hacen como peruanos (2019). Ello se distingue en su quehacer médico, ya que asumen un deber moral con el progreso social del país.<sup>137</sup>

### Figura 15

*Distritos limeños de residencia de los entrevistados en el siglo XXI*



#### Leyenda

- 1. San Isidro
- 2. Jesús María

- 3. Miraflores
- 4. La Molina

**Nota.** A mayor intensidad del color, mayor volumen de personas.

<sup>137</sup> Solo tres médicos –de la segunda y cuarta cohorte– no son asociados a ninguna institución comunitaria ni participan de la vida judía organizada, porque tienen muy baja o nula identificación con el judaísmo en tanto religión y cultura.

## 11. CONCLUSIONES

A partir de los testimonios orales de 27 entrevistados, la presente tesis buscó demostrar por qué y cómo los peruanos judíos instrumentalizaron la Medicina para obtener movilidad social ascendente en Lima entre 1947 y 2019. Este proceso, analizado desde el pregrado universitario hasta la consolidación profesional, estuvo determinado por tres factores estructurales: la configuración económica y sociocultural del Perú; el mejoramiento y la conservación del estatus socioeconómico; y el *habitus* educativo.

Los entrevistados son peruanos judíos descendientes de inmigrantes, quienes, en promedio, tuvieron bajos niveles de instrucción y se dedicaron al comercio en sus territorios de origen. Llegaron al Perú en la primera mitad del siglo XX y alcanzaron porvenir a partir de la innovación en sus quehaceres, explotando los resquicios del rígido esquema socioproductivo. No obstante, su desarrollo se facilitó por la solidaridad familiar y de la numéricamente pequeña comunidad judía, así como por los procesos de *blanqueamiento* que les permitieron mimetizarse con las clases blancas acomodadas.

Al igual que el resto de la población, los inmigrantes aprovecharon la continua masificación de la enseñanza básica y superior desde 1930. Esto impelió a que, junto con su descendencia, mejoren y conserven su caudal económico y estatus sociocultural. Sin embargo, los entrevistados subrayaron que, si bien el pueblo judío es heterogéneo en su procedencia territorial y pertenencia subétnica, mantiene un espíritu educativo bastante homogéneo. Este ha convertido a la inversión instructiva en un *habitus* o estilo de vida milenario que va más allá de ser un mecanismo que faculta la movilidad social ascendente. Por ende, están convencidos de que el cultivo permanente del conocimiento es el *ethos* de su progreso.

De esta manera, a raíz de la profesionalización de la progeie de los entrevistados, cada cohorte tuvo una mejor base material y sociocultural en relación a la anterior. Por ello, a diferencia de sus ascendentes y del grueso de la población nacional, el *punto cero* o de partida de su movilidad social fue la inscripción en escuelas privadas limeñas de élite, mayoritariamente en el colegio

judío, donde se practica un cierre social que reproduce las distinciones de clase. Por consiguiente, el capital sociocultural adquirido en esta esfera se amalgamó con el heredado de sus familias.

Este círculo subvencionó a los entrevistados la larga y costosa carrera de Medicina, puesto que el financiamiento estatal y privado ha sido muy limitado. Ellos la eligieron por ser una vía segura para lograr bienestar económico y estatus social. Ciertamente, desde mediados del siglo XX, la profesión coadyuvó al *blanqueamiento* de los individuos, porque ha sido practicada por los grupos acomodados, quienes también la utilizaron como dispositivo de distinción.

No obstante, estudiar Medicina terminó de definirse en virtud de dos acotamientos. En primer lugar, fue casi la única opción para el 63% de entrevistados, especialmente para los de las primeras cohortes. Ello se debe a que fue una de las principales actividades ofrecidas por el pequeño mercado nacional: el Estado necesitó galenos. Además, en los circuitos sociales primarios, vieron su dedicación como *algo natural*. En otras palabras, el armazón socioproductivo los limitó e internalizaron que aseguraba hasta el porvenir existencial. En segundo lugar, el 37% de los entrevistados, sobre todo los de las cohortes más jóvenes, recibió la presión de sus progenitores, sus familias y la comunidad judía. Estos entornos con mentalidad tradicional desconfiaron de las profesiones aparecidas desde la década de 1960 como herramientas para atesorar y multiplicar el legado.

Entre finales de la década de 1940 y finales de la década de 1970, las dos primeras cohortes se formaron mayoritariamente en instituciones públicas. Esto obedece a que la UNMSM era la única que ofrecía Medicina y, cuando surgieron otras de tipo público, casi no igualaron su prestigio. La tendencia se invirtió desde inicios de la década de 1980, debido al ocaso del Estado desarrollista y al fortalecimiento de la narrativa por la cual se obtiene movilidad social ascendente a través del sector privado. Por ende, centralmente las dos últimas cohortes, formaron parte de las clases que demandaron recibir educación particular y se matricularon en la UPCH. Esta se convirtió en la principal competidora de la UNMSM, aunque la excelencia académica ha tenido altibajos.

Desde la imposición del Estado neoliberal a comienzos de la década de 1990, estudiar en la UNMSM significó pertenecer a las clases populares y emergentes, y avalar una concepción social de la Medicina. En cambio, formarse en la UPCH implicó integrar los estratos mesocráticos y acomodados, y ejercer una práctica privada liberal. Los entrevistados tuvieron varios compañeros judíos, fundamentalmente los de la primera cohorte, pero la cantidad disminuyó relativamente desde inicios de la década de 1970, porque comenzaron a instruirse en el extranjero. Esto evidencia el proyecto financiado por sus familias que devendrá en el ascenso colectivo, y la sobrerrepresentación de médicos como proporción de la pequeña judería limeña.

Similar volumen se reflejó en los renombrados profesores judíos. Junto con los no judíos, primordialmente los de la UNMSM especializados en Estados Unidos, establecieron una relación jerárquica hacia sus pupilos. Particularmente, la enseñanza de las primeras cohortes estuvo teñida por el *racismo silencioso*. Desde mediados del siglo XX, esta práctica abonó en la imagen del médico como un actor *decente* con estatus de *blanco real* u *honorario*, aunque desde la década de 1980, las remuneraciones del promedio descendieron, por lo que muchos se trasladaron al sector privado.

La primera cohorte fue la que más vínculos estrechó con sus maestros. Durante la segunda mitad de la década de 1950, ellos los influenciaron a realizar las mismas especialidades no quirúrgicas. En contraste, si bien las otras cohortes también solieron optar por este tipo de especialidades, su decisión se basó en el gusto personal. Además, desde mediados de la década de 1970, a fin de suplir el déficit en la oferta y obtener mejores salarios, lo hicieron de manera escolarizada en Lima y el extranjero. Conseguir las vacantes dependió de la fuerte competencia más que de la capacidad económica como en las épocas de la primera cohorte.

En el aspecto laboral, también ocurrió esta dualidad. La primera cohorte instrumentalizó la relación con sus docentes, quienes fueron prominentes autoridades académicas y políticas. En el apogeo del Estado desarrollista, a finales de la década de 1950, los insertaron en los principales hospitales de Lima y Venezuela, y se convirtieron en una estable clase asalariada. A pesar del

deterioro histórico, la disputa por trabajar en esos espacios ha sido alta, debido a la riqueza de los casos, la calidad del personal y las mayores probabilidades de ganar fondos de investigación.

Por su parte, desde finales de la década de 1970, las formas de inserción del resto de las cohortes variaron conforme a la transformación de los mercados. Por ejemplo, desde 1995, se incrementó la postulación a entidades públicas, ya que varios entrevistados de las últimas cohortes, sobre todo especializados en el extranjero, lograron su primer empleo allá donde la estructura los absorbe ágilmente. La tendencia a especializarse, laborar y residir fuera del Perú será mayoritaria en las nuevas generaciones del siglo XXI.

Sin embargo, dado que el Perú se vincula sociolaboralmente a través del padrinazgo, amiguismo o *vara*, la instrumentalización de las redes familiares en Lima, especialmente en instituciones privadas, es el método que más resalta en las tres últimas cohortes. El mejor ejemplo es la contratación de 11 entrevistados en las cuatro clínicas fundadas por médicos peruanos judíos durante la segunda mitad del siglo XX: Javier Prado, San Borja, Ricardo Palma y Kirschbaum.

A pesar de los riesgos políticos y económicos, estas se erigieron a causa del deterioro de los hospitales, y apuntaron a las crecientes clases medias y altas. Los fundadores especializados quisieron tener un espacio donde desarrollarse, innovar y competir empresarialmente, por lo que se asociaron con galenos no judíos de estratos acomodados. Estos proyectos han representado la modernización tecnológica, marcaron hitos en la historia de la Medicina peruana y han servido para consolidar a muchos doctores peruanos judíos.

Para mantener su prestigio, han contratado a médicos de importantes universidades. Empero, al igual que otras clínicas limeñas de élite, suelen practicar un cierre social contractual. Así, los egresados y/o especializados en la UPCH o en el extranjero tienen la prioridad, ya que se les considera familiarizados con cierta élite y dominan las *habilidades blandas*. Por ello, principalmente desde la imposición del Estado neoliberal en la década de 1990, se instauró un sentido de pertenencia a las clases acomodadas al desenvolverse en ambos ambientes.

En general, las clínicas han sido epicentro del desprestigio de la profesión. Esto comenzó con la desregulación global del mercado en la década de 1980, que profundizó la multiplicación de Facultades de Medicina sin sustentos técnicos. En la década de 2010, las clínicas Ricardo Palma y San Borja fueron compradas por las compañías de seguro, las cuales son subsidiarias de cuasi monopolios familiares que mercantilizan la salud a través de estrategias para recuperar rápidamente su inversión. Por el contrario, las clínicas Kirschbaum y Javier Prado han resistido estos embates, porque su estructura societaria solo permite que sus herederos sanguíneos adquieran las acciones.

El descrédito de la profesión ha devenido en la deshumanización del médico. El neoliberalismo convirtió a los pacientes en clientes, quienes ya no los respetan como antaño ni descifran las directrices de las corporaciones. No obstante, el desempleo, subempleo, la remuneración y valoración es peor en las mujeres, debido a la cultura patriarcal. Si bien desde la década de 1960 su presencia aumentó sobre todo en algunas especialidades, conforme avanza el nivel de la carrera, aquella disminuye.

En consecuencia, la Medicina ha perdido atractivo dentro y fuera de la comunidad judía, ya que no garantiza la movilidad social ascendente como en la segunda mitad del siglo XX. Aparte, cada vez más está al alcance de los estratos mesocráticos y emergentes, por lo que su estatus aminora y ya no funciona como herramienta de distinción. Como resultado, las familias ya no invierten mucho para que los jóvenes judíos limeños del siglo XXI sean médicos, porque sus aspiraciones socioeconómicas de élite, respaldadas en las especializaciones, colisionan al obtener un puesto laboral inestable.

Aunque han tenido que desempeñarse en múltiples empleos exclusivamente en el sector privado para sumar buenos haberes, los entrevistados han forjado prestigio. Los pacientes los eligen por su calidad y les es irrelevante su pertenencia a una minoría religiosa. El éxito fue facilitado por el apoyo familiar y su estilo de vida secular. Si bien no todos se volvieron millonarios, sí lograron movilidad social ascendente. Muestra de ello es la residencia mayoritaria en el distrito de élite

de San Isidro en las primeras décadas del siglo XXI. Esto es más notorio al comparar la clase de origen de sus ascendentes, sus actividades económicas y los distritos populares y mesocráticos donde vivieron.

“Mi hijo el médico” es una frase recurrente en los testimonios y demuestra no solo la alta valoración que las familias peruanas judías le han profesado a la Medicina, sino que la educación superior ha sido un vehículo que reproduce a los estratos acomodados y los protege del desclasamiento. Esto es más perceptible en los 13 entrevistados que forman parte de las 12 dinastías familiares médicas y absorbieron el *habitus* de su círculo primario. En varios casos, esta incidencia fue deliberada por la responsabilidad de encargarse de los negocios familiares, lo que revela la evolución de la instrumentalización de la Medicina, pues los hijos y nietos aprovecharon todo lo construido. Estas generaciones, entonces, representan el proceso de llegada de la movilidad social ascendente que comenzó con mecanismos diferentes en tiempos anteriores.

La presente tesis constató que la Medicina ha sido un dispositivo abierto para ascender socioeconómicamente en el Perú. Sin embargo, lo judío funcionó como un marcador de diferencia en tanto los entrevistados fueron vistos como blancos de élite con un *habitus* educativo. Convertirse en galenos profundizó dicha singularidad. En conclusión, ser médico judío en Lima entre 1947 y 2019 significó dos cosas a la vez: pertenecer a una élite ocupacional sobrerrepresentada dentro de una élite socioétnica e integrar una élite socioprofesional fuera de ese colectivo. De este modo, la movilidad social ascendente de los entrevistados a partir de la instrumentalización de la Medicina también fue facilitada por haber estado constantemente ligados a las élites.

Si bien el análisis de las continuidades y los cambios de los médicos peruanos judíos se inscriben en la Historia Social, la investigación dialogó con la Historia de la Salud y con disciplinas como la Antropología y Sociología. Sus experiencias, además, podrían servir para realizar estudios comparativos con otras juderías latinoamericanas y con otras minorías inmigrantes en el Perú, así como indagar acerca de las herméticas clases altas limeñas.

## LISTA DE REFERENCIAS

### FUENTES PRIMARIAS ORALES:

27 entrevistas a médicos peruanos judíos

### FUENTES PRIMARIAS:

Dirección Nacional de Estadística. 1944. *Censo nacional de población y ocupación de 1940. Volumen 1*. Lima: Ministerio de Hacienda y Comercio, Dirección Nacional de Estadística.

Oficina de Estadística e Informática. 1992. *Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos*. Lima: Ministerio de Salud.

Placas conmemorativas de egresados de la Facultad de Medicina de la UNMSM.

Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 1958. *Censo del alumnado*. Lima: Comisión Coordinadora de la Reforma UNMSM.

Zwilich, Herman. 1966. *Vendedor de Chismes*. Lima: Cuadernos Peruanos Israelíes.

### FUENTES DOCUMENTALES SECUNDARIAS:

Abramovich, Jaysuño. 1973. *La industria pesquera en el Perú: génesis, apogeo y crisis*. Lima: Centro de Investigaciones Económicas y Sociales de la UNFV.

Aceves, Jorge (coordinador). 2000. *Historia oral: ensayos y aportes de investigación*. Ciudad de México: CIESAS.

Arroyo, Juan. 2000. *Salud: la reforma silenciosa*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Balbi, Carmen y Arámbulo, Carlos. 2012. "La recomposición de las clases medias y el voto en el Perú". En Plaza, Orlando (coord.). *Cambios sociales en el Perú, 1968-2008: homenaje a Denis Sulmont*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú, pp. 245-270.

Benavides, Martín. 2004. "Educación y estructura social en el Perú: un estudio acerca del acceso a la educación superior y la movilidad intergeneracional en una muestra de trabajadores urbanos". En McLaughlan, Patricia et al. *¿Es posible mejorar la educación peruana?: evidencias y posibilidades*. Lima: GRADE, pp. 125-146.

Benavides, Martín et al. 2015. "Expansión y diversificación de la educación superior universitaria y su relación con la desigualdad y la segregación". *Documento de Investigación 78*. Lima: GRADE.

Berríos, Jorge. 2014. *La Facultad de Medicina Alberto Hurtado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia 1961-2011*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Bourdieu, Pierre. 1998. *La distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Madrid: Taurus.

Burke, Peter. 2000. *Historia y Teoría Social*. México D.F.: Instituto de Investigaciones Dr. José María Luis Mora.

Bustíos, Carlos. 1985. *Atención médica y su contexto, Perú 1963-1983*. Lima: Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud.

Bustíos, Carlos. 1998. *Perú: La salud pública durante la república demoliberal*. Lima: UNMSM.

Bustíos, Carlos y Swayne, Julio. 1998. *Situación de la Fuerza de Trabajo Médico en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud.

Cardó, Andrés et al. 1989. *Planificación y desarrollo de la educación en el Perú: un análisis de la experiencia del período 1948-1985*. París: Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación.

Centurión, Enrique. 1924. *El Perú actual y las colonias extranjeras: la realidad actual y el extranjero en el Perú a través de cien años, 1821-1921*. Lima: Instituto Italiano d' Arti Grafiche.

Contreras, Carlos. 1996. "Maestros, mistis y campesinos en el Perú rural del siglo XX". *Documento de Trabajo 80. Serie Historia 16*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Contreras, Carlos y Cueto, Marcos. 2007. *Historia del Perú contemporáneo. Desde las luchas por la independencia hasta el presente*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Cosamalón, Jesús. 2017. *El juego de las apariencias. La alquimia de los mestizajes y las jerarquías sociales en Lima, siglo XIX*. Ciudad de México: El Colegio de México – Instituto de Estudios Peruanos.

Cueto, Marcos et al (editores). 2009. *El rastro de la Salud en el Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia e Instituto de Estudios Peruanos.

De la Cadena, Marisol. 2014. "El racismo silencioso y la superioridad de los intelectuales en el Perú". En De la Cadena, Marisol et al. *Racismo y Etnicidad*. Lima: Ministerio de Cultura.

Elkin, Judith. 2011. *The Jews of Latin America*. Ann Arbor, MI: University of Michigan.

Flint, Pinkas. 1999. *Grupos de poder y derecho en el Perú. El caso de las industrias harineras y oleaginosas*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Fukumoto, Mary. 1997. *Hacia un nuevo sol*. Lima: Asociación Peruano Japonesa del Perú.
- Garfias, Marcos. 2015. "La persistencia de las desigualdades en el ámbito de la educación universitaria. El caso de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1940-2000". En Cuenca, Ricardo (editor). *La educación universitaria en el Perú: democracia, expansión y desigualdades*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, pp. 105-160.
- Giddens, Anthony. 2002. *Sociología*. Madrid: Alianza Editorial.
- Herrera, Roberto. 2006. *La perspectiva teórica en el estudio de las migraciones*. México: Siglo XXI Editores.
- Huber, Ludwig y Lamas, Leonor. 2017. *Deconstruyendo el rombo: consideraciones sobre la nueva clase media en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- Kogan, Liuba. 2012. "Desestabilizar el racismo: el silencio cognitivo y el caos semántico". En Sanborn, Cynthia (editora). *La discriminación en el Perú: Balance y Desafíos*. Lima: Universidad del Pacífico, pp. 29-49.
- Malpica, Carlos. 1989a. *El poder económico en el Perú. Tomo I: Los bancos nacionales y sus filiales*. Lima: Mosca Azul Editores.
- Malpica, Carlos. 1989b. *El poder económico en el Perú. Tomo II: Accionistas de financieras, seguros, bancos regionales y otros empresarios nacionales*. Lima: Mosca Azul Editores.
- Malpica, Carlos. 1989c. *El poder económico en el Perú. Tomo III: Empresas de capital extranjero*. Lima: Mosca Azul Editores.
- Marazzani, Emilio. 1970. 1870-1970: Cien años de vida judía en el Perú. Lima: Cuadernos Peruano-Israelíes.
- Millies, Diana. 2007. *Echando raíces: 180 años de presencia alemana en el Perú*. Lima: s.n.
- Millones, Luis. 1973. *Minorías étnicas en el Perú*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Mitrani, Henry (compilador). 2005. *Ser judío en el Perú*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú.
- Montagne, Alfonso. 2011. *Raíces y perfil histórico de la medicina peruana: fundación de la Universidad Cayetano Heredia*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Morimoto, Amelia. 1991. *Población de origen japonés en el Perú*. Lima: Comisión Conmemorativa del 90 Aniversario de la Inmigración Japonesa al Perú.

Morimoto, Amelia. 1999. *Los japoneses y sus descendientes en el Perú*. Lima: Fondo Editorial del Congreso del Perú.

Nureña, César. 2021. *La argolla peruana: una investigación antropológica sobre el poder y la exclusión social*. Lima: Crítica.

Oliart, Patricia. 1995. "Poniendo a cada quien en su lugar: estereotipos sexuales y raciales en la Lima del siglo XIX". En Portocarrero, Felipe y Aldo Panfichi (eds.) *Mundos Interiores: Lima, 1850-1950*. Lima: Universidad del Pacífico, pp. 261-289.

Pamo, Óscar. 1990. *Temas de la historia médica del Perú*. Lima: Megaprint.

Paz Soldán, Carlos. 1932. *La Escuela Médica Peruana*. Lima: Instituto de Medicina Social de la Facultad de Medicina de Lima.

Paz Soldán, Carlos. 1957. *Decanos, Maestros y Médicos de la Facultad de Medicina*. Lima: Instituto de Medicina Social.

Pérez, Simón. 1969. *Medio siglo de admisión a San Marcos*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Portocarrero, Felipe. 2017. *Grandes fortunas en el Perú: 1916-1960*. Lima: Universidad del Pacífico.

Portocarrero, Gonzalo. 1993. *Racismo y mestizaje*. Lima: Sur Casa de Estudios del Socialismo.

Poulsen, Karen. 2018. *¡Somos Ciudadanas!: Ciudadanía y sufragio femenino en el Perú*. Lima: Jurado Nacional de Elecciones, Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú.

Reátegui, Luciana et al. 2022. *¿De qué colegio eres? La reproducción de la clase alta en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Sakuda, Alejandro. 1999. *El futuro era el Perú. Cien años o más de inmigración japonesa*. Lima: ESICOS.

Salaverry, Oswaldo (editor) y Delgado, Gustavo (compilador). 2000. *Historia de la Medicina peruana en el siglo XX*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Segal, Ariel. 1999. *Jews of the Amazon: Self-exile in the earthly paradise*. Philadelphia, PA: The Jewish Publication Society.

Segal, Jaime y Sterental, Abraham. 2011. *Noveselitz. Una ciudad, una historia*. Caracas: s.n.

Trahtemberg, León. 1987. *La inmigración judía al Perú 1848-1948*. Lima: Sesator.

Trahtemberg, León. 1988. *Demografía judía del Perú*. Lima: Unión Mundial ORT.

Trahtemberg, León. 1989. *Vida judía en Lima y en las provincias del Perú: un recuento histórico documentado sobre la presencia judía en el territorio del Perú en el siglo XX*. Lima: Improffset.

Trahtemberg, León. 1991. *Participación del Perú en la Partición de Palestina*. Lima: Colegio León Pinelo.

Universidad Peruana Cayetano Heredia. 1997. *Universidad Peruana Cayetano Heredia: XXXV Aniversario*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Valderrama, Mariano y Ludmann, Patricia. 1979. *La oligarquía terrateniente: ayer y hoy*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Vivanco, Guillermo. 1940. *Legislación peruana sobre extranjeros*. Lima: Imprenta Americana.

Zárate, Esteban y Cárdenas, Maximiliano. 2017. *Sociedad y cogobierno en San Marcos. Lima, 1961*. Lima: s.n.

Zwilich, Herman. 1963. *En serio y en broma: crónicas humorísticas*. Lima: Cecil.

#### PUBLICACIONES PERIÓDICAS:

Bonifaz, Jorge. 1946. "La condición jurídica del extranjero en el Perú". *Revista de la Universidad Católica*. Número 2, Tomo XIV: 206-348.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1913-1914*. Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1927*. Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1929*. Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1931*. Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1933-1934*. Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1935*. Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1939*. Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1941-1942*. Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1943-1944.* Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1948-1949.* Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1953-1954.* Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1955-1956.* Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1962-1963.* Lima: Guía Lascano.

*El libro de oro: álbum social de Lima, Callao y Balnearios. 1968-1969.* Lima: Guía Lascano.

Freeburger, Adela y Hauch, Charles. 1964. "Education in Peru". *Bulletin of The United States Office of Education*. N° 33: 1-69.

Lossio, Jorge. 2021. *Pandemias y salud pública. Historias de cuarentenas y vacunaciones*. Primera edición digital. Lima: Ministerio de Cultura – Proyecto Especial Bicentenario de la Independencia del Perú.

Maldonado, Héctor y Puertas, María Elizabeth. 2012. "Las mujeres y las ciencias de la salud, UNMSM 1930-1956". *Investigaciones sociales*. Vol. 16, número 29: 109-118.

Marcone, Mario. 1992. "El Perú y la inmigración europea en la segunda mitad del siglo XIX". *Histórica*. Volumen 16, junio: 63-88.

Martínez-Flener, Milagros. 2005. "La colonia austriaca en el Perú durante la época del fascismo europeo (1933-1945)". *Bulletin de L'Institut Français d'Étudies Andines*. Tomo 34, número 1: 81-102.

McLauchlan, Patricia. 1994a. "Dinámica de la transformación del sistema educativo en el Perú". *Notas para el debate*. Número 12: 53-98.

McLauchlan, Patricia. 1994b. "La situación de las universidades peruanas". *Notas para el debate*. Número 12: 9-38.

Oboler, Suzanne. 1996. "El mundo es racista y ajeno: orgullo y prejuicio en la sociedad limeña contemporánea". *Documento de Trabajo 74. Serie Antropología 10*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 25, enero, 1934: 1-48.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 26, febrero, 1934: 1-48.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 27, marzo, 1934: 1-48.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 28, abril, 1934: 1-32.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 29, mayo, 1934: 1-48.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 30, junio, 1934: 1-48.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 31, julio, 1934: 1-48.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 32, agosto, 1934: 1-48.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año III, N° 33, setiembre, 1934: 1-24.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año IV, N° 33, setiembre, 1934: 1-16.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año IV, N° 34, octubre, 1934: 1-34.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año IV, N° 35, noviembre, 1934: 1-50.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año IV, N° 36, diciembre 1934-enero 1935: 1-46.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año IV, N° 37, julio, 1935: 1-36.

Unión Israelita del Perú. *Revista Nosotros: Órgano Oficial de la Unión Israelita del Perú*. Año V, N° 40, diciembre, 1935: 1-16.

## RECURSOS ELECTRÓNICOS:

Alva, Javier et al. 2011. "Oferta y demanda de campos de práctica clínica para la formación de pregrado de estudiantes de ciencias de la salud en el Perú, 2005-2009". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Volumen 28, número 2: 194-201.

<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/484>

American Jewish Committee. *American Jewish Year Book*. American Jewish Committee Archives.

<https://ajcarchives.org/main.php?GroupingId=40>

Bardález, Carlos. 2020. "Privados de salud. Los límites de la respuesta pública frente al COVID-19". *Quehacer*. N° 5 Segunda Época, marzo-junio.

<http://revistaquehacer.pe/n5#privados-de-salud>

Benza, Paolo. 2020. "El cartel 'fáctico' de las medicinas". *Portal de Investigación Periodística IDL-Reporteros*.

<https://www.idl-reporteros.pe/cartel-factico-de-medicinas/>

Bonfiglio, Giovanni. 1986. "Introducción al estudio de la inmigración europea en el Perú". *Apuntes. Revista de Ciencias Sociales*. Número 18, Primer Semestre: 93-127.

<https://revistas.up.edu.pe/index.php/apuntes/article/view/228>

Böhm, Günter. 1988. "Inmigración de judíos de habla alemana a Chile y Perú durante el siglo XIX". *Jahrbuch Für Geschichte Lateinamerikas*. Vol. 25: 455-493.

<https://www.vr-elibrary.de/doi/10.7767/jbla.1988.25.1.455>

Burstein, Zuño. 2014. "Historia de los programas de formación y titulación de médicos especialistas en el Perú". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Volumen 31, número 3: 598-600.

<https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/101>

Bustíos, Carlos. 2003. "Notas sobre la historia de la educación médica en el Perú. Segunda Parte: 1933-1980". *Acta Médica Peruana*. Vol. XX N° 3: 133-149.

<https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/1699>

Bustíos, Carlos. 2020a. "El cisma y la renovación de la Facultad de Medicina de San Fernando". *Voces en Salud Pública*.

<https://vocesen saludpublica.blog/2020/12/08/el-cisma-y-la-renovacion-de-la-facultad-de-medicina-de-san-fernando/>

Bustíos, Carlos. 2020b. “La Facultad de Medicina de San Fernando durante la ‘Patria Nueva’ y la crisis de los años treinta”. *Voces en Salud Pública*.

<https://vocesensaludpublica.blog/2020/12/08/la-facultad-de-medicina-de-san-fernando-durante-la-patria-nueva-y-la-tesis-de-los-anos-treinta/>

Bustíos, Carlos. 2020c. “La Facultad de Medicina de San Fernando en los inicios de la recomposición social en el Perú”. *Voces en Salud Pública*.

<https://vocesensaludpublica.blog/2020/12/08/la-facultad-de-medicina-de-san-fernando-en-los-inicios-de-la-recomposicion-social-en-el-peru/>

Bustíos, Carlos et al. 2007. “Características laborales del médico joven egresado de la Facultad de Medicina San Fernando”. *Anales de la Facultad de Medicina*. Volumen 68, número 1: 19-28.

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/1235>

Carrasco, Víctor et al. 2008. “Análisis actual y prospectivo de la oferta y demanda de médicos en el Perú 2005-2011”. *Acta Médica Peruana*. Vol. XXV N° 1: 22-29.

<https://amp.cmp.org.pe/index.php/AMP/article/view/1338>

Castillo, Javier. 2019. “Clínica Javier Prado”. *Revista Misión Salud*. Año 1, Número 8: 11.

<http://misionsalud.com/wp-content/uploads/2019/01/REVISTA-MISION-SALUD-LIMA-08.pdf>

Clínica Ricardo Palma – Sección Nosotros

<https://www.crp.com.pe/nosotros/>

DellaPergola, Sergio. 2022. “Jewish Populations, Migrations, and Identities in the Americas: The Shared and the Particular”. En *Contemporary Jewry*. Número 41, 755-791.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s12397-022-09416-3>

DellaPergola, Sergio. 2023. “World Jewish Population 2022”. En *American Jewish Year Book 2022*. Número 122, 291-402.

[https://doi.org/10.1007/978-3-031-33406-1\\_7](https://doi.org/10.1007/978-3-031-33406-1_7)

Delpino, Ladis. 2007. “Dra. Eva Jacobowitz Fuchs de Baer”. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. Volumen 20, número 4: 166-168.

<https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/issue/view/35>

Diario La República. 2003. “Hermanas de Toledo fundan ONG para captar donaciones”.

<https://larepublica.pe/politica/351311-hermanas-de-toledo-fundan-ong-para-captar-donaciones/?ref=lre>

Diario La República. 2023. "Cancelan licenciamiento de carreras de Medicina por la contrarreforma del Congreso".

<https://larepublica.pe/sociedad/2023/02/04/sunedu-cancelan-licenciamiento-de-carreras-de-medicina-la-contrarreforma-del-congreso-contrarreforma-ley-universitaria-consejo-directivo-190720>

Echeverría, Bolívar. 2010. *Modernidad y blanquitud*. México D.F.: Ediciones Era.

<https://vdocuments.mx/echeverria-bolivar-modernidad-y-blanquitud.html?page=1>

Efron, John. 2001. *Medicine and the German Jews: A History*. New Haven and London: Yale University Press.

<https://ebookcentral.proquest.com/lib/bibpucp-ebooks/detail.action?docID=3420091>

Fonseca, Juan. 2003. "Educación para un país moderno: el 'Lima High School' y la red educativa protestante en el Perú (1906-1945)". En *XXIV International Congress of the Latin American Studies Association*.

<https://www.angelfire.com/pe/jorgebravo/LimaHighSchool.pdf>

Freidenreich, Harriet. 1996. "Jewish women physicians in Central Europe in the early Twentieth Century". *Contemporary Jewry*. Vol. 17, Issue 1: 79-105.

<https://web-p-ebsohost-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=ae210c9a-4940-40d8-9a78-67c54b741607%40redis>

Germani, Gino. 1961. "Estrategia para Estimular la Movilidad Social". *Desarrollo Económico*. Vol. I, N° 3, octubre-diciembre: 59-96.

<https://www.educ.ar/recursos/91264/estrategia-para-estimular-la-movilidad-social/download/inline>

Gonzales, Antonio. 1993. "Asignación de recursos públicos para la educación superior universitaria: Perú 1960-1990". *Notas para el debate*. Número 12: 37-74.

<http://www.grade.org.pe/publicaciones/58-asignacion-de-recursos-publicos-para-la-educacion-superior-universitaria-peru-1960-1990/>

Hernández, Adriana. 2019. "Los judíos y la Medicina. Una profesión en dos contextos". *Cuadernos Judaicos*. Número 36, diciembre: 72-83.

<https://cuadernosjudaicos.uchile.cl/index.php/CJ/article/view/55865>

Lestchinsky, Jacob. 1944. *Jewish migration for the past hundred years*. New York: Yiddish Scientific Institute-YIVO.

<http://fau.digital.flvc.org/islandora/object/fau%3A32211>

Lip, César et al. 2000. "Situación del profesional médico cirujano a ocho años de iniciada la reforma de la salud y la seguridad social". *Anales de la Facultad de Medicina*. Volumen 61, número 2: 99-124.

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/4320>

Mac Gregor, Felipe S.J. 1988. *Sociedad, ley y Universidad peruana*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú. Segunda edición.

<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/70619>

Maguiña, Ernesto. 2010. "Un acercamiento al estudio de las inmigraciones extranjeras en el Perú durante el siglo XIX y las primeras décadas del siglo XX". *Tierra Nuestra*. Vol. 8, número 1: 65-96.

<https://revistas.lamolina.edu.pe/index.php/tnu/article/view/100>

Meza Cuadra, Antonio y Bendezú, Rafael. 1966. "Situación económico social del médico en América". *Anales de la Facultad de Medicina*. Volumen 49, número 2: 216-245.

<https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/5574>

Museo Judío del Perú. "Movimientos Juveniles".

<https://www.mjp.org.pe/web3/institucion11.php>

Museo Judío del Perú. "Sección de Instituciones – Sociedad Sefardí".

<https://www.mjp.org.pe/web3/institucion13.php>

Münster, Irene. 2023. "Crónicas de la comunidad: los periódicos judíos en Sudamérica". *Cuadernos Judaicos*. Número 40, agosto: 121-157.

<https://cuadernosjudaicos.uchile.cl/index.php/CJ/article/view/71670>

Nes-El, Moshé. 1997. "Los judíos en la formación ideológica de los movimientos socialista y comunista en el Perú". *Judaica Latinoamericana*. Jerusalén: AMILAT. Tomo III: 163-173.

<https://amilat.online/tomo-iii/>

Obregón, Wilber. 2019. "El porvenir de las razas: el racismo en el Perú entre los siglos XIX y XX". *Análisis*. Volumen 51, Número 94, enero-junio: 81-100.

<https://www.redalyc.org/journal/5155/515559181003/515559181003.pdf>

Observatorio Nacional de Recursos Humanos en Salud. 2005. *Informe al país: Situación y desafíos de los recursos humanos en salud. Gobernabilidad y desempeño con desarrollo humano*. Lima: Ministerio de Salud – Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/352881-informe-al-pais-situacion-y-desafios-de-los-recursos-humanos-en-salud-gobernabilidad-y-desempeno-con-desarrollo-humano>

Orquesta Sinfónica Nacional del Perú – Sección Nuestra Historia

<https://elencos.cultura.pe/elencos-nacionales/orquesta-sinfonica-nacional/nuestra-historia>

Pamo, Óscar. 2007. “Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica”. *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*. Volumen 20, número 3: 109-122.

<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-484314>

Porturas, Fernando. 1999. “Origen de la Universidad Peruana Cayetano Heredia”. *Revista Médica Herediana*. Volumen 10, número 4: 151-166.

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RMH/article/view/618>

Quiroz, Alfonso. 1988. “Financial Leadership and the Formation of the Peruvian Elite Groups, 1884-1930”. *Journal of Latin American Studies*. Vol. 20, N° 1: 49-81.

<https://www-jstor-org.ezproxybib.pucp.edu.pe/stable/157329>

Rein, Raanan y Lesser, Jeffrey. 2007. “Nuevas aproximaciones a los conceptos de etnicidad y diáspora en América Latina: la perspectiva judía”. *Estudios Sociales*. Volumen 32, número 1: 11-30.

<https://bibliotecavirtual.unl.edu.ar/publicaciones/index.php/EstudiosSociales/article/view/2586>

Rodríguez, Jorge. 2019. “La investigación en la universidad peruana”. *Quehacer*. N° 3 Segunda Época, junio-agosto.

<http://revistaquehacer.pe/n3#la-investigacion-en-la-universidad-peruana>

Salazar, Elizabeth. 2021. “Los ocho grupos económicos detrás del negocio de la salud en Perú”. *Portal de Investigación Periodística Ojo Público*.

<https://ojo-publico.com/3225/los-ocho-grupos-economicos-detras-del-negocio-de-la-salud>

Seclén, Eloy. 2019. “El estudiante modelo (económico)”. *Quehacer*. N° 3 Segunda Época, junio-agosto.

<http://revistaquehacer.pe/n3#el-estudiante-modelo-economico>

Senkman, Leonardo. 2001. “Los judíos en la construcción de la modernidad latinoamericana. Un balance crítico de algunas interpretaciones socio-históricas sobre Brasil y Argentina”. *Judaica Latinoamericana*. Jerusalén: Magnes University Press, vol. IV: 307-344.

<https://amilat.online/tomo-iv/>

Shenfarber, Cecilia. 2013. “Judíos chilenos: la incorporación de los inmigrantes judíos en Chile 1890-1926”. *Judaica Latinoamericana*. Jerusalén: AMILAT. Tomo VII: 197-213.

<https://amilat.online/tomo-vii/>

Taype-Rondán, Álvaro et al. 2017. "Ingresos económicos en médicos peruanos según especialidad: un análisis transversal de la ENSUSALUD 2015". *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Volumen 34, número 2: 183-191.

<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2517>

Torres, Fabiola. 2015. "Las batallas legales del monopolio farmacéutico". *Portal de Investigación Periodística Ojo Público*.

<https://ojo-publico.com/36/las-batallas-legales-del-monopolio-farmacaceutico>

Torres, Fabiola y Ciriaco, Mayte. 2018. "Las maniobras de las cadenas para controlar el negocio de las medicinas". *Portal de Investigación Periodística Ojo Público*.

<https://ojo-publico.com/601/las-maniobras-de-las-cadenas-para-controlar-el-negocio-de-las-medicinas>

Torres, Javier et al. 2018. "Transmisión educativa intergeneracional en el Perú: un cálculo para las generaciones nacidas entre 1950-1989". *Economía*. Vol. XLI, Nº 81, semestre enero-junio, pp. 101-124.

<https://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/133335>

Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2023. *Guía del Postulante*.

<https://cayetano.edu.pe/guia-del-postulante-ii/>

Yalonetzky, Romina. 2017. "Una minoría entre las minorías: Estudios Judíos en el Perú". *Cuadernos Judaicos*. Número 34, diciembre: 130-149.

<https://cuadernosjudaicos.uchile.cl/index.php/CJ/article/view/48007>

Yalonetzky, Romina. 2018. "Just like us, but Jewish: Jewishness, ethnicity, class affinity and transnationality in Lima". *Ethnicities*. Noviembre: 1-20.

<https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1468796818810008>

Yalonetzky, Romina. 2021. *Gente como uno: Class, belonging, and transnationalism in Jewish life in Lima*. Boston: Academic Studies Press.

<https://www-degruyter-com.ezproxybib.pucp.edu.pe/document/doi/10.1515/9781644697436/html>

TESIS:

Boggiano, José. 1957. *Estudio médico social de una zona residencial*. Tesis de bachillerato en Medicina. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Cañas, Manuel. 2019. *Identidad étnico-cultural fusionada, identidad nacional y distancia social hacia el endogrupo nacional peruano en miembros de la colonia judía limeña*. Tesis de licenciatura en Psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Fleischman, Sonia. 1985. *Apuntes para la historia de la inmigración judía en el Perú (1850-1950)*. Tesis de bachillerato en Historia. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Montoya, Luis. 1995. *Nido de inquietudes. Universidades y jóvenes: políticas de desarrollo universitario, actores sociales y modernización educativa 1960-1993*. Tesis de licenciatura en Sociología. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Seclén, Eloy. 2013. *¿A dónde van los que quieren salir adelante? El perfil de los estudiantes de las universidades privadas en Lima. El caso de la Universidad César Vallejo*. Tesis de maestría en Sociología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.

Yalonetzky, Romina. 2016. *Nosotros y los otros: peruanos judíos en la ciudad de Lima (1944-2014)*. Tesis de doctorado en Sociología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.



## ANEXO 1: GLOSARIO DE TÉRMINOS Y SIGLAS

Askenazim: En hebreo, es el plural de ‘askenazí’. Son los judíos y sus descendientes originarios del centro y este de Europa.

Judería: Término referido a los barrios judíos desde la época medieval europea. Se hizo extensivo a zonas densamente pobladas por judíos hasta la actualidad.

Ladino: Es la lengua hablada por los judíos de origen sefaradí.

Mamelige: Comida tradicional askenazí oriunda de Rumanía y zonas aledañas.

Mizrajim: En hebreo, es el plural de ‘mizrají’. Son los judíos y sus descendientes originarios del Medio Oriente, países asiáticos musulmanes no árabes y norte de África.

Sefaradim: En hebreo, es el plural de ‘sefaradí’. Son los judíos y sus descendientes originarios de la península ibérica.

Yiddish: Es la lengua hablada por los judíos de origen askenazí.

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

CORPAC: Corporación Peruana de Aeropuertos y Aviación Comercial

EsSALUD: Seguro Social de Salud

ONG: Organización No Gubernamental

PUCP: Pontificia Universidad Católica del Perú

SUNEDU: Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria

UCSUR: Universidad Científica del Sur

UNFV: Universidad Nacional Federico Villarreal

UNMSM: Universidad Nacional Mayor de San Marcos

UNSA: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa

UNSAAC: Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco

UNT: Universidad Nacional de Trujillo

UPC: Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas

UPCH: Universidad Peruana Cayetano Heredia

URP: Universidad Ricardo Palma

USMP: Universidad de San Martín de Porres

## ANEXO 2: GUÍA DE ENTREVISTAS

### CONTEXTO FAMILIAR

- 1) ¿De dónde proviene su familia nuclear? ¿De dónde provienen sus otros familiares?
- 2) ¿En qué profesiones u oficios se desempeñaron sus familiares en sus países de origen? ¿Cómo eligen esa profesión y oficio? ¿Hubo alguna diferencia entre hombres y mujeres al momento de dicha elección? ¿Cómo cubrieron los gastos de estudio y la vida cotidiana?
- 3) ¿Algún familiar se desempeñó en la Medicina en su país de origen? ¿En dónde estudió? ¿En que se especializó y dónde? ¿Por qué esa elección? ¿Cómo cubrió sus gastos de estudios y de especialización?
- 4) ¿Qué miembros de su familia fueron los primeros en migrar al Perú? ¿Cómo, cuándo y en qué contexto lo hicieron?
- 5) Cuando sus familiares llegaron al Perú, ¿cómo se establecieron? ¿Encontraron alguna dificultad por igual hombres y mujeres? ¿En qué profesiones se desempeñaron? ¿Hubo alguna preferencia de hombres y mujeres por desempeñarse en dichas profesiones u oficios?
- 6) Al pertenecer a una minoría religiosa, ¿sus familiares encontraron alguna dificultad al desempeñarse en dichas profesiones u oficios? ¿Las mujeres encontraron alguna dificultad en desempeñarse en dichas profesiones?
- 7) ¿Algún familiar estudió en el Perú la Medicina? ¿En dónde estudió? ¿En qué se especializó y dónde? ¿Por qué esa elección? ¿Cómo cubrió sus gastos de estudio y especialización?
- 8) ¿Pertenece a alguna congregación de la comunidad judía de Lima? ¿Sus otros familiares? ¿Desde siempre pertenecieron a esas congregaciones? ¿Se afiliaron a otras?

### FORMACIÓN ACADÉMICA

- 9) ¿En qué colegio estudió? ¿Dónde estudió Medicina? ¿En qué año ingresó a la universidad? ¿A qué edad?
- 10) ¿Su familia fue influyente en la decisión de elegir la Medicina como profesión? ¿Hubo algún tipo de predilección por la Medicina de parte de ellos? ¿Cómo era considerada la Medicina?
- 11) ¿Qué otros aspectos influenciaron o determinaron en su elección por la Medicina como profesión?
- 12) ¿Cómo fue estudiar Medicina en Lima (u otra ciudad) en aquella época? ¿Hubo presencia de estudiantes mujeres?
- 13) ¿Cómo era el ingreso a la educación superior en esa época?
- 14) ¿Había becas, subsidios? ¿Cómo cubrió sus gastos de estudio? ¿Cómo era su manutención diaria?
- 15) ¿Tuvo trabajos eventuales mientras estudiaba Medicina? ¿Desarrolló otras actividades curriculares o extracurriculares mientras tanto?
- 16) ¿Influyó pertenecer a una minoría religiosa en su formación académica universitaria? ¿Esto le causó problemas o, por el contrario, le fue muy provechoso o no tenía importancia alguna?

- 17) ¿Estudió Medicina junto con amigos o miembros de su comunidad? ¿Hubo presencia de estudiantes mujeres judías?
- 18) ¿En qué se especializó y dónde? ¿Por qué esa elección? ¿Cómo financió la especialización?

### **TRAYECTORIA PROFESIONAL**

- 19) Después de estudiar, ¿cómo se insertó en el ámbito laboral?
- 20) ¿Tenía colegas mujeres (judías) en el ámbito laboral y en la especialización? ¿Qué proporción?
- 21) ¿Tuvo apoyos o facilidades en la inserción laboral?
- 22) Siendo parte de una minoría religiosa, ¿considera que aquello le causó problemas en su entorno laboral o, por el contrario, fue muy provechoso o no tenía importancia alguna?
- 23) ¿Ha pertenecido o pertenece a alguna asociación social o profesional relacionada con la Medicina? ¿Existe presencia profesional de mujeres (judías) en ellas?
- 24) Teniendo en cuenta la naturaleza de la profesión médica, ¿considera que encontró un balance entre su profesión y su familia?
- 25) ¿Cómo conciliaba la vida judía con la profesión médica?
- 26) ¿Había clínicas y hospitales en la que trabajaban más profesionales judíos? ¿Importaba ser judío en esos espacios? ¿Van más pacientes donde hay más médicos judíos?

### **COMPARACIÓN DE LA MEDICINA EN EL EXTRANJERO**

- 27) ¿Conoce personas que pertenezcan a la misma minoría religiosa y se hayan desempeñado o desempeñen como médicos en el extranjero? ¿Cuál fue su experiencia? ¿Cómo realizaron sus estudios e ingresaron al ámbito laboral? ¿Hubo presencia de profesionales mujeres (judías) en el ámbito laboral?
- 28) Estos colegas, al pertenecer a la misma minoría religiosa, ¿le comentaron que aquello le causó problemas en su entorno laboral o, por el contrario, fue muy provechoso o no tenía importancia alguna?