



NUDOS DE LA REPÚBLICA

Pandemias y salud pública

Historias de cuarentenas y vacunaciones

JORGE LOSSIO



BICENTENARIO
PERÚ 2021

PANDEMIAS Y SALUD PÚBLICA

BIBLIOTECA BICENTENARIO

— Comité Editorial —

Marcel Velázquez Castro

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Carmen McEvoy

Sewanee: The University of the South

Guillermo Nugent

Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Fabiola León-Velarde

Universidad Peruana Cayetano Heredia

Nelson Pereyra

Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga

Claudia Rosas Lauro

Pontificia Universidad Católica del Perú

Luis Nieto Degregori

escritor

NUDOS DE LA REPÚBLICA

Pandemias y salud pública

Historias de cuarentenas y vacunaciones

JORGE LOSSIO



PERÚ

Ministerio de Cultura



BICENTENARIO
PERÚ 2021

BIBLIOTECA BICENTENARIO
Colección Nudos de la República, 1

Pandemias y salud pública. Historias de cuarentenas y vacunaciones

Lossio, Jorge

Pandemias y salud pública. Historias de cuarentenas y vacunaciones /
Jorge Lossio. 1.^a ed. digital. Lima: Ministerio de Cultura - Proyecto Especial
Bicentenario de la Independencia del Perú, 2021.

180 pp.

Epidemias y pandemias / salud pública / cuarentenas / vacunaciones /
historia del Perú republicano

Lima, abril de 2021

- © Jorge Lossio
- © De las imágenes: sus respectivos autores
- © Ministerio de Cultura del Perú
Sello editorial - Proyecto Especial Bicentenario de la Independencia del Perú
Av. Javier Prado Este 2465 - San Borja, Lima 41, Perú
www.bicentenario.gob.pe

Ministro de Cultura: Alejandro Neyra Sánchez
Directora ejecutiva del Proyecto Especial Bicentenario: Laura Martínez Silva
Director de la Unidad de Gestión Cultural y Académica-PEB: Víctor Arrambide Cruz

Coordinación editorial: Jaime Vargas Luna, Bertha Prieto Mendoza
Cuidado de edición y corrección de estilo: Juan Carlos Almeyda Munayco
Diagramación de interiores: Elvis A. Abarca Ccorimanya
Diseño de cubierta: Fabricio Guevara Pérez
Fotografía de cubierta: © The Trustees of the British Museum
Investigación fotográfica: Herman Schwarz Ocampo

*El trabajo de edición en este libro fue realizado por el Fondo Editorial de la
Universidad Nacional Mayor de San Marcos*

ISBN 978-612-48506-1-5

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú n.º 2021-03520

Libro electrónico disponible en www.bicentenario.gob.pe/biblioteca

Se permite la reproducción parcial siempre y cuando se cite la fuente.

Índice

- Palabras preliminares 9
- Presentación de la colección 11
- Una historia en imágenes 19
- Introducción 31
- 1 La viruela y la vacuna antivariólica 49
 - 2 Epidemias de fiebre amarilla y cólera en la segunda mitad del siglo XIX 65
 - 3 El Estado y la salud pública 83
 - 4 La malaria y la polio: la lucha por la erradicación de las enfermedades 103
 - 5 Del sida al AH1N1 121
 - 6 La pandemia del coronavirus, la cuarentena y los determinantes de la salud 139
- Conclusiones 153
- Bibliografía 161
- Cronología 177



Palabras preliminares

La conmemoración de los doscientos años de la independencia del Perú constituye una ocasión histórica para reflexionar y analizar el proceso de emancipación y la fundación de la república. De otro lado, también nos brinda la posibilidad de repensarnos como sociedad, especialmente porque llegamos al bicentenario en medio de una gran crisis sanitaria mundial. Este difícil contexto genera retos sin precedentes, pero es además una oportunidad para redescubrir, fortalecer y continuar construyendo nuestra ciudadanía.

Como Proyecto Especial Bicentenario, nuestro propósito es implementar la Agenda de Conmemoración por los doscientos años de la independencia del Perú y, en esa medida, rescatar lo mejor de nuestra identidad y nuestros valores, promover nuestra diversidad como nación y contribuir a hacernos una sociedad más informada, crítica, responsable y solidaria, para afirmar una república con ciudadanos. Por ese motivo, hemos creado la Biblioteca Bicentenario, compuesta por libros, audiolibros, pódcast y un archivo documental digital, elaborados para el público en general y especialistas. Los contenidos de este proyecto examinan la independencia y la república desde distintos ángulos y disciplinas; proponiendo un balance integral y plural de estos dos siglos de vida republicana.

Como parte de nuestra Biblioteca Bicentenario, presentamos la colección *Nudos de la República*, que propone una reflexión de largo aliento sobre problemas transversales al Perú, entendidos como los grandes desafíos de la tercera centuria republicana. Cada libro de esta serie aborda un «nudo» histórico, tales como la salud pública, el desarrollo de nuestra democracia, la migración, la Amazonía, la discriminación por género, etc., ofreciendo análisis críticos y rigurosos, en un lenguaje accesible para todas y todos. Con esta colección, el Proyecto Especial Bicentenario contribuye a aproximar lo académico y lo público, entregando herramientas para la formación de una ciudadanía informada y crítica, que profundice nuestra democracia y afronte con éxito los desafíos del presente y el futuro.

Les invitamos a leer y conocer nuestros nudos republicanos para poder, juntos, desanudarlos.

LAURA MARTINEZ SILVA

Directora ejecutiva

Proyecto Especial Bicentenario
de la Independencia del Perú



Presentación de la colección

La Biblioteca Bicentenario es una apelación cultural significativa a las y los peruanos, con motivo de la conmemoración de los doscientos años de la declaración de la independencia. Su diseño y ejecución demuestra el interés del Proyecto Especial Bicentenario por producir libros de calidad, que representen y analicen nuestra riqueza y complejidad históricas, así como la responsabilidad de las ideas y los sentidos de la palabra escrita para sintetizar y enjuiciar nuestro presente y proyectar nuestro futuro.

Nudos de la República es una colección dedicada a la reflexión sobre grandes problemas históricos y transversales del país, y a la discusión de sus posibles soluciones. Los libros de la serie recogen grandes temas identificados por el Estado peruano mediante el concepto «banderas del Bicentenario», a fin de presentar una síntesis diacrónica y analítica que incorpore, de manera dialógica y plural, los estudios y propuestas de la sociedad civil y la comunidad académica. En efecto, cada volumen trata sobre un tópico en específico: el racismo, la Amazonía, el plurilingüismo, las relaciones exteriores, la economía, la tradición oral, las epidemias y la salud pública, entre otros. La selección de los nudos y de las y los autores ha sido tarea del

Comité Editorial, conformado por especialistas del ámbito de las humanidades, las ciencias sociales y las ciencias naturales.

Definimos «nudos» como los problemas estructurales de la República, en la medida que constituyen los grandes retos del tercer siglo republicano, temas centrales para la gobernanza. Ellos evocan al quipu, a las primeras simbolizaciones y representaciones de información valiosa en el mundo andino, pero también a conflictos y articulaciones. Un nudo condensa, tensa, y a la vez contiene en su propia materialidad una salida, un des-enlace, una solución posible.

Esta colección ofrece una lectura y una interpretación de ejes transversales en nuestra república bicentenaria. Desde diferentes disciplinas, valiéndose de rigurosidad académica y de recursos expresivos del ensayo, se recorren conceptos, información actualizada, datos validados y diagnósticos críticos de prácticas sociales, todos los cuales son respaldados en la investigación. Con ello en cuenta, la redacción de cada libro ha sido encargada a un o una especialista de reconocida solvencia.

Esta serie presenta, de manera sintética y plural, y desde múltiples perspectivas político-ideológicas, lo analizado y discutido por la sociedad civil y la academia en torno a los mayores desafíos de la República. Nudos que unas veces nos agobian y otras lucen imbatibles son los que deben ser enfrentados para construir una sociedad menos desigual y fortalecer el bien común, el espacio público y el pensamiento crítico. En ese sentido, la finalidad general de esta colección es ofrecer, a las autoridades del Perú, los responsables de políticas públicas, los partidos políticos y la sociedad civil, herramientas que permitan tanto visibilizar y discutir dichas problemáticas,

como tomar decisiones y realizar acciones sociales orientadas a resolverlas.

Se trata de una serie de alta divulgación y, en consecuencia, está dirigida a lectores y lectoras con interés en la sociedad peruana, a aquellos y aquellas que buscan una comprensión cabal de fenómenos complejos, más allá de las simplificaciones empobrecedoras y las perspectivas polarizadoras. En un esfuerzo colectivo, llevado a cabo en medio de tormentas y abismos, el Comité Editorial del Proyecto Especial Bicentenario y un conjunto de distinguidos autores y autoras ofrecemos esta colección para pensar en libertad el país que queremos, presentando cual quipu los nudos o problemas de la República, pero también las posibilidades de leerlos, comprenderlos y desanudarlos de cara al futuro.

COMITÉ EDITORIAL

Pandemias y salud pública

Historias de cuarentenas y vacunaciones

JORGE LOSSIO

A Ana, Gonzalo y Catalina
A Marcos Cueto



Una historia en imágenes

EL OUIZENOINGA GVAIACAPAC



Huayna Cápac Inga. Las enfermedades que trajeron los españoles, como la viruela y el sarampión, desconocidas para las poblaciones americanas, generaron desolación y muerte, y contribuyeron al colapso del incanato.



Hombre polinesio. Entre 1862 y 1863, más de mil nativos de la isla de Pascua fueron traídos al Perú para trabajar en las haciendas y en la recolección de guano de la isla. Muchos de ellos murieron infectados de tuberculosis, viruela y fiebre amarilla, y los sobrevivientes regresaron a su tierra, transportando estas enfermedades y contagiando a sus habitantes.



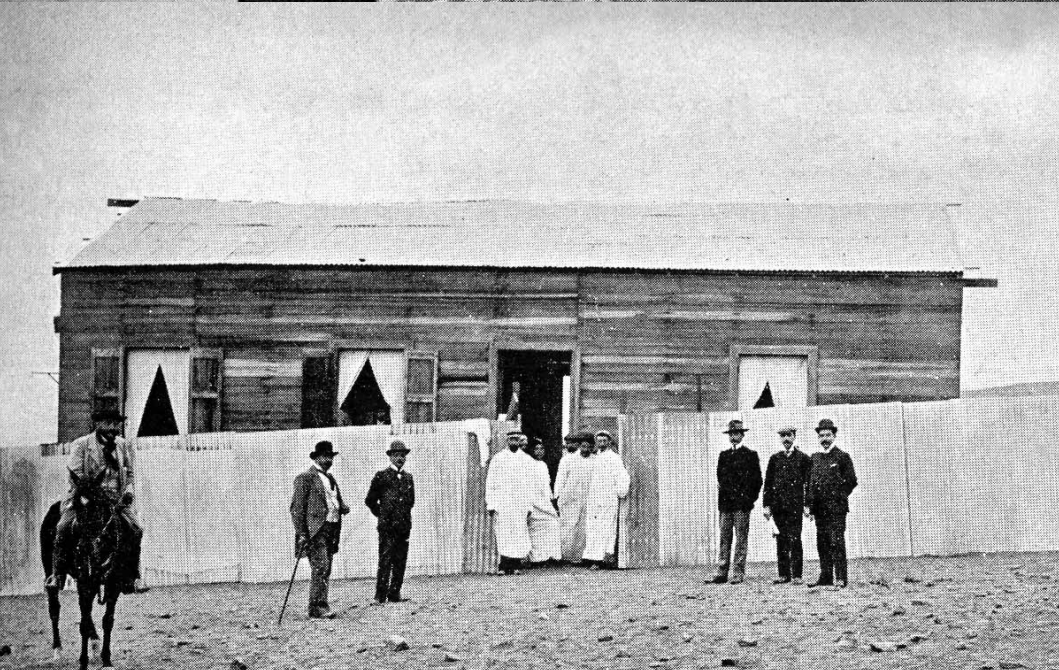
Escuela de Medicina de San Fernando (arriba) e **Instituto de la Vacuna** (abajo). Hipólito Unanue, defensor de la ciencia y la salud pública en el Perú, propuso en 1811 la creación del Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando. En 1896, Nicolás de Piérola fundó el Instituto Nacional de la Vacuna y declaró la vacunación obligatoria y necesaria, como parte de una política de inversión en ciencia y salud, como vía para la recuperación económica tras la guerra del Pacífico.



Vestíbulo del Hospital Dos de Mayo (arriba) y **Sala de paga del Hospital de Guadalupe** (abajo). El Hospital Dos de Mayo, primer hospital moderno del Perú, se construyó en 1875, tras la epidemia de fiebre amarilla de 1868. Sin embargo, hasta fines del siglo XIX, la mayoría de los hospitales del país eran regentados por órdenes religiosas y financiados por las clases altas. La salud pública no era considerada un deber del Estado.

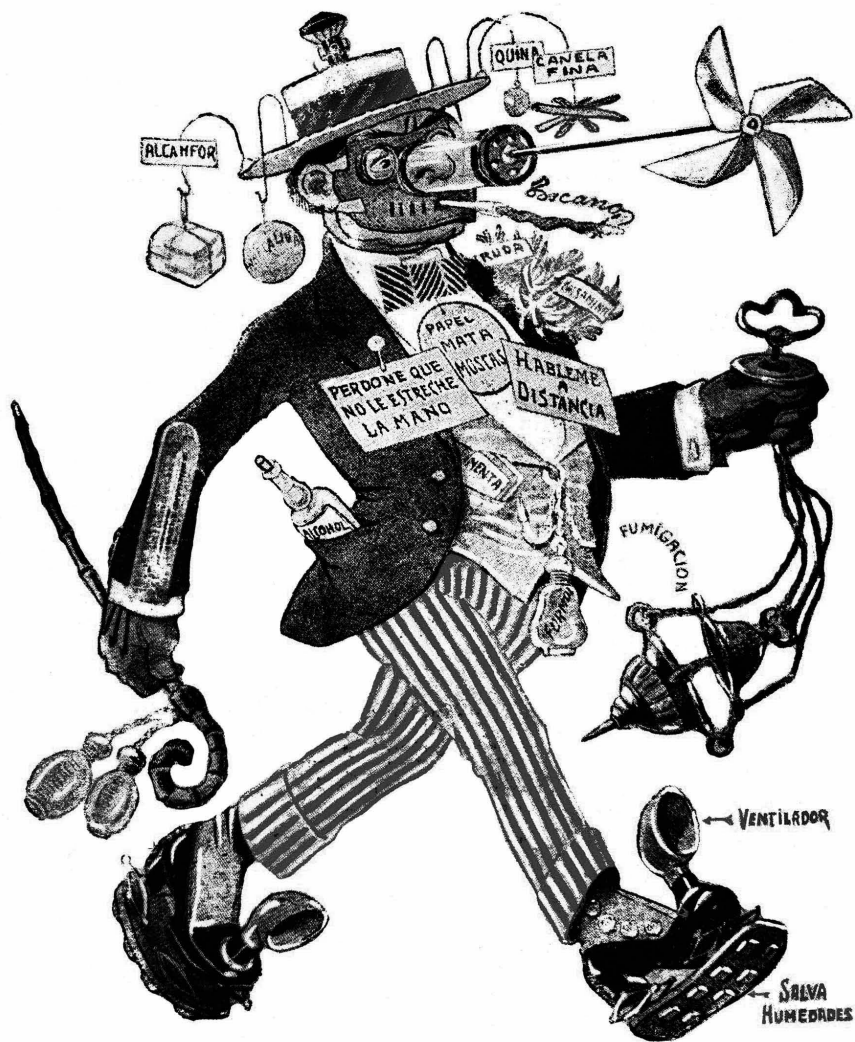


Daniel A. Carrión. Daniel Alcides Carrión dejó un legado valioso en cuanto a la necesidad de hacer investigación científica en el Perú. Luego de su muerte en 1885, se convirtió en una figura emblemática de la medicina peruana, pues revaloró la importancia de estudiar aquellas enfermedades que afectaban a los peruanos, pero que eran muchas veces desconocidas en el extranjero, como el caso de la verruga o «enfermedad de Carrión».



Enfermo bubónico es conducido al Lazareto de Guía (arriba) y Lazareto para pacientes pestosos (abajo). Las epidemias de peste bubónica que sacudieron los puertos y las ciudades de la costa peruana a inicios del siglo xx generaron muerte, pero también produjeron cambios importantes, como la creación de la Dirección de Salubridad Pública en 1903, primera agencia nacional de salud.

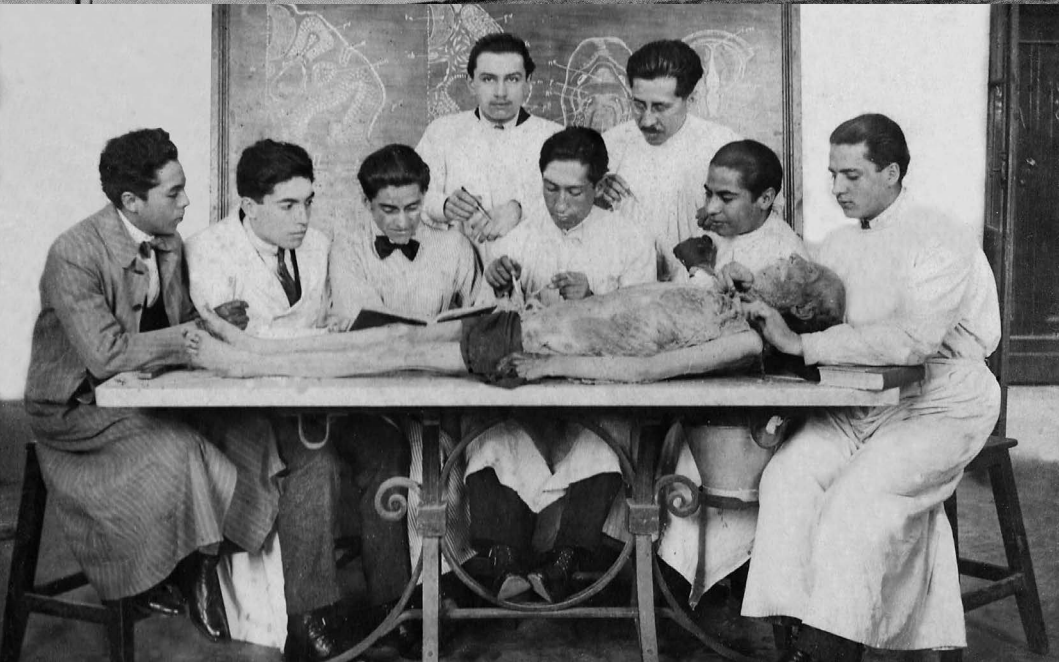
SUDAMÉRICA



PROFILAXIS CONTRA LA GRIPPE

Maravilloso procedimiento que deben emplear los habitantes de Lima para librarse de Doña Grippe y su prole de calamidades

Portada de la revista *Sudamérica*. El antecedente más cercano a nuestra experiencia con la COVID-19 es la pandemia de influenza española de 1918. Podemos apreciar en el personaje de la imagen el uso de mascarilla, la advertencia de distancia social y el empleo de remedios caseros para combatir la influenza.



Instituto Municipal de Higiene (arriba) y **Estudiantes de Medicina en el anfiteatro anatómico de San Fernando** (abajo). El Concejo Municipal de Lima estableció el Instituto Municipal de Higiene en 1902. Allí se instaló un moderno equipo de bacteriología, lo que marcó la adopción de las teorías bacteriológicas en la élite médica limeña. En las primeras décadas del siglo xx, el Estado peruano prestó atención al avance científico como medio para combatir enfermedades y alcanzar desarrollo económico.



Una fonda, en la capital, tomada del natural (arriba) y La peste negra y la peste amarilla (abajo). Las respuestas sociales a las epidemias se han caracterizado por la exacerbación de discursos racistas y xenofóbicos, por ejemplo, contra los migrantes chinos en el siglo XIX y las primeras décadas del XX, a quienes se acusó de ser portadores de enfermedades como la fiebre amarilla y la peste bubónica por sus supuestos «malos hábitos alimenticios» y «falta de higiene».

Procedencia de las imágenes

1. **Huayna Cápac Inga.** Felipe Guaman Poma de Ayala (1615). *El primer nueva corónica y buen gobierno*. Copenhague: Biblioteca Real de Dinamarca, p. 112.
2. **Hombre polinesio.** *HMS Topaze South Pacific, 1866-1869*, identificada por Herman Schwarz. Colección Manuel Cisneros Sánchez de la Biblioteca Nacional del Perú.
3. **Escuela de Medicina de San Fernando.** Fernando Garreaud. *1900 República Peruana*, n.º 34. Archivo fotográfico de la Biblioteca Nacional del Perú.
4. **Instituto de la Vacuna.** Fernando Garreaud. *1900 República Peruana*, n.º 51. Archivo fotográfico de la Biblioteca Nacional del Perú.
5. **Vestíbulo del Hospital Dos de Mayo.** Fernando Garreaud. *1900 República Peruana*, n.º 25. Archivo fotográfico de la Biblioteca Nacional del Perú.
6. **Sala de paga del Hospital de Guadalupe.** Fernando Garreaud. *1900 República Peruana*, n.º 28. Archivo fotográfico de la Biblioteca Nacional del Perú.
7. **Daniel A. Carrión.** Estudio de Rafael Castillo. Detalle de foto familiar. Lima, ca. 1880. Colección Dr. Ricardo Álvarez Carrasco.
8. **Enfermo bubónico es conducido al Lazareto de Guía.** Lima, ca. 1904. Colección Dr. Ricardo Álvarez Carrasco.
9. **Lazareto para pacientes pestosos.** Mollendo, ca. 1903. Colección Dr. Ricardo Álvarez Carrasco.
10. **Portada.** Revista *Sudamérica*, n.º 53, año 2. Lima, 1918. Colección Dr. Ricardo Álvarez Carrasco.
11. **Instituto Municipal de Higiene.** Marie Robinson Wright (1908). *The Old and New Peru*. Filadelfia: George Barrie & Sons, p. 190.
12. **Estudiantes de Medicina en el anfiteatro anatómico de San Fernando.** Anónima. Lima, ca. 1918. Colección Herman Schwarz.
13. **Una fonda, en la capital, tomada del natural.** Revista *Fray K-bezón*, n.º 23, Lima, 8 de julio de 1907. Archivo Humberto Rodríguez Pastor.
14. **La peste negra y la peste amarilla.** Revista *Fray K-bezón*, n.º 120, Lima, 15 de mayo de 1907. Archivo Humberto Rodríguez Pastor.



Introducción

Los años 2019, 2020 y 2021 serán recordados por la irrupción de un coronavirus que paralizó la economía, nos encerró en nuestras casas y puso en jaque a los gobiernos a escala global. La COVID-19 es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-COV-2, que se propagó desde China a fines de 2019 hacia el resto del mundo, y generó, según el registro oficial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de inicios de marzo de 2021, 114 millones de infectados y 2.5 millones de muertos¹. En el caso peruano, de acuerdo con las cifras del Ministerio de Salud, se infectaron más de 1.3 millones de personas y fallecieron más de 48 000 a causa de este virus, en el primer año de pandemia; si bien los números reales deben de ser bastante mayores. Es decir, se trata de una catástrofe internacional. La experiencia de una pandemia con este nivel de impacto, en lo económico, sanitario y social, fue novedosa para la mayoría de nosotros. Sin embargo, la COVID-19 no es el primer evento de este tipo que ha vivido la humanidad.

¹ Estos datos corresponden a la consulta del 2 de marzo de 2021, que se realizó en el portal web de la Organización Mundial de la Salud (s. f.). No obstante, debe mencionarse que el número real de casos podría ser diez veces más de lo oficialmente registrado.

A lo largo de nuestra historia, hemos enfrentado múltiples pandemias y epidemias producidas por distintas enfermedades, como la peste bubónica, la viruela, la fiebre amarilla, el cólera, la influenza, la malaria, la polio y el sida, entre otras. Estos acontecimientos conllevaron muerte, crisis económica y estigmas sobre ciertos grupos; pero, a la par, impulsaron reformas políticas, culturales y urbanas. Así, las epidemias y pandemias funcionaron como agentes de cambio en la historia, idea que vamos a demostrar en las páginas venideras. En este texto, los lectores se encontrarán regularmente con tres términos usados en el mundo de la epidemiología: brote, epidemia y pandemia. Es importante, entonces, aclarar la diferencia entre dichos conceptos. Un brote epidémico es la aparición extendida de una enfermedad infecciosa en un lugar específico y en un momento determinado (por ejemplo, en un pueblo o un distrito, durante una semana o un mes). De otro lado, una epidemia se produce cuando el brote se dispara, en cuanto al número de casos, en un área geográfica más extensa (por ejemplo, en un país, durante dos o tres meses). Por su parte, una pandemia afecta, en cambio, a varios continentes. La COVID-19, verbigracia, se diseminó por todos los continentes, por ello se habla de pandemia.

Aunque son diversos los tópicos que desarrollaremos, un tema central que guiará la narración es el de las históricas limitaciones de las respuestas estatales ante las pandemias. Consideramos que un nudo que no ha podido desatarse, aun tras doscientos años de vida republicana, es el de pensar la salud pública únicamente desde un enfoque médico-biológico. Como hemos constatado con la propagación de la COVID-19, esta implica mucho más que ello: se deben atender aspectos culturales y sociales, para lo cual se necesita de la experiencia

y las investigaciones de científicos sociales. Asimismo, supone tomar en cuenta la situación del empleo, la vivienda y la educación, lo que escapa a la labor de los galenos. La razón por la que el enfoque médico prima sobre los demás se halla en el proceso de institucionalización de la salud pública en el Perú, ocurrida hace doscientos años, la cual se dio bajo supuestos que lamentablemente, en alguna medida, siguen vigentes. De esa manera, existía la idea de que no había nada de valioso en las tradiciones sanitarias no occidentales y, por ende, antes que incorporar a actores como herbolarios o parteras, había que desterrarlos del sistema de salud. Veremos cómo el Estado ha dedicado esfuerzos y recursos para perseguir a curanderos andinos, herbolarios chinos y parteras, y no para ver la forma de integrarlos al sistema de salud.

Otras limitaciones históricas que el Estado ha tenido en su accionar frente a las pandemias tienen su raíz en la institucionalización de los prejuicios de clase, raza y género. Así, nos ha tomado siglos reconocer que en el país sufrimos de una pandemia de violencia contra las mujeres y hemos hecho poco por establecer políticas de educación sexual que hubiesen podido aminorar el impacto de este grave problema social. En realidad, la COVID-19 y el encierro prolongado en nuestras casas exacerbó la violencia de género en diversos países, como el Perú (Mlambo-Ngcuka, 2020). Por su parte, los prejuicios de clase han llevado a que se busquen culpables entre los sectores menos acomodados y los prejuicios raciales han hecho que las poblaciones originarias o extranjeras sean reconocidas como las responsables por las enfermedades.

En este libro demostraremos que las epidemias y pandemias han sido agentes de cambio en la historia peruana. En otras palabras, si bien describiremos los efectos inmediatos de

la aparición y dispersión de una enfermedad en cuanto a la muerte y la crisis, nos concentraremos en analizar los legados que dejaron tras de sí. Ciertamente, las epidemias han derivado en la caída de imperios (la propagación de la viruela en el contexto de la conquista española fue uno de los factores que explican el fin del incanato), en reformas urbanas (las epidemias de cólera y fiebre amarilla en el siglo XIX impulsaron el cuidado de las condiciones de vida urbana mediante la construcción de parques y alamedas, y la mejora en los sistemas de recojo de basura), en cambios políticos (la pandemia de la influenza española de 1918 llevó a que los Estados creen agencias nacionales e intervengan más en salud) y en cambios culturales (de esta forma se entiende la relación entre la aparición del sida y los nuevos hábitos en la vida sexual).

En tal sentido, considero que ha sido un acierto dedicar el primer título de la colección *Nudos de la República* a la historia de las epidemias. Pues, aunque la historiografía trabaja poco el tema (por ejemplo, aun cuando la pandemia de influenza española fue largamente más mortal que la Primera Guerra Mundial, se ha escrito muchísimo más sobre el conflicto bélico), las epidemias, como las revoluciones o las guerras, deben estudiarse para comprender mejor nuestro pasado y presente. Además, el bicentenario es una ocasión perfecta para reflexionar sobre cómo se ha construido nuestro sentido de identidad nacional y, para ello, es necesario estudiar los impactos culturales de estos eventos. En esos términos, podríamos mencionar —siguiendo a Palma y Ragas (2018)— cómo, en la segunda mitad del siglo XIX, algunos intelectuales limeños argumentaban que la población migrante china debía ser excluida de la nación peruana por una supuesta «inferioridad racial», la cual estaba vinculada a factores sanitarios, como su «falta de

higiene» y su mayor predisposición a enfermarse y contagiar dolencias como la fiebre amarilla. Estos pensadores defendieron la idea de que los migrantes europeos eran más sanos, biológicamente superiores y menos susceptibles a ciertas enfermedades; debido a ello, debían ser integrados en la nación². Por su lado, Cueto y De la Puente (2003) han mostrado cómo, a partir de su testimonio, una paciente con lepra, aislada en el leprosorio de la Amazonía y segregada por su comunidad por los estigmas que conllevaba su condición, reclamaba ser considerada peruana pese a la enfermedad que la aquejaba. De igual modo, en dicho relato se aprecia cómo los pacientes del leprosorio izaban la bandera y cantaban el himno nacional como muestra de su peruanidad, más allá de los maltratos y los estigmas.

Un asunto acerca del que también se reflexionará en este libro son los cambiantes paradigmas médico-científicos que se han difundido en el transcurso de nuestra historia republicana. Si en el siglo xvi las teorías humorales eran las vigentes, en el xviii lo eran las teorías miasmáticas, y en el xx, las teorías bacterianas. En la actualidad, las explicaciones científicas son las que guían las respuestas estatales contra las epidemias, pero esto no fue siempre así. Incluso ahora las respuestas desde la sociedad no son informadas necesariamente por la ciencia. Hoy sabemos lo que es un virus o una bacteria y cómo se propagan las enfermedades; conocimiento que nos permite ser más eficientes en nuestro accionar frente a estas afecciones. En especial a lo largo de los siglos xix y xx, se avanzó mucho en materia de medicina y salud pública, se descubrieron varios de los microorganismos causantes de las enfermedades, se desarrollaron vacunas y tratamientos, se extendió el acceso

2 Ver: Palma (1897).

a médicos y hospitales, y se promovió desde el Estado el valor de la higiene. En este punto, pienso que es menester desarrollar dos conceptos que el lector hallará en el texto: bacteria y virus. Mientras que las bacterias son organismos vivos unicelulares que pueden hacer daño a los seres humanos; los virus son organismos parasitarios aun más pequeños, cuyo estado se encuentra en el límite entre lo vivo y lo inerte.

A pesar de los avances en la ciencia médica —que se vienen produciendo desde el siglo XIX—, el caso de la pandemia de la COVID-19 nos ha recordado que los efectos de estos logros científicos son limitados si es que no se acompañan de mejoras en vivienda, educación, acceso a salud pública y nutrición, así como de una efectiva divulgación del conocimiento científico. Hemos visto cómo, en pleno siglo XXI, las respuestas sociales a la pandemia han incluido la automedicación, el escepticismo a las explicaciones científicas y la desconfianza hacia las medidas dictadas por los funcionarios de la salud. Un caso sonado fue el del dióxido de cloro como tratamiento para la COVID-19. Aunque ningún científico avaló su uso como medicamento, pues es un producto usado para limpiar y desinfectar objetos, muchas personas, incluyendo autoridades políticas, lo recomendaron y utilizaron. Por el contrario, más que ayudar, esto llevó a que se produjeran casos de intoxicación y problemas respiratorios (Ministerio de Salud, 23 de julio de 2020). Asimismo, ocurrió que algunas personas, sobre todo en espacios donde acceder al sistema oficial de salud es más complejo, recurrieron a remedios tradicionales y plantas medicinales.

Tal como ha sucedido recientemente con la COVID-19, en el pasado, las respuestas sociales fueron diversas y no se guiaron solo por la ciencia. Peor aún, lo que nos muestra la historia es que las personas solían recurrir a justificaciones

racistas para describir el origen de las enfermedades. Las epidemias han exacerbado las divisiones sociales y han visibilizado problemas como la discriminación y la inequidad, lo cual se ha reflejado en la acción del Estado y la sociedad. Por ejemplo, durante la gran epidemia de fiebre amarilla de Lima en 1868, muchos limeños culparon a los migrantes chinos que llegaron en el contexto del *boom* del guano de haber traído la enfermedad. Incluso hubo médicos que esbozaron explicaciones raciales para adjudicar la culpa a esta población. La Municipalidad de Lima, por su parte, emprendió acciones dirigidas esencialmente contra el barrio chino. En esos términos, una pregunta que guiará este libro es la siguiente: ¿en qué medida las respuestas sociales y estatales a las epidemias han revelado las fragmentaciones del país? Normalmente, las epidemias han reforzado prejuicios ya existentes hacia grupos minoritarios o extranjeros.

Los estigmas, la discriminación y la culpabilización de las víctimas suelen aparecer en este tipo de eventos sanitarios. Las epidemias de cólera en el siglo XIX se asociaron con la pobreza, pero no en el sentido actual (precariedad en empleo, falta de vivienda o malnutrición), como condicionante de la salud, sino valiéndose de prejuicios. De ese modo, el cólera fue vinculado con ciertos grupos, como los migrantes chinos o la población obrera, a quienes se les acusó de tener hábitos de vida insanos o ser biológicamente más propicios a ser atacados por esta enfermedad. Estas respuestas sociales no han desaparecido en el siglo XXI. En 2009, cuando ocurrió la pandemia del AH1N1, que surgió de granjas de cerdos de propiedad norteamericana ubicadas en Veracruz, se culpó a los mexicanos y sus supuestos malos hábitos alimenticios. En el caso de la COVID-19, se han evidenciado actos de racismo contra la población china y se ha

acusado a los informales de desobedecer la cuarentena y, por ende, ser los culpables de su fracaso, cuando no todos podían quedarse en casa y recibir un sueldo mensual.

Así como cada enfermedad es distinta, las respuestas estatales han variado según la época y la enfermedad. La viruela se combatió con sostenidas campañas de vacunación desde comienzos del siglo XIX. El cólera y la fiebre amarilla llevaron a la instauración de cuarentenas y lazaretos, pero también a mejoras en las condiciones urbanas (recojo de basura, desinfección de espacios públicos, construcción de hospitales). En el caso de la polio, se promovieron colectas públicas para recaudar fondos que fueron usados en la compra y distribución de vacunas. En cuanto al sida y el AHINI, la respuesta estatal se centró, en sus inicios, en campañas de información para explicar cómo se transmitían y podían prevenir estas enfermedades. En este libro veremos cómo, en nuestra historia republicana, el Estado ha desplegado diversas estrategias frente a las epidemias que nos han asolado, cuyos resultados han variado en función de una serie de factores, como la participación de la sociedad civil, la atención a las múltiples formas de entender la salud y las enfermedades, el acceso a tecnologías baratas y eficientes, y el compromiso político. En tal sentido, se busca mostrar que las limitaciones más grandes de las respuestas estatales se encontraban en problemas históricos asociados a la precariedad en vivienda, educación, acceso de agua potable y sistema de desagües, y en la falta de una cultura científica extendida en el país, que garantizara además la equidad en el acceso a la salud; es decir, los determinantes sociales de la salud identificados en 2005 por la OMS.

En vista de lo expuesto, en las siguientes páginas nos concentraremos en las enfermedades que se propagaron en forma

epidémica en la era republicana y que causaron un gran impacto. En el primer capítulo, desarrollaremos el caso de la viruela, una enfermedad infecciosa, sumamente contagiosa y letal, causada por el *Variola virus*. La viruela arribó a las Américas con la conquista española y fue un factor de despoblamiento constante en la región hasta la distribución de la vacuna desarrollada por Edward Jenner a fines del siglo XVIII. Este largo proceso nos permite destacar dos temas: la propagación de la vacuna como instrumento de institucionalización de la salud pública en el Perú republicano y la necesidad de considerar la interculturalidad en las políticas de salud. Nos interesa analizar también las respuestas sociales a la vacuna, que incluyeron instancias de apoyo y rechazo. Una limitación histórica en las acciones estatales ha sido la poca consideración a formas no occidentales de entender la salud y la enfermedad. Eso ha tenido como consecuencia que, en algunos casos, la población rechace las innovaciones médicas y tratamientos fomentados por el Estado, básicamente por no comprenderlos o poder incorporarlos en su forma de entender las enfermedades.

En el segundo capítulo, nos enfocamos en el siglo XIX y en las epidemias de cólera y de fiebre amarilla, pues fueron las que llamaron más la atención. En efecto, la gran epidemia de fiebre amarilla de 1868 fue la causante de más muertes en la Lima de la segunda mitad del siglo XIX: en esta epidemia, falleció aproximadamente el 4% de la población. Como señalamos, los limeños de entonces echaron la culpa de la enfermedad a los migrantes chinos, quienes habían llegado en el marco del *boom* del guano para laborar en las haciendas de la costa, recoger guano de las islas y trabajar en la construcción de ferrocarriles. Aunque ahora sabemos que no había relación alguna entre estos migrantes y la propagación de la fiebre amarilla, el

racismo y la segregación de grupos minoritarios o extranjeros han sido respuestas comunes ante el advenimiento de estos eventos sanitarios. De igual manera, veremos cómo estas epidemias de fiebre amarilla y de cólera empujaron múltiples reformas urbanas que transformaron las ciudades, con más parques y alamedas y una mejora en el sistema de distribución de agua potable.

En las primeras décadas del siglo xx se dio un cambio importante en la salud pública. Hasta fines del xix no se consideraba que el cuidado de la salud fuera responsabilidad del Gobierno central. Cuando se produjeron las epidemias de fiebre amarilla a mediados del xix, por ejemplo, fueron las municipalidades, ciertas órdenes religiosas y las sociedades de beneficencia pública las que las enfrentaron. La salud era vista como una cuestión de caridad y espiritualidad. Sin embargo, a partir de las epidemias de peste bubónica que se propagaron en las ciudades de la costa peruana entre 1900 y 1930, y la pandemia de «influenza española» que se desató en el marco de las postrimerías de la Primera Guerra Mundial (1918-1920), el Estado peruano asumió un papel central en la salud pública. Si bien ambas enfermedades ocasionaron miles de muertes, también llevaron a que el Estado se adjudicara un rol protagónico en el cuidado de la salud. Esta es una clara muestra de cómo las epidemias y pandemias, pese a haber sido momentos de crisis, se han convertido en una oportunidad de cambio.

En ese contexto, en 1903 el Gobierno peruano creó, como parte del Ministerio de Fomento, la Dirección de Salubridad Pública, primera agencia nacional de salud. Empezó, de este modo, un proceso de institucionalización de la salud pública. Entre las entidades que se crearon podemos mencionar al Instituto Municipal de Higiene (1902), el Instituto Nacional de

Vacuna y Seroterapia (1902), el Instituto Nacional de Higiene (1917), el Instituto Obstétrico Ginecológico (1922), el Hospital Arzobispo Loayza (1924) y la Liga Anticancerosa del Perú (1926). La formación de estas instituciones coincidió con el auge de los discursos higienistas y eugenésicos. El movimiento eugenésico, obsesionado con la «mejora de la raza», alentó una mayor intervención médica y del Estado en áreas antes consideradas propias del ámbito familiar, como el matrimonio, el embarazo, el parto y la crianza de los hijos. El interés de los gobernantes en el tema de salud se consolidó con la creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social el 5 de octubre de 1935, conmemorando un año más de la muerte de Daniel Alcides Carrión. En la década de 1930, en parte como consecuencia de la Gran Depresión, se promovió la necesidad de extender el rol de los Estados como protectores de sus ciudadanos en materia de salud, lo cual llevó a la formación de sistemas de seguridad social en distintos países, incluyendo el Perú, donde se formó el Seguro Social en 1936.

Además de las epidemias que afectaban el país y del empuje del movimiento eugenésico, la mayor participación del Estado en salud se debió al afán populista de los gobernantes militares de los años treinta a los cincuenta, quienes vieron en la construcción de hospitales y en la extensión de programas de salud materno-infantil una forma de ganar apoyo popular. Este fue el caso del dictador Manuel Odría, quien vio en la salud una herramienta para ganar apoyo por sobre sus rivales, en particular, el Partido Comunista y el APRA. El régimen de Odría (1948-1956) tuvo la buena fortuna de contar con los recursos generados por un contexto internacional favorable a las exportaciones peruanas de cobre, algodón y azúcar. Esta riqueza fue parcialmente usada para construir hospitales,

unidades vecinales y colegios emblemáticos por todo el país. En este marco histórico, a mediados del siglo xx, se consideró que la salud pública no solo debía controlar las enfermedades, sino procurar alcanzar un bienestar físico y social mayor mediante la construcción de viviendas higiénicas, espacios para practicar deporte y programas para mejorar la nutrición de los infantes. Había la idea de que la inversión en salud llevaría a tener campesinos, obreros y profesionales más sanos y productivos, lo cual a su vez redundaría positivamente en lo económico. Durante el ochenio odríista, en 1952, se creó el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social (FNSBS), que tuvo la intención de proporcionar los recursos necesarios para las mejoras sanitarias del país, en cuanto a prevención de enfermedades, servicios asistenciales y edificación de hospitales y viviendas. Asimismo, en 1951, se fundó la Central de Asistencia Social, la cual estuvo dirigida por su esposa, María Delgado de Odría, más vinculada a la salud materno-infantil. El tercer capítulo de este libro tendrá como tópico principal lo descrito en los últimos párrafos: la mayor presencia del Estado en la salud.

Como veremos en el cuarto capítulo, un paso más ambicioso se dio en la segunda mitad del siglo xx, cuando el Estado apoyó campañas globales impulsadas por la OMS para la erradicación de enfermedades. La Organización Mundial de la Salud fue creada en 1946 como parte del sistema de Naciones Unidas, y a lo largo de la segunda mitad del siglo xx tuvo un rol central en guiar las políticas internacionales de salud. El optimismo que se había desarrollado con las posibilidades de la ciencia y la tecnología en el contexto de las guerras mundiales, sumado a los descubrimientos médicos desde el surgimiento de las teorías bacteriológicas y el crecimiento de los aparatos estatales de salud, llevó a pensar en la posibilidad de

acabar con las enfermedades que más muerte habían ocasionado en la historia de la humanidad. Se lanzaron campañas internacionales para acabar con una serie de enfermedades, como la malaria, la viruela y la polio, con resultados diversos. La viruela fue erradicada del planeta en 1980; y no se han reportado casos de polio en las Américas desde 1991, aunque sí a nivel global. Distinto fue el resultado con la malaria, pues no se logró el objetivo de la erradicación. Las razones por las cuales algunas enfermedades se pudieron exterminar y otras no son diversas. Hay virus más complejos que otros y, mientras con algunos se logró el apoyo de la población y el compromiso político necesario, en otras campañas no. En todo caso, fue una época marcada por el optimismo, los avances científicos y la colaboración internacional mediante la OMS.

Un tema transversal al texto será el de los paradigmas médicos. Cuando la peste negra se propagó por Asia, África y Europa en tiempos medievales, se creyó que la pandemia era un castigo divino. Era usual en distintas culturas que las epidemias y pandemias fueran explicadas desde lo sobrenatural. En ese sentido, en Europa, durante la peste negra, surgieron los «flagelantes», grupos humanos que iban flagelándose en procesión de pueblo en pueblo como castigo para aplacar la ira divina. Por su parte, entre los siglos XVII y XIX, la explicación hegemónica de la élite médica era la teoría miasmática, que aseveraba que las epidemias eran consecuencia de «efluvios venenosos» (miasmas) que salían de aguas estancadas o cuerpos en descomposición. Más adelante, cerca del ocaso del siglo XIX, con base en los trabajos de investigadores como Louis Pasteur en Francia o Robert Koch en Alemania, se impusieron las teorías bacteriológicas, que explicaban las enfermedades a partir de un agente causal único, microorganismos invisibles

al ojo humano. Debe decirse, sin embargo, que la aparición de un paradigma no opacaba al anterior; más bien, se acumulaban o combinaban explicaciones. Por ejemplo, no era extraño que, en las postreras décadas del siglo xx, un peruano afectado por cáncer o sida recurriera a medicina occidental, rezara y apelara a saberes tradicionales a la vez.

La etapa final del siglo xx y los inicios del xxi estuvieron marcados por el retorno de viejos males y el surgimiento de nuevas enfermedades, como describiremos en el capítulo quinto. En 1981, en la ciudad de Los Ángeles, el Center for Disease Control (CDC) identificó los primeros casos de una nueva enfermedad, el sida, producido por el VIH o virus de inmunodeficiencia humana. Como sabemos, cada enfermedad es distinta y cada virus, bacteria o parásito tiene características únicas; esto es, hay enfermedades más letales y contagiosas que otras. Igualmente, la sociedad ha adscrito distintas cargas a distintos males; de ese modo, entre las enfermedades que más estigmas han generado en la historia están la lepra y el sida. Así como nadie quería acercarse ni tocar a personas infectadas por la lepra, quienes solían ser aisladas o expulsadas de sus comunidades, una reacción parecida se vio con los contagiados de sida. Los testimonios de los pacientes del leprosorio de San Pablo en la Amazonía durante el siglo xx y los de la gente afectada por el sida en los ochenta son similares en cuanto a los estigmas y temores. En el caso del sida, en sus comienzos, fue asociada con estilos de vida de la comunidad LGTB y en la prensa primaron los discursos religiosos y morales por encima de los científicos.

En este capítulo nos centraremos en la transición del siglo xx al xxi, un periodo marcado por discursos neoliberales que llevaron a que los Estados trasladaran mucha de la responsa-

bilidad en salud a los individuos y al sector privado. Es decir, se frenó un proceso de extensión de los servicios públicos en salud que venía desde la década de 1920. Estos años se caracterizaron también por una acelerada globalización y un mayor uso de redes sociales e internet. Considerando tal contexto, nos enfocaremos en las respuestas sociales y estatales, y en el rol de la prensa frente a dos pandemias: la del sida y la del AH1N1.

Para culminar, en el sexto capítulo, ponemos atención sobre la pandemia de la COVID-19. En efecto, son muchos los tópicos que se pueden desarrollar a propósito de esta enfermedad, como la relación entre la pandemia y la política (en Estados Unidos, aquellos que se negaban a usar la mascarilla normalmente apoyaban al presidente Donald Trump), el impacto de la inestabilidad política en el marco de la pandemia (en el Perú, tuvimos tres presidentes en el lapso de un año) o el escepticismo frente a los discursos científicos. Sin embargo, nos centramos en las respuestas sociales y las limitaciones de la acción estatal dada la precariedad en la situación del empleo, las condiciones de vivienda y la infraestructura hospitalaria en el Perú. En el caso de la COVID-19, dado que este libro se escribe aun con la pandemia vigente, no se puede saber con certeza qué legados dejará, aunque se pueden intuir algunos de los procesos que la pandemia ha acelerado, como la virtualización de procesos diversos, el comercio electrónico y una demanda por más intervencionismo del Estado en salud. Finalmente, se incluye una bibliografía general y una cronología con los principales hitos en la historia de la salud en el Perú republicano.

Este es un libro pensado como un texto académico de divulgación sobre la historia de las epidemias y la salud pública en el Perú. Evitaré, en tal sentido, recargar el texto de notas a

pie de página y referencias bibliográficas. No obstante, me parece necesario recalcar que escribir este texto ha sido posible por el trabajo de historiadores y médicos que por décadas vienen investigando y analizando los problemas y cambios en el sistema sanitario peruano. A inicios del siglo xx, por ejemplo, surgió una promoción de estudiosos de la historia de la medicina y la salud peruana, que eventualmente se aglutinó en torno a la Sociedad Peruana de Historia de la Medicina, fundada en 1939. Su primer presidente fue Carlos Enrique Paz Soldán y tuvo entre sus miembros más activos a Hermilio Valdizán, Juan B. Lastres, Ángel Maldonado y Jorge Arias Schreiber. En enero de 1941, la sociedad empezó con la publicación de los *Anales de la Sociedad Peruana de Historia de la Medicina*, de la cual se editaron diez volúmenes. En 1949, esta sociedad dejó de funcionar; sin embargo, tuvo un legado valioso de rescate de fuentes primarias, cronologías, historias institucionales y biografías. Por otra parte, dos trabajos esenciales sobre este tema, en esta época, son los *Apuntes sobre las epidemias del Perú* (1913) de José Toribio Polo y el tercer volumen de la *Historia de la medicina peruana* (1951a) de Juan B. Lastres, ambos accesibles en formato virtual gracias al Fondo Editorial de la Universidad de San Marcos. Todos estos insumos han resultado valiosos para este trabajo.

En la década de los setenta del siglo pasado, apareció una forma distinta de abordar la historia de la medicina, cuando historiadores y sociólogos se involucraron en el área. La llegada de estos profesionales implicó nuevos supuestos e interrogantes. De ese modo, los historiadores se empezaron a preguntar sobre las consecuencias de una excesiva medicalización en la vida cotidiana y mostraron que la salud pública podía servir también como un instrumento de control social (para recluir,

castigar estilos de vida o segregar a minorías, verbigracia). En el Perú, el principal impulsor de esta disciplina ha sido Marcos Cueto, cuyas obras han servido de inspiración a generaciones de historiadores interesados en estudiar el pasado científico y médico peruano. En particular, se pueden destacar *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950* (1989) y *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo xx* (1997). En sus obras, Cueto mostró cómo las teorías médicas, las explicaciones sobre las enfermedades y las epidemias, y las políticas de salud, lejos de ser cuestiones puramente biomédicas, se construyen, viven y confrontan a partir de sus contextos sociales y políticos más amplios. Reveló cómo las epidemias, al ser momentos de crisis, nos permiten ver aspectos muchas veces ocultos de la sociedad, como sus temores y prejuicios. Además, los trabajos de Cueto alentaron a distintos estudiantes universitarios peruanos que elaboraron sus tesis sobre la historia de la salud³.

En este punto, es menester reconocer los trabajos y conversatorios organizados desde hace décadas por la Sociedad de Historia de la Medicina Peruana y Parques Conmemorativos, de cuyos miembros aprendí muchísimo. De igual manera, han sido valiosas las actividades promovidas por la Asociación Peruana de Historia de la Ciencia, la Tecnología y la Salud. En general, son varias las personas que han trabajado la historia de la medicina y la salud peruana, por lo cual no haré un listado de nombres que siempre quedaría incompleto. Entre los temas que más han sido atendidos, podemos mencionar estudios alrededor de las figuras «fundacionales» de la medicina

3 Marcos Cueto (1986) realizó el esfuerzo de sintetizar todo lo escrito sobre la historia de la ciencia, incluyendo la medicina, en el Perú.

peruana, como Hipólito Unanue, Daniel Alcides Carrión y Carlos Monge. En este mayor interés por dichos personajes, podemos encontrar un factor más de vínculo entre salud y nación, en el sentido de que son hombres considerados relevantes por abordar problemas «peruanos». Así, Hipólito Unanue es valorado como un personaje fundacional de la salud pública peruana por promover la llegada de la vacuna antivariólica y más experimentación científica en la enseñanza de la medicina. De otro lado, Daniel Alcides Carrión falleció en el contexto de la guerra del Pacífico, investigando una «enfermedad peruana» como la verruga, ahora conocida como enfermedad de Carrión. Por último, Carlos Monge dedicó su vida a investigar las enfermedades de altura, es decir, males que afectaban a millones de peruanos que, en ese entonces, las décadas de 1920 a 1970, vivían en los valles altoandinos.

A pesar de que hay una tradición de estudio y publicación sobre la historia de la medicina y la salud, hay temas que quedan aún por trabajar. Por ejemplo, la mayoría de las investigaciones nos presentan la historia desde la visión de los médicos; pero la salud, como sabemos, involucra a más actores: pacientes, activistas, curanderos, parteras, herbolarios, entre otros. Asimismo, poco se ha trabajado la historia de la salud desde una mirada no occidental. Faltan más trabajos también sobre las mujeres en el mundo de la ciencia y la salud, sobre el racismo y la salud, sobre la historia de las epidemias en la Amazonía y sobre algunas enfermedades que han recibido menos atención que otras, como las relacionadas a la salud mental.

Para culminar esta sección, quiero agradecer a mis amigos y colegas Eduardo Barriga, Fernando Contreras, Mariana Cruz, Claudia Hernández, Ilse de Ycaza y Alonso Espinoza, por sus comentarios y apoyo en esta investigación.

1

La viruela y la vacuna antivariólica

La viruela es una enfermedad sumamente contagiosa y letal producida por el *Variola virus*, cuyos síntomas incluyen fiebres, vómitos, marcas en la piel y, en algunos casos, ceguera. La tasa de letalidad entre los contagiados es elevadísima, de 25 a 30%, aproximadamente. Se transmite directamente de persona a persona y al estar en contacto con objetos de un infectado. Es una enfermedad que existe desde hace miles de años. Se conservan en la actualidad momias egipcias que muestran que los faraones sufrieron de viruela o, en todo caso, de alguna dolencia con características similares. Además, en China hay descripciones antiguas de la enfermedad. Por último, así como en la antigua India se rendía culto a Shitala, diosa de la viruela; en Europa había santos patronos de la viruela, como San Quirino de Neuss en Alemania.

En el Viejo Continente se registraron epidemias de viruela con más frecuencia desde el año 1000 d. C., a partir de las cruzadas y el mayor tránsito de personas y soldados entre Asia y Europa. Era una enfermedad, en Europa, endémica-epidémica; es decir, se convivía con ella, pero, a medida que las ciudades crecían y las migraciones del campo a la ciudad se acentua-

ban, surgían brotes epidémicos. La viruela arribó al antiguo Perú en el contexto de la conquista española y tuvo enormes impactos demográficos. Fue un factor central en la despoblación de las Américas que siguió a la llegada de los ibéricos y el colapso del incanato. Si en la época medieval la peste bubónica era la enfermedad que más temor causaba, entre los siglos xvi y xviii lo fue la viruela. A diferencia de otras afecciones, como la lepra, no generaba estigmas, pues atacaba a gente de todos los sectores sociales y no se asociaba con ningún estilo de vida en particular.

En el presente, la viruela es una enfermedad que ya no existe, pues fue erradicada en 1980, a partir de una campaña global de vacunación empujada por la Unión Soviética y la Organización Mundial de la Salud (oms). La lucha exitosa contra esta enfermedad fue posible por el desarrollo de una vacuna barata y fácil de administrar, y el apoyo de la sociedad civil. Sin embargo, a lo largo del siglo xix y las primeras décadas del xx, la vacuna se enfrentó a sectores de la población que no aceptaron las explicaciones científicas y desconfiaron de las intenciones del Estado. En este capítulo veremos cómo la propagación de la vacuna antivariólica fue importante tanto para acabar con la viruela como en el fortalecimiento de la salud pública en el Perú (Lastres, 1954; Quirós, 1996).

1.1 La llegada de la viruela al Perú y las primeras medidas para contrarrestarla

Fue en el contexto del descubrimiento de América que los europeos trajeron la viruela al Perú, la cual, al ser una enfermedad frente a la que los nativos americanos no tenían inmuni-

dad, ocasionó millones de muertes. Las epidemias de viruela fueron recurrentes entre los siglos XVI y XVIII en el Perú, y tuvieron su origen en uno de los acontecimientos de más impacto desde lo cultural, lo biológico, lo económico y lo político en la historia global: el encuentro entre europeos y americanos. En este evento, se produjo lo que Alfred Crosby (2003) popularizó como el «intercambio colombino»: mientras los europeos trajeron vacas, caballos, vid, aceitunas, cebollas, trigo y males como la viruela, el sarampión, el tifus, la peste bubónica y la influenza; desde América se exportó, al resto del planeta, cacao, maní, tabaco y papa, entre otros⁴. Las estimaciones de los historiadores varían, pero uno de los principales estudiosos del tema, David Noble Cook (1999), señala que, de los aproximadamente seis millones de personas que habitaban en el incanato, un 80% falleció en los primeros cincuenta años tras la conquista, incluyendo al inca Huayna Cápac en Quito, cuya muerte tuvo una tremenda resonancia política, como era previsible. Se considera que las frecuentes epidemias de viruela acaecidas en el siglo XVI causaron la defunción del 30-50% de la población andina. Hubo casos de epidemias particularmente impactantes, como la que devastó la provincia de Jaén en 1590, que redujo la población nativa de 30 000 a 1000 personas. Cook nos da cuenta también de una propagación temprana y rápida de la viruela: en 1524 ya habríamos experimentado epidemias en los Andes, esto es, el virus viajó más rápido que los conquistadores.

Desde el desembarco de Cristóbal Colón, en 1492, hasta mediados del siglo XX, se sucedieron de forma recurrente epi-

4 Aunque ha habido más debate con el caso de la sífilis, la cronología apoya la idea de que fue una enfermedad que pasó de América a Europa, vía soldados que participaron de la conquista.

mias de sarampión, viruela y tifus, las cuales mataban a miles de personas en cada brote. Es decir, fue un factor de despoblación constante en los Andes coloniales. El impacto demográfico tuvo efectos en la economía, la política y la cultura, como con la derrota de los incas. Claro está, la viruela no fue el único factor que produjo este suceso, hubo otros como la falta de cohesión interna en el incanato y la supuesta superioridad tecnológica militar europea, pero sí fue trascendental. Hay que recordar que la economía inca no era monetizada, el poder de sus autoridades se basaba en el acceso a mano de obra, la cual quedó devastada.

Además, tanto entre los amerindios como entre los europeos del siglo xvi, había explicaciones sobrenaturales y divinas para las epidemias. El hecho de que esta enfermedad traída por los españoles causara tal cantidad de muertes entre la población andina, incluyendo supuestamente la del inca Huayna Cápac, fue usado por los conquistadores como prueba de la mayor fuerza del Dios católico. Ahora sabemos que el contacto por siglos con la enfermedad había dado a los europeos una cierta inmunidad, pero eso no se conocía en aquella época. Inmunidad en medicina hace referencia a la capacidad del cuerpo humano de detectar y eliminar agentes patógenos antes que se desarrolle la enfermedad. En este punto, es necesario reiterar que las explicaciones sobrenaturales a las epidemias eran comunes en ambos lados del Atlántico. Las epidemias eran vistas como «castigos divinos» y, por ende, parte de las respuestas se orientaban a los cultos religiosos o la organización de procesiones. La idea de la enfermedad como consecuencia de un mal comportamiento moral o el olvido de prácticas religiosas no ha sido abandonada del todo, a pesar de la expansión de la medicina científica. Hasta hoy muchas

personas combinan explicaciones científicas y religiosas ante el surgimiento de una crisis sanitaria de este tipo.

Las respuestas científicas para controlar la enfermedad en el siglo XVI y XVII resultaban, de igual modo, poco útiles. Se aplicaban sangrías y purgas, tratamientos que se basaban en las tesis hipocráticas. Debemos recordar que la escuela médica hipocrática, que tuvo una influencia durante siglos, postulaba que las enfermedades eran consecuencia del desequilibrio de los humores que componían el cuerpo humano. Había cuatro humores o líquidos en el cuerpo: bilis negra, bilis amarilla, flema y sangre. La salud dependía del equilibrio de estos, el cual se podía romper por el exceso de bebida y comida o cambios de clima. A la par, especialmente en China, India y Turquía, valiéndose de saberes populares adquiridos sobre el contagio, se inoculaba a los niños una versión atenuada de la enfermedad para que desarrollaran inmunidad. La expectativa era que sufrieran de malestar y fiebres por unos días, luego de los cuales quedarían inmunes. En India, por su lado, se exponía a los niños a la ropa o frazadas de los contagiados para alcanzar el mismo fin.

En los Andes, en los siglos XVII y XVIII, se usaron los polvos de las costras de los enfermos para buscar esta inmunidad. Una característica de la viruela, a diferencia de otras enfermedades, es que el cuerpo humano genera inmunidad una vez que la ha superado. A comienzos del XVIII, lady Mary Montague, esposa del embajador británico en Constantinopla, actual Turquía, entonces Imperio Otomano, quien había sufrido de viruela y había quedado con las marcas de la enfermedad, hizo suya la lucha por extender la práctica de la inoculación en Inglaterra. Tuvo que vencer la desconfianza de varios médicos y de amplios sectores de la población, que consideraban pe-

ligroso este método, pero finalmente logró que se hiciera una práctica popular, primero entre las familias de la nobleza inglesa y luego más allá de estas. No obstante, muchas veces este tratamiento fallaba: niños sanos adquirían la enfermedad, la propagaban y desataban brotes epidémicos. La viruela siguió circulando de forma epidémica en Europa en el transcurso del siglo XVIII. En el Perú, fueron los médicos Cosme Bueno y Félix Devotti, a mediados de esa centuria, los que promovieron la práctica de la inoculación. Un método más seguro y eficiente se logró con la vacuna jenneriana.

1.2 La vacuna jenneriana

El desarrollo de la vacuna antivariólica fue uno de los logros más importantes en la historia de la salud pública. A diferencia de las sangrías, las purgas y otros tratamientos que se aplicaban hasta el siglo XVIII —como exponer al enfermo al color rojo o verde—, esta sí fue un arma eficiente. La vacuna fue producida por el médico británico Edward Jenner, con base en un saber popular en la comunidad donde trabajaba: las lecheras eran inmunes a la viruela. Jenner intuyó acertadamente que esta inmunidad era otorgada por la exposición a la *cowpox*, la viruela vacuna. En 1796, Jenner decidió probar su teoría e inoculó al hijo de su jardinero, un niño de ocho años, James Phipps, con el pus de una persona con viruela bovina. Phipps sufrió una fiebre leve, pero nada más. Tras ello, lo expuso a la viruela y nada ocurrió, es decir, había desarrollado inmunidad. Experimentó luego con otros niños, obtuvo resultados similares y así probó con éxito su teoría. Algo interesante es que, a diferencia de otros casos en los que el científico no llega a

darse cuenta del valor de sus hallazgos, Jenner fue consciente del suyo y predijo la futura erradicación de la viruela. Lo que sí tuvo en común con otras innovaciones es que inicialmente sus postulados fueron recibidos con escepticismo y rechazo en la comunidad médica y a nivel popular. Incluso, en la época, fueron usuales las caricaturas que mostraban a la gente vacunada desarrollando partes vacunas. Es necesario indicar que, por entonces, no había explicaciones científicas para el proceso de inmunización, ni se sabía lo que era un virus. En todo caso, el debate oficial quedó zanjado cuando la Corona británica ordenó que se realizaran campañas de vacunación masivas usando la vacuna jenneriana.

En Inglaterra, aunque hubo apoyo de algunos sectores a la vacunación, pues la viruela era una enfermedad que causaba muerte o desfiguración, hubo también oposición de religiosos y libertarios, quienes se negaron a que la vacunación fuera obligatoria. Con respecto a los movimientos libertarios anti-vacunas ingleses de las primeras décadas del siglo XIX, estuvieron guiados por principios según los cuales las decisiones en cuestiones de salud debían ser individuales y no determinadas por el Estado. Por consiguiente, se discutía la idea de que el Estado tenía poder de decisión por encima de los padres en lo concerniente a la salud de los hijos. Además, hubo rechazo de algunos colectivos religiosos, que veían mal la inyección de fluidos vacunos al cuerpo humano. Finalmente, otros sectores mostraban desconfianza hacia la efectividad de la vacuna y molestia por las marcas que dejaba en el brazo. Sin embargo, la Corona británica comprendió que, si la vacunación no era obligatoria, el mal regresaría de forma epidémica cada cierto tiempo y su efecto sería limitado. Por ende, pese a la oposición de ciertos grupos, terminó decretando la obligatoriedad de la

vacunación contra la viruela. El ejemplo británico fue seguido por la Corona española, que decidió que la vacuna debía llevarse por todo su imperio.

1.3 La llegada de la vacuna antivariólica al Perú

En 1802, la Corona española, durante el reinado de Carlos IV, ordenó que se propalara la vacuna por todo su imperio. Para tal fin se formó la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, dirigida por los médicos Francisco Javier Balmis y José Salvani. Esta fue una de las expediciones sanitarias más significativas de la historia y, si bien duró desde 1803 hasta 1810, sus impactos fueron bastante más prolongados. La Expedición Filantrópica tuvo que sortear una serie de obstáculos nada fáciles de resolver para llevar el fluido vacuno por el territorio asignado. Uno de ellos fue la refrigeración, dado que no existían tecnologías para conservar fresco el fluido vacuno. En una medida polémica, incluso para esos años, se optó por usar niños expósitos, de entre tres y nueve años, como medios de transporte de la vacuna. Se les inoculaba el fluido vacuno y al cabo de doce días se extraía el mismo para inocularlo a otro niño, así hasta llegar a las Américas. A cambio, a estos infantes se les ofreció comida y alojamiento. Cuando arribó el fluido a estas tierras, se determinó que se establecería una junta central de conservación de la vacuna. Esto es, fue una campaña que contempló la creación de instituciones en salud para preservar y distribuir la vacuna.

Otro inconveniente no previsto por los encargados de la expedición fue el rechazo que encontraron en las Américas. Los testimonios de José Salvani sobre su experiencia en el

Perú son elocuentes con su decepción. Pensó que sería recibido con los brazos abiertos y, por el contrario, fueron muchas las veces que tuvieron que literalmente huir por el rechazo popular a la vacunación. Salvani señaló luego, en una memoria, que se sintió como un mendigo cuando le rogaba a la gente para que se vacunara⁵. Es necesario hacer la salvedad de que el rechazo a la vacuna varió de un lugar a otro, es decir, dentro del virreinato peruano hubo poblados que la apoyaron y otros que no. ¿Por qué había gente que no quería vacunarse? Por distintas razones. Circularon rumores de que los llamados a la vacunación eran una excusa para censar y cobrar tributos. Se decía también que la vacuna transmitía la sífilis. En aquella época, no había, por supuesto, la lógica de utilizar jeringas descartables. Por su parte, la medicina occidental no había ganado el prestigio que tiene en la actualidad. Mucha gente mantenía creencias no occidentales sobre el origen y tratamiento de enfermedades, por lo cual no aceptaban los saberes llegados de Europa⁶.

Un problema histórico de la salud pública peruana ha sido la dificultad de reconocernos como un país multicultural, donde conviven múltiples cosmovisiones y, por tanto, explicaciones sobre la salud y la enfermedad. Lo que ha primado históricamente desde el Estado es el afán por usar e imponer perspectivas de la medicina científica occidental y desvalorar todo saber o práctica no occidental, ya sea andino o amazónico. La empresa de propagar la vacuna fue inmensa y empujó a un cambio fundamental en cuanto al rol estatal en la salud; recordemos que la vacuna llegó en un tiempo en el que no se

5 Sobre las vicisitudes de la expedición y las relaciones entre los médicos españoles y limeños, ver: Lastres (1951b).

6 Sobre la viruela y las ideas en torno a la enfermedad en los Andes hasta bien entrado el siglo xx, ver: Cueto (1995).

asumía que la salud fuera una tarea del Estado. De igual manera, las instituciones que se crearon para conservar y propagar la vacuna contribuyeron con el proceso de institucionalización de la salud pública en el Perú.

1.4 La vacuna, el Estado republicano y la salud pública

La vacuna llegó en el marco de las reformas borbónicas, nombre que se le da a una serie de cambios y reestructuraciones a nivel administrativo y político que se produjeron en el imperio español a lo largo de la segunda mitad del siglo XVIII. Las reformas borbónicas pretendían modernizar la administración del virreinato en distintos ámbitos, incluyendo la salud, para consolidar el poder de la Corona. En el caso de este tema específico, se creía que era posible disminuir las altas tasas de mortalidad. Esto se consideraba relevante puesto que se pensaba que, con más población, habría más industria, más comercio y más prosperidad económica.

Hacia fines de esa centuria, estaban en boga las teorías médicas miasmáticas, las cuales explicaban la aparición de las epidemias a partir de la dispersión de miasmas o efluvios venenosos derivados de un aire contaminado. Esta polución surgía de las aguas estancadas, de los cuerpos en descomposición o de la acumulación de basura. Por ello, muchas de las reformas estuvieron destinadas a evitar que se propagaran estos miasmas. En ese sentido, en 1802, se inauguró el cementerio general de Lima, el primero de tantos en el Perú. Hasta entonces se sepultaban los cuerpos al interior de las iglesias que se ubicaban en medio de la ciudad, pero como había la idea de que la descomposición de los cadáveres generaba un foco

infeccioso, se procedió a construir el cementerio general en las afueras de Lima —conocido en la actualidad como Presbítero Matías Maestro, en honor a su arquitecto— y a prohibir los entierros en las iglesias. Esta reforma no fue aceptada por todos, ya que generó malestar entre los párrocos que cobraban por organizar los entierros, quienes protestaron contra la medida. En efecto, se han hallado entierros en iglesias de mediados del siglo XIX, lo que revela que no toda la población aceptó esta disposición, por considerar que sepultarse dentro de una iglesia permitía una entrada más pronta al cielo, lo que no ocurría con el cementerio, que se veía como un espacio laico.

Durante la era borbónica se realizaron también varias otras reformas urbanas, con fines estilísticos y sanitarios, como la construcción de alamedas y bulevares. Como ejemplos emblemáticos están el Paseo de las Aguas o la alameda de Acho, construidos en la década de 1770, durante el gobierno del virrey Amat. El objetivo era generar espacios donde el aire debía circular libremente. Siguiendo las teorías miasmáticas, el énfasis de estas reformas urbano-sanitarias estuvo en asegurar espacios ventilados y de libre circulación. En este escenario histórico de cambios, se construyó además el anfiteatro anatómico, espacio para enseñar y estudiar medicina desde una óptica más científica y de experimentación. Un personaje central en promover estas reformas fue Hipólito Unanue, quien fue autor de un libro trascendental en el país, *Observaciones sobre el clima de Lima* (1806), donde enfatizaba la necesidad de conocer la topografía y los climas locales para entender la aparición de enfermedades, así como la importancia de hacer reformas urbanas para mejorar la situación sanitaria del virreinato. Unanue seguía también la teoría miasmática, pero prestaba atención al conjunto climático, geográfico y

cultural de una región para comprender y describir sus males (Salaverry, 2005).

Como estaba establecido en el plan ingeniado por la Corona para lograr que la vacuna llegue a todos los rincones del imperio, se instauró la Junta Central de Conservación de la Vacuna, que empezó sus funciones en 1806. La formación de esta junta, que tenía como misión asegurar la conservación y propagación de la vacuna, marcó un hito en la historia de la salud pública peruana. El valor asignado a dicho proyecto en este periodo colonial tardío se puede apreciar en el hecho de que en la junta participaron las principales autoridades de la época: el virrey, el arzobispo, oidores, alcaldes y médicos renombrados como Pedro Belomo y Manuel Dávalos, en calidad de consultores. Aparte de esta junta central, se formaron juntas subalternas en otras ciudades del virreinato. Entre 1806 y 1820, gracias en buena cuenta a la labor de la junta central y las juntas subalternas, los brotes epidémicos de viruela disminuyeron en comparación con décadas pasadas.

Los esfuerzos por propalar la vacuna fueron parcialmente interrumpidos en los años de la independencia y de los caudillos, debido a las guerras civiles, los golpes de Estado y las carencias fiscales, los cuales hicieron que el trabajo de vacunación fuera limitado. Estas labores no se abandonaron por completo, pero las prioridades fueron otras y la fragilidad del naciente Estado peruano hicieron inviable un proyecto de vacunación masivo. La responsabilidad por la vacunación, como muchos otros aspectos en el cuidado de la salud pública, recayó en las municipalidades y las parroquias. En el contexto del gobierno de Ramón Castilla, a mediados del siglo XIX, marcado por el *boom* del guano, se le volvió a dar prioridad y se pagó a funcionarios para que se abocaran específicamente a distri-

buir la vacuna. Esta preocupación coincidió con el rebrote de una serie de epidemias de viruela en el país, como en 1847, 1852 y 1859. El régimen de Castilla y los ingresos provenientes del guano permitieron que se forme una generación de médicos salubristas de valor, en la que estuvieron Cayetano Heredia y Casimiro Ulloa, por citar.

Entre fines del siglo XIX y las primeras décadas del XX se crearon distintas instituciones en salud encargadas de proveer y propalar la vacuna. En 1883, se fundó el Servicio Vaccinal del Municipio de Lima; en 1896, el Instituto Vaccinal de Lima, y, en el mismo año, el Instituto Nacional de Vacuna. El Gobierno central asumía nuevamente la responsabilidad de suministrar y fomentar la vacunación, trabajo que se hizo en coordinación con los gobiernos locales, a través del vacunador municipal. Fue también en 1896, durante la presidencia de Nicolás de Piérola, que se hizo obligatoria y forzosa la vacunación contra la viruela en el Perú. Al determinar que la vacunación fuera obligatoria se tomó en consideración la idea de que la salud colectiva estaba por encima de los derechos individuales, como el que tenían los padres de decidir si debían o no vacunar a sus hijos. Para evitar posibles reacciones adversas, se emprendió una campaña para desmentir el rumor acerca de que la vacuna era responsable de transmitir la sífilis. En 1902, se estableció el Instituto de Vacuna y Seroterapia; en 1928, el Instituto Nacional de Higiene; en 1935, el Ministerio de Salud; en 1936, el Instituto Nacional de Higiene y Salud Pública, y en 1951, el Instituto Nacional de Salud.

En las décadas de los treinta y cuarenta, a medida que el Estado asumía una responsabilidad mayor en cuestiones de salud, se hicieron masivas las vacunaciones a nivel nacional. Seguían existiendo limitaciones —a veces las vacunas llega-

ban en mal estado a las zonas más remotas del país, lo que las volvía ineficientes—, pero aun así la incidencia de la viruela disminuyó en las primeras décadas del siglo xx. El afán de promover la vacuna llevó a la creación de instituciones y cargos públicos en salud, los mismos que contribuyeron a fortalecer el sistema de salud público del Perú.

Epílogo

En el caso de la viruela, el Estado encontró en la vacuna jeneriana una respuesta eficaz contra esta enfermedad letal. Las sucesivas campañas de vacunación desarrolladas a lo largo del siglo xix y comienzos del xx permitieron erradicar esta enfermedad del Perú en 1957 y, a la par, contribuyeron a institucionalizar la salud pública en el Perú, mediante la creación de cargos e instituciones estatales. La vacuna no fue aceptada por unanimidad al inicio, más bien, hubo oposición a vacunarse por diversos factores: el escepticismo frente a su eficiencia, el temor a contraer sífilis y la coexistencia de múltiples formas de entender el origen de las enfermedades. No todos aceptaban las explicaciones científicas o conceptos como el de la inmunidad. En este escenario, el Estado peruano no fue capaz de desplegar vacunaciones masivas desde la independencia hasta el *boom* del guano, debido a la inestabilidad y precariedad económica, pero tampoco abandonó por completo el esfuerzo vacunador. En el marco del *boom* del guano y la posguerra del Pacífico, se volvió a dar prioridad a la vacunación, se crearon nuevas instituciones relacionadas a tal fin y, para mediados del siglo xx, se logró erradicar la enfermedad en el país.

En 1950, durante la Guerra Fría, periodo de significativos avances médicos y tecnológicos que crearon una atmósfera de optimismo respecto a los alcances de la medicina, se planteó la posibilidad de erradicar la viruela del planeta. En 1958, Víktor Zhdánov, el viceministro de Salud de la Unión Soviética, propuso a la Asamblea Mundial de la Salud lanzar una iniciativa internacional con este propósito. Con respecto a la URSS, hubo motivaciones por supuesto humanitarias, pero también políticas: acabar con una enfermedad tan perjudicial fue considerado ventajoso en términos de propaganda. La erradicación global, lograda en 1980, fue un éxito conseguido a partir de la cooperación internacional; del liderazgo de la Organización Mundial de la Salud; del apoyo financiero de la Unión Soviética y Estados Unidos; del acceso a una vacuna eficiente, barata y fácil de administrar, y del trabajo de miles de médicos, enfermeras y voluntarios que contribuyeron a propalar la vacuna.

La experiencia de la vacunación contra la viruela debe servir de ejemplo a la gran campaña de vacunación global que se realizará en 2021 y 2022 contra la COVID-19. Entre las lecciones que podemos tomar de este caso exitoso de la erradicación de la viruela están las que exponemos a continuación. Primero, es fundamental ganar el apoyo de la sociedad civil, es decir, lograr que escolares, universitarios, maestros y mujeres acompañen directamente en esta labor masiva de vacunación a los trabajadores de la salud pública. Por otro lado, más que imponer a la fuerza la vacuna, es importante comunicar sobre el valor de esta, teniendo en cuenta la coexistencia de múltiples formas de entender la salud y la enfermedad. No se debe partir de la idea de que aquellos que dudan de la medicina científica lo hacen por una cuestión simple de ignorancia; hay te-

mores que deben considerarse y buscar resolverse. Por último, es esencial la cooperación internacional, apoyarse en agencias multilaterales que ya existen, como la Organización Panamericana de la Salud o la Organización Mundial de la Salud.

2

Epidemias de fiebre amarilla y cólera en la segunda mitad del siglo XIX

En la historia de la salud, distintas enfermedades han sido percibidas como las más mortíferas, por lo que han generado un temor extendido. En la época medieval, lo fue la peste bubónica y, entre los siglos XVI y XVIII, la viruela. En la centuria decimonónica, irrumpieron de forma pandémica el cólera y la fiebre amarilla, y se convirtieron en las enfermedades que llamaron más la atención en el globo. El cólera se expandió en distintas oleadas pandémicas desde la India al resto del mundo en el transcurso del siglo XIX. Respecto a la fiebre amarilla, aunque los brotes epidémicos fueron recurrentes en algunas ciudades de las Américas desde el siglo XVII, en el Perú se empezó a sentir con más fuerza durante la era del guano, entre 1845 y 1870, cuando se intensificó el movimiento de personas y mercancías desde puertos donde la enfermedad era endémica. Una enfermedad endémica es aquella que está presente de forma constante o habitual en una población de un área geográfica determinada. Por ejemplo, era común que en Panamá o Guayaquil la población sufriera de fiebre amarilla.

De las epidemias de cólera y fiebre amarilla del siglo XIX, vamos a resaltar dos aspectos. En primer lugar, está el racismo. Ha sido común, en la historia de las epidemias, buscar culpables, quienes normalmente han sido encontrados en los grupos minoritarios o extranjeros. En cuanto a la fiebre amarilla, en el Perú se echó la culpa a los migrantes chinos que llegaron en el contexto del *boom* del guano. La epidemia exacerbó prejuicios previos y fue asociada con los supuestos malos hábitos alimenticios y de higiene de la minoría china. En segundo lugar, nos interesa mostrar cómo las epidemias han fomentado reformas, en este caso, de carácter urbanístico. En efecto, las respuestas oficiales a las epidemias de cólera y fiebre amarilla combinaron las cuarentenas y el aislamiento de los enfermos con reformas urbanas que implicaron mejoras en los sistemas de recolección de basura y acceso a agua potable. En el siglo XIX, no se conocía como hoy acerca de las causas y formas de propagación de estas enfermedades; sin embargo, existían explicaciones que partían de las teorías miasmáticas.

2.1 La fiebre amarilla

La fiebre amarilla es una enfermedad infecciosa viral que se transmite de una persona enferma a una sana por las picaduras del mosquito *Aedes aegypti*. El virus que produce esta enfermedad es un arbovirus del género *Flavivirus*. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, cansancio, dolor muscular y vómito. En la actualidad, es endémica en zonas tropicales de Sudamérica y África. Su tasa de letalidad histórica ha sido bastante alta, de aproximadamente 50% entre los contagiados. En las revistas médicas del siglo XIX se usaban varios nombres,

además de fiebre amarilla, para denominarla: enfermedad del diablo, vómito negro o terror amarillo⁷. Aunque el *Aedes aegypti* circula en África desde hace mucho tiempo, a las Américas llegó en el siglo XVI, en los barcos que transportaban a la población africana esclava. El mosquito se adaptó al hábitat americano y la enfermedad se hizo endémica en algunas ciudades. Asimismo, entre los siglos XVII y XVIII, fueron comunes los brotes epidémicos, los cuales estuvieron vinculados al crecimiento de las ciudades fundadas por los españoles, sobre todo en los actuales países de México, Cuba, Panamá, Venezuela y Ecuador. En el caso peruano, y en particular limeño, si bien hay algunos antecedentes en la época colonial, las epidemias de fiebre amarilla se hicieron más frecuentes con el boom del guano a mediados del siglo XIX. Esto no es de extrañar, pues a lo largo de la historia ha sido usual que las epidemias se produzcan en contextos de incremento comercial, migraciones y crecimiento urbano.

Entre 1845 y 1870 vivimos un periodo llamado la era del guano, pues los ingresos del Estado peruano pasaron a depender casi exclusivamente de este recurso. El valor del guano como fertilizante ya era advertido desde la era incaica; sin embargo, durante la Colonia se perdió este saber. En 1842, con base en relatos indígenas orales, el científico arequipeño Mariano de Rivero y Ustáriz rescató este conocimiento, escribió un artículo en inglés sobre las propiedades del guano y exportó a Inglaterra muestras de este producto. En Gran Bretaña se vivía

7 La epidemia de fiebre amarilla de 1868 ha suscitado interés entre los historiadores de la salud, y es una de las mejor estudiadas desde un enfoque histórico. Sobre el tema, ver: Lossio (2003), Rottenbacher de Rojas (2013) y Zárate Cárdenas (2014). Con respecto al racismo en tiempos de epidemia, puede revisarse *Hijos de la peste* (2020), de Marcel Velázquez Castro, donde se reflexiona sobre el racismo contra los migrantes chinos durante la peste bubónica de 1903 y las representaciones de ese fenómeno en la literatura.

entonces la revolución industrial y masivas migraciones del campo a las ciudades. El guano fue visto como una solución milagrosa a la necesidad de producir más alimento con menos gente en el campo. Dados los positivos resultados, inició una demanda global por un producto que se había acumulado por siglos en las islas de la costa del Perú.

Entre los muchos cambios que generó este *boom*, algunos tuvieron singular relevancia para la salud. Así, el mayor movimiento comercial, de bienes y personas, por los puertos y ciudades de la costa peruana hizo que enfermedades como la fiebre amarilla se propagaran. El mosquito viajaba en los barriles y tanques de agua descubiertos de los barcos, muchos de los cuales llegaban procedentes de puertos donde la enfermedad era endémica. Por otro lado, la riqueza proveniente del guano alentó la consolidación de una élite médica limeña egresada de la Facultad de San Fernando, que se asoció en la Sociedad Médica de Lima. Este gremio comenzó a acumular poder en dicho ambiente; a publicitarse mediante la *Gaceta Médica de Lima*, órgano oficial de la Sociedad Médica de Lima; y a buscar acabar con la «competencia» en el mercado de la salud. Hay que recordar que en el siglo XIX, además de a los médicos universitarios, la población recurría a herbolarios, a curanderos andinos y a la automedicación para enfrentar sus males. En este escenario, los médicos universitarios no eran necesariamente ni los más demandados ni los más reputados. Fue en este contexto del *boom* guanero, de una asociación más cercana con el Estado y de avances en la medicina científica que se empezó a inclinar la balanza a su favor. Las riquezas generadas por el guano permitieron también al Estado realizar una serie de reformas urbanas en ciudades como Lima, sobre la base de las teorías médicas miasmáticas, entonces en boga.

Entre las múltiples epidemias de fiebre amarilla que experimentó el Perú durante el *boom* del guano, la que más impacto tuvo, en términos demográficos, urbanos y sanitarios, fue la gran epidemia de Lima de 1868. Durante este evento sanitario se contagiaron 10 000 personas y murieron 4000, aproximadamente. Es decir, se infectó casi el 10% de los limeños y falleció el 4%, esto sin considerar el nivel de subregistro que debe de haber existido. Lima tenía una población aproximada de 100 000 personas al momento de la epidemia. Son muchos los temas sobre los cuales se puede reflexionar alrededor de esta epidemia, pero nos centraremos en las respuestas sociales racistas y la acción estatal frente a estos hechos.

2.1.1 *Respuestas sociales frente a la epidemia de 1868*

Históricamente, la aparición de una epidemia ha llevado al surgimiento de temores colectivos que se han traducido en discursos discriminatorios o políticas de segregación contra grupos minoritarios o extranjeros. Cuando se desató la epidemia de fiebre amarilla de 1868, los limeños le echaron la culpa a los migrantes chinos (Palma y Ragas, 2018). Es menester mencionar que, durante los años del *boom* del guano, se produjo el fin de la esclavitud en el país. No obstante, debe decirse también que, desde antes de la abolición promulgada por Castilla, ya habían aparecido algunos antecedentes, como la libertad de vientre decretada por José de San Martín en el marco de la lucha independentista; y que la misma población afroperuana venía luchando por poner fin a la esclavitud. Debido en parte a los enormes recursos obtenidos del guano, a la búsqueda de paz social y a la presión desde el extranjero que miraba de forma condenatoria a los países que seguían teniendo esclavos, el

3 de diciembre de 1854 fue formalmente abolida la esclavitud en el Perú por el presidente Ramón Castilla. Con un ánimo similar, Castilla decretó el fin del tributo indígena.

Frente a estos cambios, en vez de procurar formas modernas o propiamente capitalistas de agenciarse trabajadores —por ejemplo, pagando sueldos atractivos—, los hacendados costeños reclamaron al gobierno de Ramón Castilla mano de obra barata para suplir a los esclavos. Fue así cómo llegaron al Perú, a fines de la década de 1840, los migrantes chinos, principalmente cantoneses. Estos trabajadores migrantes abordaron un viaje que tomaba meses, sin mayores cuidados higiénicos o sanitarios, lo que generó la muerte de miles de los que participaron del mismo trayecto. En esa época, China pasaba por un momento de crisis y los trabajadores chinos que arribaron al país lo hicieron en condiciones de precariedad. El imperio asiático pasaba por una situación bastante complicada, de guerras civiles e invasiones extranjeras. Las hambrunas y las epidemias se hicieron comunes en la China de mediados del siglo XIX. Entre 1849 y 1874, contexto de la primera oleada migratoria china, vinieron unos 100 000 trabajadores de esa procedencia al Perú, cuando la población peruana era de un aproximado de dos millones de habitantes.

Inicialmente, los recién llegados chinos trabajaron en las haciendas azucareras de la costa, en la construcción del ferrocarril central (Lima-La Oroya-Huancayo) y en la recolección de guano de las islas. Después de cumplir contratos de siete años, algunos dejaron las haciendas y se mudaron a las ciudades de la costa. En Lima se formó el barrio chino, que combinaba viviendas, «chinerías» (actuales chifas), bodegas y herbolarios. La migración china fue respaldada por los hacendados de la costa que querían mano de obra barata, pero fue rechazada

por médicos, científicos y sectores de la clase media y obrera que veían en esta a una población racialmente inferior, portadora de enfermedades y vicios como la opiomanía. El barrio chino fue representado como un «foco de infección miasmática» en los discursos médicos y en la prensa limeña. El propio presidente Ramón Castilla, en un artículo publicado el 23 de marzo de 1861 en el diario *El Peruano*, señaló:

[E]sos brazos no deben ser raquíticos, no deben ser de hombres débiles, enfermizos, degradados y corrompidos [...] estos hombres por su endeble constitución y por su mala salud, no pueden soportar por mucho tiempo las recias fatigas del campo [...] mezclados con nuestros naturales, pervierten su carácter, degradan nuestra raza [...] es pernicioso al país y no debe permitirse. (Citado en Situ Chang, 2020, p. 131)

Este racismo se manifestó con claridad durante la epidemia de 1868. Por ejemplo, fueron recurrentes las cartas de lectores a los diarios, como *El Comercio*, culpando a los chinos por la epidemia y exigiendo a las autoridades la desinfección del barrio chino y la prohibición de la migración asiática⁸. En el imaginario de un sector de la clase media limeña de la época, se vinculaba a los chinos con el opio, la sífilis, la suciedad y la fiebre amarilla. Se les acusaba además de no cuidar la higiene al momento de preparar sus comidas y de vender carne de caballo o murciélago. Estos discursos se tradujeron en acciones de la Municipalidad de Lima, la cual enviaba inspectores de higiene al barrio chino, quienes decomisaban sus comidas, las tiraban al río o cerraban sus negocios. A mediados del siglo XIX, el Gobierno central no asumía la responsabilidad de combatir las

8 Por entonces, se usaban indistintamente los términos asiático, chino u oriental.

epidemias y eran más bien las municipalidades, las sociedades de beneficencia o las juntas de sanidad formadas *ad hoc* las que lideraban esa lucha.

Curiosamente, aunque pueda parecer contradictorio, los herbolarios chinos fueron muy demandados durante la epidemia, incluyendo entre sus clientes a gente de clase media y alta. Dado que en ese momento la medicina occidental tampoco tenía explicaciones acertadas ni terapias eficientes para enfrentar la fiebre amarilla, un sector amplio de la población limeña prefería la medicina china, pues siquiera era menos intrusiva. La acupuntura y el uso de hierbas se prefería a las sangrías y las purgas, si bien, contra la fiebre amarilla, ninguno de estos métodos funcionaba⁹. Estos discursos antiasiáticos llevaron eventualmente a la destrucción de una parte del callejón Otaiza en el barrio chino, argumentando factores sanitarios. De otro lado, deben mencionarse los problemas de salud mental que se generaron entre los migrantes chinos, quienes empezaron a llegar en números importantes al manicomio del Cercado con síntomas de depresión y tendencias suicidas, los cuales se pueden entender a partir del trauma que debe haber significado el viaje prolongado y cargado de un ambiente tánático, la llegada a un país donde no se hablaba el mismo idioma, la exposición al abuso laboral y el abandono de sus familias en China (Ning Anticona, 2016). En resumen, las epidemias de fiebre amarilla profundizaron visiones raciales negativas de la población china, basadas en estereotipos que ya existían sobre una población a la que se acusó de falta de higiene y propensión a las enfermedades y al consumo de opio¹⁰.

9 Un trabajo valioso que analiza la relación entre racismo y políticas de salud es el de Palma y Ragas (2018).

10 Para un análisis de la discriminación contra los chinos durante la epidemia de 1868 desde un enfoque de la psicología, ver: Rottenbacher de Rojas (2013).

2.1.2 Respuestas oficiales frente a la epidemia de 1868

Las respuestas oficiales frente a la epidemia de fiebre amarilla de 1868 se guiaron por las distintas explicaciones médicas que circulaban sobre la forma de propagación de la enfermedad, de las cuales, la más aceptada por los médicos era la concerniente a las teorías miasmáticas. En otras palabras, se creía que las epidemias eran consecuencia de miasmas o efluvios venenosos que emanaban de la basura acumulada, los cuerpos en descomposición y las aguas estancadas, y que se transmitían por el aire. Por ello, cuando aparecían epidemias, la gente cerraba sus puertas y ventanas para evitar que los miasmas ingresaran a sus casas. En espacios públicos, se buscaba que el aire circulara de forma fluida; a ello se debía el reclamo público de más bulevares, jardines y alamedas. También se acostumbraba, en tiempos de epidemia, disparar cañonazos al aire con la idea de que la pólvora contribuiría a despejar el aire de estos miasmas.

Del otro extremo, estaban los médicos que postulaban que la fiebre amarilla se transmitía de persona a persona, es decir, se contagiaba al compartir espacios, fluidos u objetos. Lamentablemente, este era un grupo minoritario de médicos. En esta época de mediados del siglo XIX, los médicos de más autoridad apoyaban las teorías miasmáticas y asociaban al contagio interpersonal con un saber popular sin base científica (Ramón Joffré, 1999). Los que defendían la teoría del contagio proponían, para frenar el avance de la epidemia, cordones sanitarios, cuarentenas y reclusión de los enfermos en lazaretos; esto es, las medidas típicas de respuesta basadas en el aislamiento forzoso de los infectados. En el lazareto, por supuesto, la gente llegaba a morir, pues se agrupaban ahí, en pésimas condiciones,

a los portadores de la enfermedad. Por su lado, aquellos que abogaban por las teorías miasmáticas reclamaban mejoras en el sistema de recojo de basuras, la desinfección de espacios públicos y el cubrimiento de las acequias que recorrían la capital; esto es, acabar con los focos de infección miasmática.

Sin embargo, era usual que los médicos sugirieran una combinación de respuestas. En mayo de 1858, frente a una epidemia de fiebre amarilla, el decano de la Facultad de Medicina de San Marcos sugirió:

1. Evitar que por el puerto del Callao desembarquen individuos atacados por ella, para lo cual ya he dado la respectiva orden al apoderado de la facultad en ese lugar, a fin de que las visitas que se practiquen a los buques procedentes del norte sean bastante escrupulosas.
2. La formación de cordones sanitarios.
3. Que se observe en esta capital la mayor vigilancia en el aseo de las calles cuidando, sobre todo, que las acequias tengan libres los cursos, y evitando la formación de pantanos. (Citado en Zárate Cárdenas, 2014, p. 49)

Las respuestas de la Municipalidad de Lima también combinaron ambas teorías. Se establecieron cuarentenas a los barcos que llegaban de ciudades donde la enfermedad era endémica, como Guayaquil, Panamá o Veracruz, y se dictaminó el aislamiento de los enfermos en lazaretos. A su vez, se dictaron normas para mejorar el sistema de recojo de basuras, secar aguas estancadas y cubrir las acequias de la capital. Se buscó cambiar en algo aquello de que Lima era una ciudad capital sucia, donde los gallinazos —como se decía en la época— eran los verdaderos encargados de la limpieza de las calles. Es neces-

rio insistir en que dos de las instituciones que más se relacionaron con estas respuestas fueron la Municipalidad de Lima y la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima.

Un actor que resaltó sobre manera durante la epidemia fue Manuel Pardo, entonces director de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima. Pardo visitó hospitales y transitó la ciudad viendo la posibilidad de hacer mejoras en la infraestructura sanitaria, en medio de la epidemia. Además, promovió la construcción del primer nosocomio moderno del Perú, el Hospital Dos de Mayo, que finalmente se inauguró en 1875. La epidemia había hecho evidente el atraso de los centros de salud de origen colonial que funcionaban en Lima. Moderno en el sentido de que se guiaba por los preceptos de la medicina científica, este hospital contaba con servicios más especializados y fue diseñado con una arquitectura que privilegiaba la circulación del aire, haciendo eco de las teorías miasmáticas vigentes. Los hospitales coloniales eran espacios regentados por religiosos donde uno iba básicamente a recibir apoyo espiritual, tenían un talante más asistencial y estaban diseñados en forma de cruz. Es decir, había otras lógicas detrás: lo espiritual primaba por encima de lo científico¹¹.

2.2. El cólera

El cólera es una infección intestinal producida por el *Vibrio cholerae*. Las personas adquieren la enfermedad al consumir alimentos o agua contaminados con la bacteria. La enfermedad se caracteriza por diarreas y vómito, que conducen a la deshidratación y en algunos casos a la muerte. Los brotes

11 Sobre la historia del Hospital Dos de Mayo, ver: Neyra Ramírez (1999).

epidémicos de cólera se han dado históricamente en ciudades donde hay carencias en lo que se refiere a la distribución de agua potable y tratamiento de aguas residuales. Aunque la enfermedad existe desde hace miles de años en India, se hizo conocida en el mundo occidental en el siglo XIX. Fue a lo largo de esta centuria, empezando en 1817 y culminando en 1899, que se sucedieron una serie de pandemias que mataron a millones de personas en el planeta. En las revistas médicas del siglo XIX aparece con una variedad de nombres, tales como pasión cólerica, diarrea cólerica, *cholera morbus*, rey cólera o enfermedad azul.

2.2.1 Pandemias de cólera en el siglo XIX

Su expansión en forma pandémica se debió al mayor contacto entre Occidente y Oriente —en particular, el producido por la presencia colonial inglesa en la India— y al mayor volumen de comercio entre estos territorios. Tanto en Europa como en América, el cólera se encontró con una realidad urbana que favoreció su dispersión. En el siglo XIX no se prestaba suficiente atención a la distribución de agua potable ni al tratamiento de aguas residuales. Hay que recordar que la teoría médica dominante, la teoría miasmática, ponía énfasis en el aire como medio de propagación de enfermedades. Por otro lado, el hacinamiento, especialmente en los barrios obreros de ambos continentes, era común. En la Inglaterra victoriana, por ejemplo, los procesos de migración del campo a la ciudad, el crecimiento demográfico y la revolución industrial derivaron, como ha mostrado Charles Dickens en sus cuentos, en una realidad definida por la inequidad entre los estilos de vida de las clases altas y los sectores más marginales. A diferencia de

la élite socioeconómica, los obreros vivían en espacios tugurizados, sin acceso a agua potable y sin posibilidad de aislar a los enfermos. Lo mismo ocurría en Lima, Buenos Aires o Nueva York, donde se habían suscitado las condiciones para una rápida propagación del mal.

Todo especialista en salud pública actual reconoce una relación entre pobreza y salud. En el presente, este vínculo se entiende como un círculo vicioso: la pobreza genera condiciones (hacinamiento, falta de acceso a agua potable) para que se transmitan enfermedades, lo cual a su vez lleva a una profundización de la pobreza (gastos extras en salud, menor producción, ausentismo laboral). En el siglo XIX, a propósito de la revolución industrial, el crecimiento de barrios obreros y la mayor visibilidad de la pobreza urbana, los médicos también asociaron pobreza y enfermedad, pero de una manera distinta. Epidemias como la del cólera reforzaron prejuicios de clase; así, existía la noción, entre los médicos de clase media y alta, de que los sectores menos acomodados y migrantes eran inherentemente, por cuestiones biológicas y estilos de vida, más propensos a la enfermedad. En la prensa médica del XIX, era usual acusar a los sectores más pobres o extranjeros de ser los portadores y culpables de la propagación de las epidemias por gastarse toda su plata en alcohol, por su vida licenciosa o por su debilidad biológica y racial. ¿Qué evidencias presentaban los médicos decimonónicos para hacer estas asociaciones? Solo sus prejuicios ya existentes sobre los hábitos y modos de vida de los sectores menos favorecidos y el hecho de que había un mayor número de casos de cólera entre los obreros o los «menesterosos», usando términos de la época. Ahora sabemos que esto último se debía al hacinamiento, a la falta de acceso al

agua potable o a la peor nutrición, pero en ese momento se relacionó a factores étnicos, cuestiones raciales o estilos de vida.

En el siglo XIX, los tratamientos médicos para el cólera se centraban en las purgas, las sangrías y los enemas. Las respuestas oficiales, por su parte, se enfocaron en la represión y el aislamiento de enfermos, estableciendo cuarentenas en los puertos e instalando lazaretos para aislar a los contagiados, así como en la lucha contra los miasmas, vía desinfección de espacios públicos. En efecto, la primera cuarentena que se aplicó en el Perú ocurrió en 1832, en el marco de una epidemia de cólera¹². A nivel global, las cuarentenas surgieron con la expansión de la «peste negra», pandemia que azotó a las poblaciones de África, Asia y Europa en el siglo XIV, y ocasionó millones de muertes. Solo en Europa se calcula que fallecieron 25 millones de personas, casi un tercio de la población del continente. Por entonces, no se sabía todavía que la peste era causada por una bacteria, *Yersinia pestis*, y que se transmitía por las pulgas de la rata. Sin embargo, a pesar de no haber una explicación científica para el contagio, se introdujo la práctica de las cuarentenas en Venecia, ciudad portuaria comercial, donde se obligó a todos los barcos a estacionarse por cuarenta días antes de permitir que su tripulación baje a tierra. Si alguien estaba infectado, morirían; pero si no desarrollaban el mal en ese tiempo, quería decir que no estaban contagiados. La cuarentena pasó a ser una de las respuestas más comunes en tiempos de pandemia.

12 Sobre la primera cuarentena en el Perú, ver: García Cáceres (2002).

2.2.2 El caso de John Snow y una nueva forma de entender el cólera

Un hito en la historia de la salud se produjo en la década de 1850, en el contexto de una serie de epidemias de cólera en Londres. John Snow, médico nacido en York y doctor en Medicina por la Universidad de Londres, determinó que el cólera se transmitía por el agua y no por el aire. Usando métodos epidemiológicos novedosos para el siglo XIX, como una aproximación espacial y poblacional, llegó a cuestionar las visiones hegemónicas de la época. Snow demostró que los miasmas no eran los responsables de las epidemias de cólera, que más bien era una enfermedad que se transmitía por el agua contaminada a partir de una «materia mórbida», que era la que causaba las diarreas. En 1848, postuló que era inviable que la teoría miasmática explique el cólera, pues en tal caso se manifestaría como un mal respiratorio antes que intestinal. Igualmente, notó que la gran mayoría de casos en 1848 y 1849 aparecía entre un sector de la población del sur de Londres que tomaba el agua de la zona más contaminada del Támesis. Ante ello, Snow supuso que había un agente invisible al ojo humano que estaba siendo consumido mediante estas aguas contaminadas. Snow publicó estas ideas en *On the Mode of Communication of Cholera* (1849).

Su aproximación espacial le permitió determinar que el origen de la epidemia de cólera de Londres en 1854 se hallaba en una fuente de agua en Broad Street en el barrio de Soho. Visitó a muchos de los enfermos, comparó muestras de agua de dicha bomba con otras, y comprobó que la mayoría de los enfermos tomaba el agua de esta bomba de agua específica. Con estos datos, Snow confeccionó un mapa donde visualmente se

evidenciaba la relación entre las defunciones por cólera con la bomba de Broad Street. Recomendó clausurar esta bomba de agua, sugerencia que permitió que el número de casos se frenara. Indagaciones posteriores revelaron que las aguas sucias de las alcantarillas contaminaban el agua que se consumía en Broad Street. Aunque al principio sus ideas fueron rechazadas, las investigaciones de Snow permitieron, primero a las municipalidades y luego a los Gobiernos centrales, establecer respuestas útiles contra esta enfermedad.

Epílogo

A lo largo de la segunda mitad del siglo XIX, se produjo mucho conocimiento científico sobre la fiebre amarilla y el cólera. En cuanto a la fiebre amarilla, un gran acontecimiento tuvo lugar en la década de 1880, cuando el médico cubano Carlos Finlay planteó, en una conferencia sanitaria internacional, que la enfermedad se transmitía a través de mosquitos. Al comienzo, como suele ocurrir, sus colegas no aceptaron esta teoría. Sin embargo, a inicios del siglo XX, una comisión médica del Ejército norteamericano que operaba en Cuba confirmó lo postulado por Finlay. En 1901, con este conocimiento médico, Estados Unidos organizó una campaña usando insecticidas para erradicar al *Aedes aegypti* de Cuba, con lo cual redujeron significativamente el impacto de la enfermedad. En las primeras décadas del siglo XX, se desarrolló una vacuna contra la fiebre amarilla, con lo que el número de casos y muertes a nivel global disminuyó de manera considerable. Respecto al cólera, junto con los descubrimientos de John Snow, otro hito se marcó en 1883, cuando el científico alemán y premio Nobel Robert

Koch, famoso por sus postulados (criterios para determinar el agente causal de una enfermedad), descubrió el bacilo del cólera.

El conocimiento científico es esencial para combatir enfermedades y pandemias, pero no lo es todo. La historia ha demostrado que, para la salud pública, tan importante como la ciencia y la medicina es enfrentar las condicionantes sociales (vivienda, alimentación, educación) en las cuales vive la población. Prueba de ello es que, en los noventa, cuando ya se sabía del origen de ambas enfermedades y cómo se propagaban, reaparecieron en el Perú epidemias de cólera y fiebre amarilla. En 1991, hubo una epidemia de cólera que culminó con el contagio de más de 300 000 personas y la muerte de aproximadamente 3000 peruanos. El regreso de estas epidemias en esa década —parafraseando el título de un importante libro de Marcos Cueto (1997) sobre la historia de la salud en el Perú del siglo xx— es muestra de cómo para combatir las enfermedades es necesario reducir la inequidad y mejorar las condiciones de vivienda e infraestructura sanitaria. Es decir, ha sido muy valioso, para mejorar las condiciones de salud de la población a nivel global, el descubrimiento de los agentes causales, los virus y las bacterias, además del desarrollo de medicamentos y vacunas. Pero seguir solo la lógica de las «balas mágicas» no es suficiente. Para realmente evitar que sigan surgiendo epidemias que generen muerte, es fundamental atender los problemas sociales vinculados al empleo, la salud, la educación y la vivienda.

3

El Estado y la salud pública

Una diferencia importante entre la actualidad y el pasado en materia de salud se encuentra en el rol del Estado. En las primeras décadas del siglo xx, los Estados nacionales decidieron crear agencias de salud y aceptar que el cuidado de esta era parte de sus deberes, lo cual implicó un cambio trascendental. Hasta fines del xix, ante la aparición de una epidemia, eran las municipalidades, las sociedades de beneficencia, las órdenes religiosas y las juntas de sanidad las que se encargaban de combatirla. Fue recién a inicios del siglo xx que el Estado, de forma más centralizada, comenzó a asumir que la salud pública era su responsabilidad. En 1903, se creó la Dirección de Salubridad Pública como parte del Ministerio de Fomento y, en 1935, el Ministerio de Salud. Entre 1900 y 1990, la inversión estatal en salud creció sostenidamente y se empezaron a extender servicios de salud materno-infantil, realizar visitas médicas domiciliarias, promover campañas contra el alcoholismo, construir hospitales, entre otros. Aunque esto permitió mejorar condiciones de vida en general de la población, en el caso peruano hubo algunas limitaciones también. Por ejemplo, esta extensión de los servicios de salud del Estado estuvo

guiada, en los albores del siglo xx, por principios eugenésicos, conservadurismo social en cuestiones de género y enfoques básicamente médicos. Sobre lo último, no se consideraron los aportes de las ciencias sociales; se trató más bien de una visión de la salud centrada en los discursos médicos, en busca de capacitar a más profesionales de la salud e importar tecnologías médicas.

Este nuevo rol del Estado fue consecuencia de distintos factores. Uno de ellos fueron las epidemias de peste bubónica que atacaron a las ciudades de la costa peruana entre 1901 y 1903. La peste bubónica es una infección producida por la bacteria *Yersinia pestis*, que se transmite a los seres humanos por las pulgas de las ratas. Históricamente, ha tenido una tasa de letalidad bastante alta, de entre 40 y 60%. Algunos de los síntomas son fiebre, tos, sangrado y manchas en la piel de color azul o negro. Era una enfermedad temida, pues en tiempos medievales generó muchísimas muertes. En el siglo xiv, la famosa «peste negra» mató a unos 100 millones de personas en Asia, África y Europa. Hay que recordar que hasta principios del siglo xx era común la convivencia con las ratas, así como las condiciones de hacinamiento en muchas ciudades de la costa. Las respuestas estatales frente a las epidemias de peste fueron variadas, pero algunas nos parecerán familiares: cuarentenas, cordones sanitarios, lazaretos y formación de juntas de sanidad.

Sin embargo, a comienzos del xx ya circulaban las teorías bacteriológicas. En 1884, el científico Alexander Yerstin había descubierto la bacteria causante de la peste bubónica; de hecho, a ello se debe el nombre del *Yersinia pestis*. No obstante, hasta los primeros años del siglo xx, un sector de la población se negaba a aceptar las teorías del germen de la enfermedad y

consideró absurdo que sus afecciones pudieran ser causadas por seres invisibles al ojo. En dichas circunstancias, frente a estas epidemias, el Estado estableció el Instituto Municipal de Higiene de Lima (1902), la Dirección de Salubridad Pública (1903) y la Junta Directiva de la Campaña contra la Peste Bubónica de la Provincia de Lima (1904). Como lo ha señalado Cueto (1997), el surgimiento de estas instituciones fue parte de un contexto histórico definido por la posguerra con Chile y la República Aristocrática, el cual favoreció la modernización del Estado y la creación de entidades que garantizaran el progreso económico. Es menester apuntar que las epidemias conllevaban una paralización del comercio marítimo y, por ende, de las exportaciones peruanas.

La otra crisis sanitaria que tuvo un impacto notorio fue la pandemia de influenza española, entre 1918 y 1920, de la cual se contagiaron alrededor de 500 millones de personas, lo que entonces representaba a un tercio de la población mundial. Por su lado, el número de muertes a nivel global se estima en 70 millones. La pandemia se produjo en una serie de tres oleadas y las medidas que se tomaron fueron cuarentenas, uso de mascarillas, aislamiento social de los enfermos y clausura de escuelas y eventos públicos. Es el antecedente más similar a lo visto durante la COVID-19. De otra parte, la denominación que se le dio, «influenza española», responde a la época. La enfermedad, en realidad, salió de un campamento militar en Kansas, Estados Unidos, en el marco de la Primera Guerra Mundial. Sin embargo, debido a que el periodismo norteamericano se hallaba censurado por la guerra, se optó por restringir inicialmente la información sobre la pandemia. Lo mismo ocurrió en otros países que estaban participando en el conflicto bélico, como Gran Bretaña o Alemania. Pero como España no estaba

involucrada, su prensa sí informó al respecto, por lo que las primeras noticias sobre la pandemia aparecieron en diarios de ese país, dando la impresión de que la enfermedad había salido de suelo español.

La cantidad de muertes ocasionadas por esta pandemia llevó a muchos países a replantear el enfoque que se daba a la salud pública y a crear agencias nacionales de salud. De ese modo, se empezó a hablar de la necesidad de asistencia sanitaria gratuita, salud universal o medicina socializada. En el Perú, se estima que fallecieron unas 50 000 personas por esta causa, sobre todo en las ciudades de Lima, Ica, Trujillo e Iquitos. Lamentablemente, salvo algunas pocas excepciones, no hay casi nada escrito sobre la pandemia de influenza española en el país. Esto quizás se deba a que la pandemia ocurrió a la vez que la Primera Guerra Mundial y fue opacada a nivel de interés historiográfico por la misma. Un dato curioso sobre la pandemia en el Perú es que, cuando el 11 de noviembre de 1918 se firmó el armisticio que puso fin a la guerra, miles de limeños salieron a las calles a celebrar, lo que provocó que la enfermedad se propagara masivamente¹³.

El otro evento significativo de esta época fue la Gran Depresión. En 1929, a raíz de múltiples factores coyunturales y estructurales, se produjo el colapso de Wall Street. Esto desató un pánico financiero, la venta frenética de acciones en la bolsa de Nueva York, el retiro masivo de ahorros y la quiebra de bancos en Estados Unidos. Aunque se suele enfatizar la especulación financiera como la principal causa del colapso de la

13 Sobre los impactos culturales, económicos, demográficos de la influenza española de 1918, ver: Spinney (2019). Por otro lado, sobre las derivaciones en el arte, la literatura y el humor de esta y otras epidemias, ver Velázquez Castro (2020). Con respecto a lo último, un caso interesante es el de la obra pictórica de Edward Munch, quien contrajo la enfermedad de peste bubónica.

economía norteamericana, hubo otros problemas que venían de años atrás. Uno de ellos fue la crisis agrícola, producida por desastres ambientales, como las tormentas de polvo en la zona centro de Estados Unidos; o por el fin de la Primera Guerra Mundial, que dejó a muchos agricultores endeudados y pensando que los precios elevados de sus productos, consecuencia de la realidad de la guerra, se sostendrían en el largo plazo. De igual manera, un factor que también coadyuvó fue la especulación hipotecaria en Florida, burbuja que reventó en medio de este escenario. Desde inicios del siglo xx, pero con mayor claridad tras la Primera Guerra Mundial, la economía estadounidense se había convertido en el motor de la economía global, al menos del mundo occidental, y su caída derivó en el desplome de varias economías, incluyendo la peruana.

En el Perú, como en muchos otros países de la región, la Gran Depresión tuvo repercusiones políticas y económicas: llevó al fin del oncenio de Leguía (1919-1930), a un freno de las inversiones norteamericanas que en los años veinte habían sido especialmente fuertes en construcción y minería, a sentimientos nacionalistas en lo económico (privilegiar la industria nacional) y a la convicción de que el Estado tenía que ejercer un papel más activo en proteger la salud de sus ciudadanos. El 5 de octubre de 1935, conmemorando la fecha del fallecimiento de Daniel Alcides Carrión, el presidente Óscar R. Benavides estableció el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. La creación de un ministerio dedicado exclusivamente a la salud fue respuesta a factores políticos internos también. Los gobiernos militares de los treinta, si bien mantuvieron una alianza política con la oligarquía, fueron conscientes de que requerían extender los servicios del Estado a las clases medias y los sectores obreros para sostener una base de apo-

yo popular. Más aún cuando la popularidad de los partidos de masas de orientación izquierdista, como el APRA y el Partido Comunista, iba en aumento. Dos áreas en las cuales el Estado fue bastante activo fueron la vacunación, en la que ya se habían gestado desde comienzos del siglo XIX una burocracia y un aparato institucional, y la salud materno-infantil (Cueto, 1996).

Hubo otro elemento importante para la salud pública en estas décadas: el rol determinante de las agencias internacionales de la salud. En primer lugar, está la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Primera Convención Sanitaria Internacional de las Repúblicas Americanas se celebró en Washington D. C., en diciembre de 1902. En estos días, se fundó la Oficina Sanitaria Internacional (antiguo nombre de la OPS), cuyas funciones eran las siguientes:

- a. Solicitar de cada país que se sirva remitir pronta y regularmente a la Oficina todos los datos relativos al estado sanitario de sus puertos y territorio nacional.
- b. Obtener toda la ayuda posible para hacer estudios científicos completos de los brotes de enfermedades contagiosas que pudieran ocurrir en los países.
- c. Proporcionar su mayor ayuda y su experiencia a fin de obtener la mejor protección posible para la salud pública de los países a fin de conseguir la eliminación de la enfermedad y facilitar el comercio entre las naciones.
- d. Estimular, ayudar o imponer todos los medios jurídicos a su disposición para el saneamiento de los puertos marítimos, incluyendo la introducción de mejoras sanitarias en la rada, el sistema de avenamiento, el drenaje del suelo, la pavimentación y la eliminación de la infección de los edificios, así

como la destrucción de mosquitos y otros insectos nocivos.
(Organización Panamericana de la Salud, s. f., párrs. 3-8)

Otra organización trascendental para la salud internacional, con impacto en las políticas de salud internas, fue la División Internacional de Salud de la Fundación Rockefeller, instaurada en 1913 a partir de la fortuna personal del magnate del petróleo John D. Rockefeller. Esta fundación impulsó campañas de erradicación de enfermedades, sobre todo contra la anquilostomiasis, la fiebre amarilla y la malaria en América Latina, y proporcionó, a lo largo de su historia, numerosas becas a médicos peruanos para que estudien en universidades norteamericanas o desarrollen proyectos de investigación biomédica. La Fundación Rockefeller, cuya sede está situada en Nueva York, contribuyó a norteamericanizar la salud pública peruana, que hasta fines del siglo XIX estaba influenciada principalmente por el modelo francés¹⁴. Antes de culminar, debemos mencionar a dos instituciones más, igual de relevantes a nivel global en esta época: la Sección de Salud de la Liga de Naciones, creada en 1920 con base en Ginebra, y la Oficina Internacional de Higiene Pública, establecida en 1907 con sede en París.

Para poder comprender las políticas de salud que se dictaron entre las décadas de 1900 y 1950, es necesario tener en cuenta el contexto ideológico en la salud, el cual estuvo marcado por el higienismo y, luego, la eugenesia. Es decir, hubo consideraciones de clase, raza y género que enmarcaron los discursos y prácticas de las instituciones nacionales de salud en sus primeros años de funcionamiento. Igualmente, el mayor intervencionismo estatal en salud estuvo guiado por

14 Marcos Cueto (1994) ha identificado que la Fundación Rockefeller, entre 1917 y 1962, financió 880 becas para médicos de América Latina.

prejuicios clasistas, racistas y de género, por la lógica de «poblaciones peligrosas» y por la presunción de roles diferenciados entre hombres y mujeres. Así, médicos y gobiernos se involucraron en temas que hasta entonces se consideraban propios del ámbito privado, como el matrimonio, el embarazo o el parto, bajos supuestos bastante conservadores. Estos movimientos explican en parte también la atención brindada por el Estado a áreas como la salud materno-infantil, aunque desde una aproximación conservadora que asumía que el rol de la crianza de los hijos y el cuidado del hogar recaía en las mujeres.

3.1 El higienismo

Como lo señala Oswaldo Salaverry (2017), el «higienismo» apareció, en el siglo XIX, como un movimiento médico que buscaba enfrentar la expansión de enfermedades y epidemias a partir de la mejora de las condiciones de vida urbana y la modificación de los hábitos de las personas. Las campañas en favor del «higienismo» se hicieron sentir con más fuerza tras la guerra del Pacífico (1879-1883). Después del fracaso en el conflicto bélico, que dejó una terrible sensación de humillación, la élite política e intelectual reflexionó y buscó entender cómo Lima, la antigua capital del virreinato peruano, había sido ocupada por tropas chilenas. Se diagnosticó de manera errónea que la derrota peruana había sido culpa en especial de las poblaciones andinas y chinas, quienes no habían peleado por el país y además eran inferiores racialmente. A pesar de las críticas de voces aisladas, como la de Manuel González Prada, quien por el contrario acusó a la clase dirigente de corrupta y de haber

sido incapaz de forjar un sentido de nación, la mayoría de la élite criolla se convenció de que había un problema poblacional en el país.

Los médicos, que solían provenir de la clase media y alta, promovieron la idea de que el higienismo podía ser una solución. Esta teoría planteaba que, si se seguía una serie de reglas en cuanto a estilos de vida y vivienda, la salud de una persona podía mejorar considerablemente. Bañarse, lavarse los dientes, hacer ejercicio y evitar el consumo de alcohol, coca u opio eran algunas de las recomendaciones sugeridas. El higienismo postulaba que la pobre salud de las poblaciones andinas, obreras o migrantes se debía a la tugurización, a la suciedad en las casas, al hábito de beber alcohol en demasía y a la falta de actividad física. En los Andes, por otra parte, existía el problema del cocainismo o práctica de chacchar coca en exceso, que supuestamente generaba adicción y problemas de nutrición.

El Estado peruano hizo suyo este discurso y envió inspectores —médicos, estudiantes de medicina, visitadoras sociales— a las casas de los obreros, y en general a las de los sectores menos acomodados, para inspeccionar sus condiciones de salud. Los médicos de clase media y las visitadoras domiciliarias encontraron que las familias de los niveles socioeconómicos más bajos vivían en condiciones de hacinamiento, con poca iluminación y ventilación en los cuartos —asunto de consideración debido a las ideas miasmáticas— y con presencia de basuras acumuladas. Hallaron asimismo casos de abuso de alcohol, y que males como la tuberculosis estaban sumamente extendidos, ya que los enfermos compartían los espacios con las personas sanas. Reportaron «poca limpieza en vestidos y cuerpos» y que, para su escándalo, entre ellos, más credibili-

dad tenían los herbolarios chinos y los curanderos andinos que la medicina occidental.

A raíz de lo indicado, se generó un discurso desde los médicos según el cual estas familias eran «más propensas» a la enfermedad por su propia responsabilidad, por desatender su higiene y beber alcohol en exceso. Para combatir este problema, el Estado decidió tomar cartas en el asunto, sobre todo en contextos de epidemia, por lo que trasladó a los enfermos a los lazaretos; organizó campañas de fumigación y mejora del sistema de recojo de basuras; y sacó legislación contra curanderos y otros actores no oficiales de la salud. Los informes médicos de estas visitas reforzaron la sensación de «grupos peligrosos» o «minorías» más proclives a infectarse y contagiar enfermedades (Salaverry, 2017).

3.2 La eugenesia

La eugenesia como «ciencia» surgió en la segunda mitad del siglo XIX en Inglaterra, a partir de los trabajos de Francis Galton (1822-1911), un matemático de la Universidad de Cambridge. En 1869, el británico publicó *El genio hereditario*, donde propuso que el éxito profesional de una persona dependía principalmente de sus genes (herencia biológica familiar). Según su investigación, esto explicaba por qué era usual que muchos de los grandes científicos o artistas fueran parte de unas ciertas familias. Por el lado opuesto, también era común que los criminales estuvieran vinculados entre sí. Obviando aspectos sociales, como la educación o la riqueza, Galton puso énfasis

en lo biológico y refirió que la naturaleza estaba por encima de la crianza¹⁵.

En 1883, Galton acuñó el término «eugenesia» (buenos genes). Pensaba que era posible lograr la mejora racial en su país, básicamente del mismo modo como lo hacían los ganaderos. Su método consistía en hacer que se crucen los «mejores» de la especie y evitar que aquellos con los peores genes se reproduzcan. Con esa justificación, se planteó que debían hacerse exámenes médicos prematrimoniales para impedir que personas con enfermedades hereditarias procreen —por entonces, el alcoholismo o la sífilis eran pensados como males hereditarios—. Estas ideas, que hoy en día generan una reacción de rechazo, recibieron el apoyo de las clases medias profesionales de una Inglaterra victoriana caracterizada, en la percepción de la época, por la «degeneración», la cual se manifestaba en la mayor visibilidad de la pobreza, la marginalidad, el alcoholismo y la prostitución, en medio de un acelerado crecimiento urbano.

Las ideas eugenésicas se expandieron globalmente y se adaptaron a distintas realidades. En Suecia, se practicaron decenas de miles de esterilizaciones a «grupos indeseables», tales como personas con problemas mentales. En Estados Unidos, se restringió la entrada de migrantes considerados «inferiores», como los italianos y los irlandeses, a quienes se les acusaba de alcohólicos y portadores de males como la tuberculosis; mientras que, en Canadá, se esterilizó a miles de nativos americanos. De otra parte, en Francia, donde había una influencia lamarckiana importante, se destacó la relevancia del medioambiente; en tal sentido, se enfatizaron políticas

15 Una obra fundacional de esta corriente es «On Men of Science, their Nature and their Nurture» (1875), discurso pronunciado por Francis Galton en 1874.

de promoción del deporte, la salud materno-infantil y la nutrición. Así, se puede comprender cómo, en América Latina, donde hubo mucho peso de la tradición científica francesa hasta mediados del siglo xx, se combinaron los discursos y prácticas eugenésicos británicos y francesos. En 1931, se creó en México la Sociedad Eugénica para el Mejoramiento de la Raza, y lo mismo ocurrió en Brasil, Argentina y Chile. A la par que se buscó prohibir la reproducción de los «menos aptos», personas con tuberculosis, sífilis o problemas mentales; se extendió la presencia del Estado en salud materno-infantil, nutrición y deporte. A la par que las ideas básicas de la eugenesia eran absolutamente condenables, como aquel afán de extender la selección reproductiva practicada en animales a los seres humanos; los defensores de la eugenesia promovieron la educación de las mujeres y el derecho al aborto, si bien siempre pensaban en la lógica de una mayor reproducción de los «más aptos».

En el caso peruano, el movimiento eugenésico congregó principalmente a médicos, abogados y mujeres de clase media. Las demandas propuestas por los seguidores de esta corriente en el país se pueden apreciar en las Jornadas Nacionales de Eugenesia que se desarrollaron a inicios de la década de 1940. El fin último de este movimiento en el Perú era similar al del resto del mundo, una supuesta «mejora de la raza peruana» con la intención de evitar la reproducción de las personas con taras o males hereditarios y alentar la de aquellos considerados «más aptos». De acuerdo con Alejandro Benavente Alcázar (1940), «eugenesia es señalar el camino del perfeccionamiento de la especie humana bajo la estricta aplicación de las leyes biológicas» (p. 31). Como mencionó María Alvarado Rivera (1940) en la Primera Jornada Peruana de Eugenesia, «la eugenesia trata del perfeccionamiento del hombre, desde antes de

su nacimiento, desde antes que principie su vida en el seno materno [...] para evitar que vengan al mundo niños débiles, enfermizos, tarados» (p. 23). La presencia de tantas mujeres en el movimiento eugenésico peruano se explica en parte porque el tema central de atención eran el matrimonio, el embarazo y el parto.

Para alcanzar este objetivo, se plantearon diversas medidas. Una de ellas, que se implementó en la década de 1930, fue la de poner cuotas a los migrantes asiáticos que llegaban al país. Se creía que la «asiática» era una «raza inferior» que estaba propagando enfermedades y males sociales como la adicción al opio. Pero el tema de la raza estuvo vinculado al tema de la clase; eran conceptos que se pensaban atados. Las clases medias y altas se tenían como las más sanas y, por ende, las más propicias para tener una descendencia más «eugenésica». Por otro lado, se pensaba que las clases bajas eran las que podían procrear personas con más «defectos». Los defensores de la eugenesia hablaban de la carga que significaba para el Estado peruano el que los sectores de menos recursos fueran los que más hijos tuvieran. Eran niños no adecuadamente cuidados, por lo que el Estado tendría que intervenir. Por último, es necesario señalar que el tema de raza y clase estaba relacionado también al tema de género. Se pensaba, en consecuencia, que las mujeres urbanas de clase media eran más susceptibles a enfermedades nerviosas como la histeria que las mujeres andinas.

La eugenesia empujó a que el Estado empezara a observar y legislar en aspectos antes considerados propios de la vida privada, desde el acto sexual hasta la crianza de los hijos. Por ejemplo, proclamó la necesidad de dictar cursos de educación sexual en los colegios. Se debía buscar la forma de «civilizar»

o controlar los impulsos sexuales. Se pensaba, además, que hombres y mujeres tenían una naturaleza distinta en cuanto a lo sexual. Los cursos para hombres se idearon para evitar que contrajeran enfermedades sexuales y que no aprendieran sobre la vida sexual en prostíbulos o a través de pornografía. Con respecto a las mujeres, no se esperaba que tuvieran una vida sexual orientada por el placer, sino solo por la procreación. Todo era proyectado, claro está, desde una visión heterosexual. Según Alvarado Rivera (1940), era «imperioso educar a las niñas en el conocimiento y respeto de las leyes de la vida para que sepan seleccionar esposo» (p. 23). De igual manera, reclamó que se criminalice el contagio venéreo.

Otra medida que se llevó a cabo por insistencia de los defensores de la eugenesia en el país fue la de los certificados médicos prematrimoniales. En 1931, el Estado peruano creó la figura del Consultorio Médico Prenupcial y los exámenes médicos que debían verificar que ninguno de los contrayentes sufriera de males considerados hereditarios, como la tuberculosis, la sífilis o los problemas mentales. Asimismo, se puso énfasis en educar a las mujeres sobre la necesidad de elegir correctamente a sus futuros maridos. Se les recomendaba elaborar árboles genealógicos de sus parejas para determinar si había entre su familia personas con males hereditarios, en cuyo caso debían repensar su casamiento.

Aparte del matrimonio, se comenzó a prestar más atención al embarazo y al parto. En cuanto al segundo, a lo largo del siglo xx, se produjo un proceso de medicalización impulsado por los médicos y el Estado, que llevó a una serie de cambios en una práctica que hasta fines del xix era considerada natural y del ámbito de las mujeres de la familia y la partera. En todo este desarrollo, se fue reconceptualizando la idea del

parto: pasó a ser un asunto médico, donde la gestante asumió un rol más pasivo frente al médico especialista. Los partos dejaron de producirse en las casas y empezaron a hacerse en el hospital o la clínica. Del mismo modo, esto se acompañó de un discurso contra las parteras, a las que se acusó de no poseer conocimientos científicos, de no cuidar la higiene y de ser responsables de los abortos que clandestinamente se realizaban en el país. Estas eran imputaciones graves, pues en esa época muchos médicos aseveraban que el principal problema del país era la falta de población como consecuencia de las altas tasas de mortalidad en los partos. Es decir, se estaba acusando a las parteras de ser responsables de este mal y, por tanto, del atraso del país. La medicalización del parto implicó también un mayor uso de tecnologías y procedimientos que por entonces rara vez se practicaban, como la anestesia o la cesárea¹⁶.

La falta de higiene en realidad fue un problema en los hospitales y las salas de parto durante el siglo XIX e inicios del XX. Era usual que los médicos practicaran una operación y luego, sin lavarse las manos, atendieran un parto. Este poco reparo en el aseo era una de las principales causas de muerte en los partos. Recién a mediados del XIX, el médico obstetra húngaro Ignaz Semmelweis asoció la fiebre puerperal con el hecho de que los médicos no se desinfectaran las manos. Aunque corroboró su hipótesis en el Hospital General de Viena mediante la estadística, esto es, que cuando los médicos se lavaban las manos el número de muertes disminuía dramáticamente, sus colegas consideraron absurda esta idea. No fue sino hasta fines del XIX, a partir de los trabajos de Joseph Lister, quien destacó

16 Sobre la historia del parto en el Perú del siglo XX, ver: Lossio, Iguíñiz-Romero y Robledo (2018). Sobre la historia del parto en el siglo XIX, ver: Quiroz (2012 y 2020).

la necesidad de esterilizar el material quirúrgico, y de Louis Pasteur, quien demostró la existencia de los gérmenes, que se empezó a hacer común esta práctica en las primeras décadas del siglo xx.

Según los defensores de la eugenesia, las mujeres debían elevar sus conocimientos en áreas diversas como la crianza de los hijos, la nutrición o la economía familiar, las cuales eran útiles para cumplir mejor su rol de madres. El discurso médico indicaba asimismo que las mujeres debían abocarse a la esfera privada, concentrarse en su papel de esposas y madres, y no pretender entrar a espacios considerados del ámbito masculino, como el empleo fuera de casa. Usaron argumentos «científicos» como el que el trabajo durante el embarazo era perjudicial para la salud o que la educación de los hijos se veía perjudicada por la ausencia de las madres trabajadoras. Estas teorías, por supuesto, no tenían ninguna posibilidad de verse cumplidas para la mayoría de las mujeres en el país que querían laborar fuera del hogar. Debe resaltarse también que la preocupación, más que por las mujeres en sí, era por ellas como madres y, por consiguiente, como garantes de un supuesto futuro eugenésico. Todo ello, además, estaba enmarcado en un discurso nacionalista, de regeneración de la nación, de lucha contra la «degeneración racial» por el futuro del país.

Si se prestó atención al matrimonio y al parto, lo mismo se hizo con la salud materno-infantil. Se empezó a celebrar el Día del Niño y la Semana del Bebé, verbigracia. El trabajo con madres e infantes fue considerado esencial para la renovación poblacional del país, así como el higienismo y las prácticas eugenésicas, herramientas para alcanzarla. Es menester apuntar que, en las décadas inaugurales del siglo xx, se esperaba que la crianza de los hijos recayera en las madres. Había, entonces,

roles bastante claros y segregados entre hombres y mujeres, al menos en el ideal eugenésico. Mientras el hombre pertenecía al espacio público y era el encargado de proveer para la familia; la mujer debía permanecer en la esfera doméstica y encargarse de los hijos. De hecho, en mucho del discurso médico científico de la época, se enfatizaba que la función principal de la mujer en la sociedad era la procreación; en esos términos, su esencia era ser madre. Por ello, había un discurso agresivo contra el aborto —en el caso de las madres sanas—, que era considerado por muchos médicos uno de los principales males de la época, pues afectaba el potencial de crecimiento demográfico del país. El aborto fue tema de debate entre los médicos eugenistas que pensaban que había que evitar la reproducción de ciertos grupos —entre quienes el aborto debía practicarse— y los médicos católicos que se oponían.

En relación con las mujeres, mucho del trabajo de las sociedades eugenésicas se orientó a promover cursos e institutos que les permitieran acceder a un conocimiento científico para criar adecuadamente a sus hijos e hijas, mediante cursos de nutrición o economía familiar. La educación en casa más los cursos de higiene escolar en los colegios debían evitar que los infantes y jóvenes cayeran en la vagancia, el alcoholismo o la criminalidad. Se planteó la necesidad de crear escuelas elementales de prevención eugénica para las mujeres. Estas prácticas se sostuvieron sobre un discurso de patriotismo, regeneración moral y búsqueda de alcanzar a los países «civilizados»¹⁷. De ese modo, la puericultura recibió mucha atención; se fomentó el deporte entre los jóvenes para que desarrollaran fortaleza física y mental; y se instauró la gota de leche como una medida para mejorar la nutrición en los sectores menos acomodados.

17 Ver: Yzú Rossini (2016).

En estos esfuerzos había una lógica propia del sistema capitalista industrial: la preocupación por la salud era en buena cuenta por la menor productividad de los trabajadores. Campesinos y obreros que se enfermaban de forma recurrente eran menos productivos y significaban un «lastre» para el país. En esa línea de sentido, debe decirse que estos discursos médicos eugenésicos partían de la noción de Europa como el modelo a seguir, de la creencia de que existían razas superiores e inferiores —estando la andina y la china entre las menos favorecidas— y de estereotipos de género que consideraban a la mujer como menos apta para el trabajo intelectual y dada naturalmente a la maternidad y al trabajo del hogar. Con estas formas de razonamiento y guiado por la teoría médica eugenésica, el Estado, vía el Ministerio de Fomento, invirtió en mejorar la salud pública de los peruanos, lo cual se evidenció en la construcción de viviendas, hospitales y escuelas de obstetras; la promoción de campañas de vacunación; la fundación del Instituto Nacional del Niño en 1925; etc.

Los defensores de la eugenesia —con el fin de enfrentar la «tragedia biológica» que vivía el país y hacer frente a una realidad plagada por «una legión de inválidos, reumáticos, alcohólicos, sifilíticos, degenerados mentales»— reclamaron, entre otras cosas, cartillas biotipológicas, una sección de eugenesia en el Ministerio de Salud, exámenes periódicos de salud, cursos de eugenesia en las escuelas y la universidad, cursos de educación sexual, y una lucha más frontal contra «la prostitución, el alcoholismo, las toxicomanías y las enfermedades venéreas». Otras recomendaciones eran más gasto del Estado en promoción de la higiene y la vacunación contra la viruela; instalación de cunas y lactarios; y subsidios a los «matrimonios sanos» que tuvieran muchos hijos.

Epílogo

En la historia peruana ha habido tres momentos clave en la institucionalización de la salud pública. El primero se dio entre fines del siglo XVIII y principios del XIX, en el marco de las reformas borbónicas, cuando el Estado virreinal en sus postrimerías reforzó una serie de medidas sanitarias como la construcción de cementerios en los extramuros de las ciudades, la inauguración del anfiteatro anatómico, la mejora de los sistemas de limpieza de calles y la difusión de la vacuna Jenneriana. Este periodo contó con el aliciente de médicos como Hipólito Unanue, que entendieron que cuidar de la salud de la población era una función esencial del Estado. Lamentablemente, tras las guerras por la independencia y la inestabilidad de la era de los caudillos, este esfuerzo se paralizó por algunas décadas. El segundo momento importante se dio en el marco del *boom* del guano y las epidemias de cólera y fiebre amarilla, en la segunda mitad del siglo XIX. Durante estos años, se fortaleció la Facultad de Medicina de San Marcos, se creó la Sociedad de Medicina de Lima y se construyó el primer hospital moderno del Perú, el Dos de Mayo. Por último, el tercer momento fue el que se ha desarrollado en este capítulo, las décadas iniciales del siglo XX, cuando se fundaron las primeras agencias nacionales de salud, se establecieron ligas contra enfermedades como el cáncer y se promovieron campañas nacionales de lucha contra males como el alcoholismo y la sífilis.

Es indudable que la institucionalización de la salud pública a comienzos de la centuria pasada contribuyó a mejorar las condiciones de vida de millones de peruanos. Se abrieron hospitales por todo el país, se fomentaron programas de gotas de leche, se puso más atención a las condiciones de vivienda de la

población y se invirtió en maternidades y programas de salud materno-infantil. Sin negar que esta inversión fue importante, debe señalarse también que la salud pública peruana se institucionalizó a partir de enfoques básicamente médicos, que consideraron muchas veces la salud desde una perspectiva reduccionista biológica. De igual manera, dentro de este discurso médico se hallaba enraizada la idea de que otros practicantes de la salud, como los herbolarios chinos, los curanderos andinos, los chamanes amazónicos o las parteras, debían ser perseguidos y eliminados del ámbito de la salud. Es decir, la salud pública peruana, en estas primeras décadas, no contempló ni a valiosos saberes no occidentales ni a sus practicantes, que desde hace siglos eran parte del mundo de la salud en el país. Este enfoque partía de visiones clasistas y eurocéntricas que enfatizaban el valor de la ciencia médica occidental por sobre el resto de las formas de entender la enfermedad y la salud. En esos términos, hubo poca atención a una realidad intercultural, que suponía además que millones de peruanos hablaban quechua u otros idiomas. Algunas de estas limitaciones se están procurando resolver en los últimos años con programas de salud intercultural, aunque queda mucho camino por recorrer en este aspecto.

4

La malaria y la polio: la lucha por la erradicación de las enfermedades

En este capítulo analizaremos dos enfermedades que generaron gran temor en el siglo xx, la malaria y la polio, y nos centraremos en un concepto: la erradicación de enfermedades. El desarrollo de la teoría del germen de la enfermedad, la consolidación de aparatos nacionales de salud pública y una enorme confianza en las tecnologías médicas llevaron a los funcionarios internacionales de salud a plantear la posibilidad de erradicar del planeta enfermedades que por mucho tiempo habían generado muerte. El primero de estos motivos, el de la teoría bacteriológica, fue esencial para que se realicen tales esfuerzos. Hacia fines del xix, a partir de los trabajos del francés Louis Pasteur y del alemán Robert Koch, entre otros, se demostró que la teoría miasmática estaba equivocada y que las enfermedades se transmitían a través de microorganismos invisibles al ojo humano. Una de las consecuencias de ello fue que los médicos investigadores de las primeras décadas del siglo xx enfocaron su atención en hallar a los agentes causales de enfermedades como la tuberculosis, el cólera, la peste o la enfermedad de Carrión. El paso siguiente fue desarrollar vacu-

nas o «armas» capaces de acabar con estos microorganismos. Procuraremos descifrar por qué, en el Perú, la polio sí pudo ser erradicada, mientras que la malaria no. Este tipo de análisis puede resultar fundamental para el esfuerzo global de lucha contra la COVID-19, que se ha iniciado en 2021.

A modo de adelanto, señalaremos que una lección de la historia es que las campañas de salud han funcionado mejor cuando se ha logrado el apoyo de la sociedad civil; es decir, cuando más allá de la coacción estatal, se ha conseguido que la población haga suya la campaña y participe en ella. Así, veremos cómo en el caso de la campaña de erradicación de la polio, a pesar del difícil contexto de violencia armada en el país, escolares, universitarios, maestros, enfermeras y asociaciones como las de los rotarios participaron activamente en la colecta de fondos y en la vacunación. Otro factor importante fue haber contado con una tecnología médica eficiente y barata, como una vacuna oral fácil de administrar. En el caso peruano, ha sido valioso también que los médicos y funcionarios de la salud hayan tomado en cuenta la multiculturalidad y la coexistencia de distintas formas de entender la enfermedad y la salud, antes que simplemente calificar de ignorantes a aquellos que cuestionaban el valor de los tratamientos médicos occidentales. Por ejemplo, no es fácil comprender conceptos asociados al valor de una vacuna como «inmunidad adquirida» o «anticuerpos». Por ello, es necesario hacer un trabajo de divulgación científica previo a una campaña de vacunación, como el que debería haber ocurrido con la COVID-19.

En las páginas venideras, revisaremos las limitaciones de la campaña de erradicación de la malaria y, luego, los factores que hicieron posible el éxito en la campaña contra la polio.

4.1 La malaria

La malaria es una enfermedad producida por parásitos del género *Plasmodium*, que pasan a los seres humanos por la picadura del mosquito *Anopheles*. Cada año se reportan alrededor de 400 millones de casos, sobre todo en África y Sudamérica. Los síntomas incluyen fiebre, escalofríos, sudoración, dolor de cabeza, insuficiencia hepática, dolores musculares y trastornos del sistema nervioso central. La malaria es de las enfermedades más antiguas y que más ha matado en la historia de la humanidad. Hay evidencia de su existencia desde hace miles de años en las antiguas civilizaciones de Egipto, China e India. El nombre hace referencia a las teorías miasmáticas: paludismo (desde los pantanos) o malaria (mal aire). El tratamiento preferido en tiempos coloniales fue el uso de infusiones de quina. El valor de la quina para controlar la fiebre y los escalofríos, síntomas de la malaria, se conoció en la población originaria en Loja, actual Ecuador, entonces parte del virreinato peruano.

Este saber fue recogido y divulgado para el público europeo por el cronista y sacerdote jesuita Bernabé Cobo y Peralta, quien en su crónica *Historia del Nuevo Mundo* destacó las propiedades medicinales de la quina. En 1740, el científico Charles-Marie de La Condamine publicó en París un informe científico sobre esta planta, la cual eventualmente fue incorporada en la farmacopea europea. Esta es una historia interesante no solo porque atañe al virreinato peruano, sino porque demuestra que el conocimiento médico no solo ha viajado desde Europa al resto del orbe, sino que mucho del saber médico global ha salido de la «periferia» hacia los «centros» de conocimiento. La «periferia», en la historia de la ciencia, ha hecho referencia a

los países que han sido marginales al desarrollo de la ciencia y la tecnología, concepto cuestionado por los historiadores contemporáneos, que están demostrando más bien cómo muchos de nuestros conocimientos se han construido por diversos actores de forma global (Cueto, 1989). En la actualidad, aunque la quina es un símbolo nacional presente en el escudo peruano, su extracción industrial ha derivado en su casi desaparición en el país.

En el transcurso del siglo XIX se produjo mayor conocimiento sobre la malaria. El interés por esta enfermedad en dicha centuria estuvo vinculado a la agresiva expansión imperial europea por África y Asia. El paso de una explotación europea principalmente comercial a una colonización física y territorial generó preocupación por la salud de los colonos y soldados estacionados en territorios con climas distintos a los europeos. Hay que recordar que, hasta fines del XIX, el clima era un factor considerado indispensable para explicar la salud. Se pensaba que los climas templados de Europa eran más sanos y propensos a generar espíritus industrialistas, mientras que los climas calurosos tropicales predisponían a la enfermedad, la degeneración moral y la ociosidad. A manera de anécdota, fue en estas circunstancias que los soldados británicos en India empezaron a mezclar la ginebra con el agua tónica —que incluía quinina para combatir el paludismo—, lo que dio lugar al *gin and tonic*. Así como los territorios cálidos, como la Amazonía, África o Asia, eran juzgados como patológicos; los climas de altura tampoco se tenían como especialmente salubres debido a la hipoxia o escasez de oxígeno ambiental. Los médicos europeos pensaban que, en la altura, las facultades mentales y físicas eran más limitadas que a nivel del mar; de ese modo, lo que buscaban era poner a Europa como el espacio

ideal, y desde ahí medían a los otros países del mundo (Lossio, 2012a).

El interés por la malaria se intensificó entre el ocaso del siglo XIX y las primeras décadas del XX, cuando surgió la medicina tropical como una especialidad médica científica. Esta se abocaba a entender las enfermedades consideradas propias de los «trópicos», es decir, aquellas que estaban afectando a los colonos europeos estacionados en África, el Caribe o Asia, y por ende frenaban los esfuerzos de colonización. Los seguidores de la medicina tropical creían que había enfermedades exclusivas de los países tropicales, las cuales afectaban principalmente a aquellos que no estaban adaptados a las condiciones climáticas de esa región. La medicina tropical reforzó la noción de que las diferencias en salud entre Europa y el resto del mundo eran consecuencia de diferencias climáticas y geográficas, más que sociales. Lo irónico es que muchas «enfermedades tropicales», como la lepra, habían arribado a las Américas desde el Viejo Continente. De hecho, en el caso de la Amazonía peruana, la lepra llegó a la región en el contexto del *boom* del caucho a fines del siglo XIX.

Este interés por las enfermedades tropicales resultó en el amplio conocimiento científico que ahora tenemos de enfermedades como la anquilostomiasis, el dengue o la fiebre amarilla. En relación con la malaria, en 1898, el científico británico Ronald Ross, investigador del Instituto de Medicina Tropical de Liverpool, demostró que era transmitida por mosquitos y usó esta información para controlar la enfermedad en Egipto, Panamá, Grecia y Mauricio. El descubrimiento del vector fue esencial para pensar en la posibilidad de acabar con la malaria. Algo similar había ocurrido con la fiebre amarilla. El afán de controlar o acabar con la malaria se debió a una serie de

factores que incluyeron aspectos humanitarios (salvar vidas), económicos (evitar que se interrumpa el comercio internacional) y políticos (consolidar proyectos de colonización europeos o norteamericanos) (Bustíos Romaní, 2014).

4.1.1 El DDT y la campaña de erradicación de la malaria

La idea de erradicar la malaria partió de la teoría del germen de la enfermedad, esto es, de la noción de un agente causal específico detrás de las enfermedades. Partió también de los descubrimientos del británico Ronald Ross, en cuanto al mosquito como vector de la enfermedad. Finalmente, la expectativa de acabar con la enfermedad en el planeta cobró forma con el desarrollo del DDT en 1939, insecticida capaz de exterminar a los mosquitos de la especie *Anopheles*. En 1955, durante la 8.^a Asamblea Mundial de la Salud se adoptó la resolución WHA8.30, para que la Organización Mundial de la Salud inicie una campaña global para erradicar la malaria. Como lo ha estudiado Carlos Bustíos Romaní (2014), el Gobierno peruano declaró de necesidad nacional la erradicación de la malaria en 1956. Para ello, se usó presupuesto del Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social y se creó el Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria (SNEM). La campaña de erradicación de la malaria se hizo mediante convenio tripartito con la OPS/OMS y UNICEF. La OPS/OMS contribuiría con asesoría técnica, adiestramiento de personal y medicinas, mientras que UNICEF proveería vehículos, equipos e insecticidas.

Un autor que ha trabajado este tópico de forma extensa es Marcos Cueto (2004 y 2007), quien plantea que, aparte de lo señalado, hubo motivaciones políticas, económicas y comerciales varias. La experiencia de la Segunda Guerra Mundial

fue significativa en ese sentido, puesto que miles de soldados estacionados en África y Asia murieron a causa de la malaria. En esa época, se trataba a los soldados con quinina sintetizada en laboratorios norteamericanos. Había también, como indica Cueto, un discurso desde Estados Unidos en el cual se imaginaba a América Latina como un espacio estancado en el tiempo, que no progresaba por las enfermedades endémicas y epidémicas, que hacía más débiles y menos productivos a sus campesinos. Igualmente, las epidemias interrumpían el comercio internacional, lo cual afectaba a países ricos y pobres. De otro lado, desde la mirada norteamericana, la erradicación global era el único modo de asegurar que la malaria no volviera a su territorio; en efecto, si bien ellos habían erradicado la enfermedad en sus tierras, si no hacían lo mismo en el resto de las Américas, la amenaza seguiría latente. Además, la malaria estaba afectando los intereses económicos estadounidenses en la región, ya que desde las primeras décadas del siglo xx la inversión norteamericana en América Latina, en agricultura, petróleo y minería, tuvo un crecimiento significativo.

En un mundo marcado por la Guerra Fría, Estados Unidos, que apoyó decididamente esta campaña, pensó que lograr la erradicación de la malaria le otorgaría créditos. Marcos Cueto (2007) ha demostrado cómo la ciencia se convirtió en un campo de batalla de la Guerra Fría. En la lógica del Departamento de Estado de Estados Unidos, según la cual la enfermedad conducía a la pobreza y la pobreza llevaba al comunismo, acabar con la malaria era una de las estrategias para combatir esta ideología. Los trabajos de Cueto nos permiten identificar algunas de las características de esta campaña global de erradicación de la malaria. Una de ellas era su «verticalidad», en la medida que partió con jerarquías muy claras, donde los fun-

cionarios de la salud internacional trazaron un plan que tenía que ser implementado a nivel nacional por médicos y funcionarios locales, sin darles oportunidad de cooperar, intervenir o cuestionar aspectos que consideraran errados. Otro aspecto de esta campaña es que participaron muchos médicos militares, por lo que el lenguaje usado era de ese tipo: la malaria era el enemigo; el DDT, el arma por usar; y los médicos y rociadores de DDT, los soldados.

De igual manera, estas campañas tenían una fe total en las tecnologías médicas y en el conocimiento científico occidental; por tanto, prestaban poca atención a valoraciones o cosmovisiones culturales propias a los países donde se intervenía, pero ajenas a Occidente. Los chamanes, médicos de provincia o autoridades locales que criticaron elementos de la campaña fueron tildados de «ignorantes». Esto ha sido usual en la historia de la salud pública: campañas autoritarias muchas veces impuestas a la fuerza a los beneficiados, quienes no necesariamente estaban de acuerdo. Cueto (2007) nos narra, por ejemplo, cómo la toma de muestras de sangre generó rechazo entre los pueblos originarios de México, Centroamérica y la Amazonía peruana. En esta última región, en muchas de sus comunidades nativas, esta resistencia se explicaba por la creencia de que la sangre extraída se podría utilizar para maleficios o que el proceso debilitaría a los individuos que formaban parte del mismo.

4.1.2 Limitaciones en la campaña de erradicación de la malaria

Como lo ha identificado Carlos Bustíos Romaní (2014); en noviembre de 1962, a cinco años de iniciado el programa, cuando

supuestamente se debía haber conseguido la erradicación de la malaria, el doctor Enrique Villalobos, jefe del Servicio Nacional de Erradicación de la Malaria en el Perú, señaló, en el I Congreso Nacional de Salud Pública, las limitaciones que, según él, tenía la campaña:

(i) la deficiencia de los aportes gubernamentales; (ii) factores socioeconómicos negativos, especialmente la condición económica de las masas rurales; (iii) las características migratorias del habitante rural en la costa y en la selva; (iv) la organización estatal conformada bajo moldes arcaicos; (v) la condición incipiente de la organización sanitaria nacional; (vi) servicios sanitarios locales inexistentes o pobremente conformados con personal a tiempo parcial, modestamente remunerado; (vii) la administración económica-contable que se asienta sobre bases rígidas, arcaicas y aptas para dificultar la gestión; (viii) la influencia política, marcadamente perturbadora, actuando a través de directivos del Ministerio. (Citado en Bustíos Romani, 2014, p. 87)

Un problema en la campaña fue la falta de respaldo de la población. Al tener una estructura vertical y jerárquica, no se consideró ganar el apoyo local y más bien la campaña fue pensada como la entrega de un beneficio que, si no era aceptado, debía ser impuesto. En palabras sencillas, no se tomó en cuenta la visión de los supuestos beneficiados. Entre los temas que despertaron rechazo, uno fue el uso del DDT. Este compuesto químico no solo lograba matar a los mosquitos *Anopheles*, sino también a animales domésticos como gatos o aves de corral como gallinas. Por otro lado, médicos provinciales criticaron a los ejecutores de la campaña el desconocimiento de patrones locales de migración, como el movimiento constante

de poblaciones de la Amazonía, que hacía que muchas de las medidas tomadas fueran ineficientes. Finalmente, a lo largo de la campaña se descubrieron otros problemas, como que los mosquitos fueron desarrollando resistencia a los insecticidas.

Tiempo después, se demostró que, en efecto, el DDT era tóxico para los seres humanos, al punto de que eventualmente fue prohibido. En ello mucho tuvo que ver la obra de la bióloga Rachel Carson, *Primavera silenciosa*, publicada en 1962, que además ayudó a impulsar al movimiento ambientalista global. Este libro, si bien fue combatido por empresas químicas, llevó a la creación de la Agencia de Protección Ambiental de Estados Unidos. Hay que recordar que en los sesenta surgieron muchas manifestaciones y grupos «antisistema» que reivindicaron los derechos humanos, los derechos de las mujeres, la condena del racismo y la defensa del medioambiente (Cueto, 2004). En esa década, además, las preocupaciones de sanitarios, médicos y políticos occidentales se concentraron en el crecimiento demográfico exponencial. De pronto, si hasta los cincuenta las políticas en los países occidentales habían sido más bien natalistas, en los sesenta se tornaron antinatalistas. En los setenta, ya quedaba claro que la erradicación de la malaria no iba a ser posible y se perdió la motivación inicial de pensar en su eliminación del mundo tras cinco años de campaña. Habían pasado quince años y, aunque se había reducido el número de casos y muertes, era claro que la enfermedad no iba a ser erradicada. En los noventa, reaparecieron epidemias de magnitud por toda América Latina. En la actualidad, mueren millones de personas por la malaria, principalmente en Sudamérica y África.

4.2. La polio

La poliomielitis o polio es una enfermedad infecciosa producida por el poliovirus. Afecta en especial a los niños de entre 4 y 15 años, y se transmite de persona a persona vía secreciones respiratorias o mediante la ruta fecal-oral. La gran mayoría de los casos de polio son asintomáticos, y se estima que, aproximadamente solo en el 1% de ellos, el virus entra al sistema nervioso central y destruye las neuronas motoras, lo que puede culminar en la parálisis aguda o la muerte. Los primeros casos de poliomielitis registrados oficialmente en el Perú datan de 1939. A partir de 1954, el número de contagiados por esta enfermedad se incrementó, sobre todo en los estratos socioeconómicos menos acomodados, con dos picos epidémicos ocurridos en 1958 y 1962. La poliomielitis fue una enfermedad que causó temor en el siglo xx, pues, si bien en términos numéricos no era de las más significativas, afectaba especialmente a niños y los dejaba paráliticos.

Aunque es una enfermedad antigua, las epidemias de polio en Europa y Norteamérica se hicieron comunes entre fines del siglo xix y comienzos del xx, lo que provocó una serie de respuestas estatales, científicas y sociales. Un hito en cuanto a la atención que se le prestaba a la enfermedad se marcó en Estados Unidos en la década de 1920, cuando Franklin Delano Roosevelt, una de las figuras más prometedoras de la política estadounidense, contrajo la enfermedad mientras nadaba con sus hijos, a los 41 años, y quedó incapacitado de caminar. Roosevelt, el presidente que más tiempo gobernó en Estados Unidos, empezó organizando cenas y bailes para recaudar fondos para la lucha contra la polio. Estas actividades se institu-

cionalizarían con la creación, en 1938, de la Fundación Nacional para la Parálisis Infantil (NFIP) en Estados Unidos.

La Fundación Nacional para la Parálisis Infantil emprendió en Estados Unidos un esfuerzo enorme de recolección de fondos que congregó a muchísima gente, incluyendo artistas de moda como Elvis Presley. Dicha recaudación se empleó para atender pacientes y promover investigación científica. De hecho, fue en el contexto de una epidemia de polio en Estados Unidos en 1952, en la cual se contagiaron alrededor de 60 000 personas y murieron otras 3000, que la fundación usó sus recursos para financiar al científico Jonas Salk, experto en virología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pittsburgh, para que trabajara en una vacuna. Salk desarrolló una vacuna utilizando virus muertos y las campañas de vacunación masiva contra la polio en Estados Unidos se iniciaron en 1955. Casi en paralelo, el microbiólogo polaco Albert Sabin había estado desarrollando una vacuna oral, empleando virus vivos pero atenuados. En 1961, Sabin anunció una nueva vacuna antipoliomielítica oral que resultaba más fácil de administrar al no ser inyectable. En vez de inyectar la vacuna, era posible colocar unas gotas en un terrón de azúcar o mezclarlas con un jarabe dulce, con lo cual se hizo mucho más simple su propagación global. Asimismo, la vacuna Sabin era menos costosa de producir.

4.2.1 La erradicación de la polio en las Américas y el Perú

Sin duda, la erradicación de la poliomiелitis de las Américas, lograda en 1991, fue un hito en la historia de la salud. El éxito de la campaña contra la polio en la región se debió a varios factores. Uno de ellos, bastante importante, fue la existencia

de una tecnología eficiente, no especialmente costosa y fácil de administrar: la vacuna Sabin. Sin embargo, como pudimos apreciar en el caso de la malaria, las tecnologías médicas, aunque valiosas, no resuelven por sí solas los problemas en una campaña de erradicación de enfermedades. Una diferencia fundamental, lección aprendida a partir de lo ocurrido con la malaria, fue que no se siguió el característico patrón vertical de imposición jerárquica, de «arriba hacia abajo». Antes bien, en la campaña contra la polio, las agencias internacionales de salud se apoyaron en la sociedad civil y sus organizaciones.

En el caso de la polio, una agencia que fue central para captar la participación ciudadana fue la Asociación Rotaria Internacional. Los rotarios quisieron legar para sus cien años una sociedad libre de polio, para lo cual impulsaron el proyecto Polio-Plus, que viene contribuyendo desde la década de 1980 a la erradicación mundial de este mal. En 1984, Carlos Canseco, médico mexicano y presidente de Rotary International, propuso el lanzamiento de un programa mundial para extinguir la polio antes de 2005, año del centenario de los rotarios. De igual manera, en 1985, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) planteó la erradicación de la polio en las Américas, iniciativa que fue apoyada por los Estados miembros de esta agencia regional de salud. La confianza de los funcionarios nacionales e internacionales de la salud en la posibilidad de acabar con la polio se basaba en los éxitos obtenidos en la lucha contra la viruela a partir de campañas masivas de vacunación y en el apoyo que estaban recibiendo los programas nacionales de inmunización. El compromiso de los rotarios de conseguir fondos para financiar las campañas contra la polio selló el optimismo con respecto a sus posibilidades de éxito. En 1985, empezó en el Perú esta campaña. Básicamente, el club rota-

rio conseguiría fondos y movilizaría a la sociedad civil, la OPS brindaría asesoría técnica, el Ministerio de Salud usaría sus recursos y redes a nivel nacional, y la Iglesia apoyaría también en la movilización social. Además, colaboraron en la campaña agencias como UNICEF, la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) y el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (Lossio y Barriga, 2013a).

Para acabar con la polio, se recurrió a vacunaciones masivas, valiéndose de días nacionales de vacunación —en los que se congregaba a miles de niños en plazas y espacios públicos— y operaciones de barrida, para asegurar que se hubiera vacunado a todos los niños menores de cinco años que habitaban en distritos donde se habían reportado casos de polio¹⁸. Las jornadas de vacunación en el Perú fueron dirigidas por un comité central, encargado del aparato burocrático, del abastecimiento de vacunas y de guiar la erradicación. En cada departamento, se puso a cargo al director de Salud Departamental y, a un nivel más local, se apeló a los operadores de los establecimientos de salud (hospitales, centros de salud o postas) para que se encargaran de la parte ejecutora (recoger las vacunas, aplicarlas, hacer el registro). Además, se creó un comité de apoyo conformado por voluntarios —que incluían escolares de los últimos años, párrocos, universitarios, curiosos, entre otros—, y, para impulsar a que se lleve a los niños para ser vacunados, se recurrió a las madres de familia, los comités de vasos de leche, las redes de vendedores ambulantes y su estrategia de perifoneo, etc.

18 Para profundizar en el tema de la campaña global de erradicación de la polio, con entrevistas a sus protagonistas, ver: Nascimento, Cueto, Maranhão y Sobti (2010).

La erradicación de la polio en el Perú enfrentó una serie de obstáculos. En primer lugar, la precariedad del sistema de salud pública peruano, que implicó carencia de laboratorios para hacer pruebas, debilidad en los sistemas de vigilancia epidemiológica, falta de personal técnico y escasez de fondos, en gran parte cubiertos por los rotarios. En segundo lugar, las limitaciones en la infraestructura de comunicación interna, es decir, había lugares inaccesibles en el país, en los que las carreteras o aeropuertos no comunicaban, lo cual dificultaba que la vacuna llegara. Finalmente, debemos recordar que esta campaña, que se dio entre 1985 y 1991, coincidió con uno de los episodios de mayor violencia interna por el surgimiento de movimientos terroristas como Sendero Luminoso y el MRTA. El conflicto armado interno generó la muerte de más de 70 000 personas según la Comisión de la Verdad y la Reconciliación (CVR), además de miles de millones de dólares en pérdidas económicas y la generación de una cultura de violencia y miedo. En los ochenta, asimismo, se vivió en el Perú el *boom* del narcotráfico.

Específicamente en cuanto a la vacunación contra la polio, la reacción de Sendero Luminoso, principal grupo terrorista, no fue homogénea. Mientras que algunos vacunadores fueron amenazados y asesinados por senderistas, otros solo encontraron indiferencia en ellos; podemos afirmar, por tanto, que hubo zonas tomadas por Sendero Luminoso en las que se permitieron las vacunaciones. Pero no cabe duda de que la existencia de Sendero Luminoso, con la consecuente destrucción de infraestructura (postas de salud) y muerte de agentes del Estado (alcaldes, policías), que ya ocurría desde inicios de los ochenta, fue en parte responsable de que el Perú fuera el último país de las Américas en alcanzar la erradicación. El último

caso en el Perú y en las Américas fue reportado en agosto de 1991; se trataba del niño Luis Fermín Tenorio Cortez, quien vivía en Junín (Lossio y Barriga, 2013b).

La polio lamentablemente no pudo ser erradicada en todo planeta, puesto que, en espacios en África y Asia del Sur — India, Pakistán y Afganistán—, la pobreza, la precariedad en la infraestructura sanitaria, la guerra y la reaparición de movimientos religiosos antioccidentales y antivacunas han llevado a que la polio se mantenga activa. Nuevos esfuerzos se vienen implementando desde agencias internacionales como la OMS y UNICEF, con el apoyo financiero de nuevos actores como la Fundación Gates, auspiciada por Bill y Melinda Gates, y se ha logrado avanzar en un 99% en esta lucha por la erradicación. Aunque en este texto no se ha hecho referencia a los factores virológicos, estos también deben tenerse en cuenta: la viruela era producida por un virus más fácil de eliminar que el poliovirus, que consta de varios subtipos. La malaria demostró ser una enfermedad también más compleja de erradicar desde la perspectiva de lo biológico. Sea lo que fuere, nos ha interesado enfatizar más los aspectos sociales y políticos, pero tampoco se deben olvidar los factores biológicos al momento de explicar por qué algunas enfermedades fueron erradicadas y otras no.

Epílogo

Hemos visto en este capítulo dos casos distintos de campañas de erradicación. La primera, contra la malaria, no resultó exitosa, en la medida que no se cumplió con lo esperado, erradicar la enfermedad. Además de los factores biológicos, hubo

problemas diversos en la campaña, como la poca atención que se prestó a las formas locales y rurales de entender la salud y la enfermedad, la negativa de los beneficiados a dejarse sacar muestras de sangre o los patrones de migración de la población por vacunar. No obstante, debe decirse que, aunque no se logró la erradicación, la campaña sirvió para conocer mejor la enfermedad y extender la presencia del Estado en áreas rurales antes poco visitadas por médicos y funcionarios de la salud. De hecho, la experiencia de la malaria fue útil para el segundo caso analizado, el de la poliomielitis. En la campaña contra la polio sí se buscó activamente el apoyo de la sociedad civil, se contó con una tecnología médica eficiente, barata y fácil de administrar, y se consiguieron los fondos por medio de la Asociación Rotaria Internacional.

5

Del sida al AHINI

Las décadas de tránsito entre los siglos xx y xxi estuvieron marcadas por la emergencia de nuevas enfermedades como el sida y el AHINI, y por el resurgimiento en forma epidémica de viejos males como el dengue (1990), el cólera (1991) y la fiebre amarilla (1995) en el Perú. Es menester mencionar que muchas de las nuevas enfermedades que se desataron como epidemias en el siglo xxi fueron zoonosis, esto es, enfermedades que saltaron de los animales a los seres humanos a raíz de procesos de deforestación, manipulación de animales o maltrato de animales en criaderos de cerdos y granjas de pollos. Por ejemplo, el ébola, enfermedad sumamente letal (70%) y contagiosa, que se propagó como epidemias de 2014 a 2016 en África, sobre todo en Guinea, Liberia, Sierra Leona, Nigeria y Senegal, fue producto de la manipulación de chimpancés, murciélagos y monos. A comienzos del siglo xxi, también se produjo una pandemia del síndrome respiratorio agudo grave (SARS), una enfermedad respiratoria viral causada por un coronavirus. La primera vez que se informó sobre el SARS fue en el sur de China en febrero de 2003. A los pocos meses, la enfermedad se propagó por Hong-Kong, Taiwán, Singapur, Vietnam y Canadá. Nuevamente, se trató de una zoonosis.

En este capítulo, nos concentraremos en dos pandemias que se desataron en el periodo aludido, la del sida en los ochenta y la del AHINI entre 2009 y 2010. Nos interesa mostrar que las respuestas estatales y sociales, aunque novedosas en algunos aspectos —como en la capacidad de la comunidad médico-científica internacional de compartir información en tiempo real—, replicaron errores del pasado —como la persistencia de prejuicios o la creencia de que las epidemias eran condenas divinas—. Así, en el caso del sida, muchas de las respuestas iniciales fueron operativos policiales en discotecas gay; además, este fue presentado, desde algunos ámbitos conservadores, como un castigo divino por los estilos de vida de la comunidad LGTB. De igual manera, nuestra intención es mostrar, en las respuestas sociales, el escepticismo y la desconfianza que existe hacia el Estado, hacia las recomendaciones de los funcionarios de la salud y hacia las explicaciones científicas. En cuanto al AHINI, un sector amplio de la población peruana no aceptó las recomendaciones estatales de aislamiento social y más bien acusaron al Gobierno de fabricar una «cortina de humo» para ocultar la corrupción con la «supuesta» existencia de una pandemia.

Con respecto a la política, el contexto histórico de estos años estuvo definido por el triunfo del modelo neoliberal por sobre el comunista, y por un acelerado proceso de globalización. El colapso de la Unión Soviética provocó el final de la Guerra Fría y la propagación en Europa y las Américas del liberalismo económico que se acompañó de conservadurismo social. Esto fue lo que sucedió en Estados Unidos con Ronald Reagan y en Reino Unido con Margaret Thatcher. Reagan y Thatcher enfatizaron la idea de que los Estados eran administradores ineficientes, que la empresa privada debía ser menos

regulada, que debían abrirse los mercados a nivel global y que debía ser el libre mercado el encargado de distribuir la riqueza. En relación con la salud, el discurso neoliberal empujó a que los Estados gasten menos, promoviendo la responsabilidad individual y el uso de los seguros privados. La salud, que desde la década de los veinte se había ido consolidando como un deber del Estado y como un derecho humano, empezó a ser considerado desde los ochenta como un asunto del individuo y el mercado. Esto derivó en más elitismo, más inequidad y menos solidaridad.

Estas décadas estuvieron caracterizadas también por un acelerado proceso de globalización. Aunque en el transcurso de la historia han ocurrido distintos momentos o contextos de globalización; el colapso de la URSS, la firma de tratados de libre comercio y el desarrollo de tecnologías de información y comunicación, como las computadoras personales, el internet o Google, hicieron que las personas, las mercancías y la información viajen a través del planeta como nunca antes. Desde la perspectiva de la salud, la globalización es un arma de doble filo. Por un lado, el mayor movimiento de personas y bienes hace que las enfermedades viajen más rápido; asimismo, vivimos una globalización que supone inequidad, formación de megaciudades de más de veinte o treinta millones de habitantes, hacinamiento y pobreza. Por otro lado, la globalización y herramientas como el internet o el correo electrónico permiten respuestas más coordinadas entre científicos y funcionarios de la salud. La información viaja más rápido y con ellos las respuestas estatales y de los funcionarios internacionales de la salud pueden ser más sofisticadas y eficientes. Sin embargo, las redes sociales como Facebook, Instagram o Twitter han propiciado, claramente desde la

aparición del AH1N1 en 2009, «infodemias», es decir, la circulación de mucha información falsa sobre virus y pandemias. Esta circulación de información falsa no ha podido ser contrarrestada por los gobiernos u organismos internacionales de salud, que aún prestan poca atención al valor de la divulgación científica como una rama tan necesaria de auspiciar como cualquier otra especialidad.

5.1 El VIH/sida

El sida o síndrome de inmunodeficiencia adquirida es el nombre de la enfermedad producida por el VIH o virus de inmunodeficiencia humana. Es una enfermedad que mata millones de personas cada año, sobre todo en el África subsahariana. El VIH se contagia principalmente por sexo sin protección, transfusiones de sangre, uso de agujas hipodérmicas y de la madre al niño durante el embarazo. Justamente por ser una enfermedad que se transmite por vía sexual es que ha estado cargada de estigmas. Lo que hace el virus es que destruye el sistema inmunológico, haciendo al individuo más susceptible a enfermedades infecciosas oportunistas, como la tuberculosis. Fue en 1981 cuando el Center for Disease Control (CDC) identificó en la ciudad de Los Ángeles en Estados Unidos una serie de pacientes que combinaban neumonía por *Pneumocystis carinii* con el sarcoma de Kaposi y fragilidad en su sistema inmunológico. Esta conjunción de afecciones llamó la atención de los médicos. La mayoría de estos pacientes murieron al cabo de pocos meses.

5.1.1 Estigmas alrededor del sida

Cuando se informó que los pacientes de Los Ángeles eran varones homosexuales, se desató una serie de prejuicios que culpabilizaban a la comunidad LGTB. De hecho, los primeros nombres usados para la enfermedad, «peste rosa» y *gay-related immune deficiency*, estaban cargados de connotaciones hacia los estilos de vida de la comunidad LGTB. Pronto las autoridades sanitarias notaron que era un mal que lo padecían también migrantes haitianos, usuarios de drogas intravenosas y personas con hemofilia, lo que llevó a que se comenzara a usar el término de «club de las cuatro haches» (homosexuales, haitianos, hemofílicos, heroinómanos). Lo de Haití era por el turismo sexual gay que existía entre visitantes de Estados Unidos y población haitiana. Además, había una presencia importante de trabajadores haitianos en el Zaire, que al retornar a su país pudieron haber llevado la enfermedad. En 1982, la enfermedad fue denominada como *acquired immune deficiency syndrome* (AIDS).

En la actualidad, existe tratamiento antirretroviral que puede retrasar el impacto de la enfermedad y hacer que la persona contagiada viva una vida normal. No obstante, es un tratamiento caro y, sin el apoyo estatal, es muy difícil de costear. Por ende, en países africanos con menos recursos es más inusual que la población pueda seguir el tratamiento. Por otro lado, es una pandemia que sigue vigente, que desde su aparición hasta el presente ha sido responsable de aproximadamente 40 millones de muertes. El sida acabó con el optimismo que venía desde fines de la Segunda Guerra Mundial respecto a erradicar enfermedades. Durante las décadas de 1940 y 1970, se creía que era posible, gracias al desarrollo de tecno-

logías médicas —como el DDT, la penicilina, los antibióticos y las vacunas—, resolver los principales problemas de salud del mundo. Con ese ánimo, en 1969, William H. Stewart, cirujano general de Estados Unidos, indicó, con una frase cargada de optimismo, que había llegado el momento de cerrar el capítulo de las enfermedades infecciosas y declarar como ganada la guerra contra estos males. Más aún, lamentó lo aburrido que sería la labor de los sanitarios en el futuro, pues no enfrentarían los retos con los que habían tenido que lidiar médicos y funcionarios de salud en el pasado.

El sida, al igual que la lepra en el pasado, fue una enfermedad cargada de estigmas. Como ocurrió con la lepra, nadie quería acercarse a una persona con sida, e incluso los niños que habían contraído la enfermedad vía transfusión de sangre eran rechazados en las escuelas. En la gran mayoría de los casos, los pacientes preferían negar que tenían esta enfermedad. Es decir, las respuestas estatales y sociales estuvieron marcadas por estigmas, prejuicios y cuestiones religiosas antes que por lo que dictaba la ciencia. En la opinión popular y de la prensa, a lo largo de los ochenta, se usaban términos como «cáncer gay». Algunos líderes religiosos en Estados Unidos y Brasil señalaron abiertamente que la enfermedad era un castigo divino y que las víctimas eran los verdaderos responsables por sus estilos de vida, haciendo referencia a la comunidad LGTB. A nivel global, el interés popular y periodístico por la enfermedad se disparó cuando el actor Rock Hudson, un galán en Hollywood, falleció en 1985 a causa de este mal.

La asociación que hizo la prensa, los funcionarios públicos y los líderes religiosos entre el sida y la homosexualidad fue, además de discriminatoria, contraproducente, pues llevó a la población heterosexual a pensar que no era un asunto

de ellos. Eventualmente, la enfermedad empezó a expandirse también entre los heterosexuales. Del mismo modo, dada la discriminación que existía en los ochenta, en todo el orbe, contra la población homosexual, muchos gobiernos, incluyendo el de Estados Unidos, optaron por dejar de financiar o reducir los montos para la investigación sobre la enfermedad.

5.1.2 Respuestas estatales al sida

En el Perú, los primeros casos de sida fueron investigados por el doctor Raúl Patrucco, quien estudió Medicina en la Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH). Al egresar, en 1968, Patrucco se dedicó a la docencia y a organizar el laboratorio de inmunología. Siguió cursos de posgrado en la Universidad Johns Hopkins de Baltimore, en la Sociedad Canadiense de Inmunología y en la Academia Americana de Alergia e Inmunología en Bal Harbour, Florida. Obtuvo su doctorado en la UPCH y fue nombrado en 1980 profesor principal del Departamento de Medicina de dicha universidad. En el hospital de la UPCH, observó en 1983 el primer caso de sida en el Perú: un chico homosexual que había vivido varios años en Nueva York. En 1986, presentó un estudio de los quince primeros pacientes, cinco de los cuales habían residido en Estados Unidos. Entre sus trabajos más importantes, en estos años de temor y estigma con la enfermedad, podemos rescatar los artículos «Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú. Estudios Inmunológicos» (1985), «Situación actual del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú» (1987a) y «Alteraciones inmunológicas en homosexuales asintomáticos y oligosintomáticos seropositivos para anticuerpos anti HTLV-III/LAV (ELISA)» (1987), así como el libro *Inmunodeficiencias* (1986).

Algo valioso de Patrucco es que recorrió el Perú dando conferencias y cursos en los que alertaba sobre la propagación del sida y las maneras de prevenirlo. Dio asimismo una infinidad de entrevistas a la radio, televisión y prensa escrita, y se dedicó a promover instituciones como la primera Comisión Nacional de Lucha contra el Sida. Se trató de un médico que, aparte de investigar, hizo difusión científica, un área poco desarrollada pero esencial para que la población no especializada pueda entender mejor conceptos como contagio, virus, asintomático y otros no tan fáciles de comprender. Es más, buscó acabar con una serie de prejuicios que existían alrededor de la enfermedad¹⁹. Lamentablemente, falleció en junio de 1987.

Otro investigador pionero del sida en el Perú fue Gustavo Rojas, médico de la UPCH, quien redactó la tesis *Sífilis y otras manifestaciones en hombres homosexuales de Lima* (1985), en la cual reclamó al personal de salud atender con menos temor a los pacientes con sida. Fue una desgracia que Rojas falleciera bastante joven. Por su parte, Carlos Cáceres también dedicó su trabajo a estos temas. En 1988, escribió una tesis titulada *Frecuencia de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) en un grupo de varones supuestamente sanos conducta homosexual en Lima en 1988 y factores de riesgo*, donde identificó, para ese año, cien casos de sida en el Perú (Cueto, 2001; Lan Ninamango, 2019).

La prensa peruana presentó al sida como una enfermedad mortal, propia de la comunidad homosexual y como una situación apocalíptica. En ese sentido, señaló como grupos de riesgo a los homosexuales, prostitutas y drogadictos, usando los términos de la época. Algunos ejemplos de lo dicho, reco-

19 Sobre la discriminación a los pacientes con VIH, ver: Lan Ninamango (2019) y Cueto (2001).

gidos por Lan Ninamango (2019), se pueden apreciar en «Para caídos en redadas. Prueba del sida será obligatoria», aparecido el 24 de junio de 1988 en *Expreso*, y «Peste mortal ataca en el Perú», publicado el 10 de abril de 1987 en *La República*. Pero quizás una cita más clara de lo que estamos queriendo explicar se halla en el artículo «La enfermedad del Apocalipsis. El comienzo del pánico» de Guillermo Thorndike, que se difundió en el diario *La República* del 17 de noviembre de 1985:

Habría tal vez, que echarse a descifrar las profecías de Nostradamus o perseguir en los versos del Apocalipsis el sombrío galope de la peste y calcular el tiempo que nos queda. Quizás no sea una locura decir que ya empezó la cuenta final del hombre sobre la tierra o imaginar otra humanidad futura, subterránea, enferma, en mutación, sólo Dios sabe hacia qué nuevas y atroces formas de vida [...] Ahora se acepta que el contagio se produce a través de todos los fluidos orgánicos [...] hay quienes advierten que el Sida también puede ser transmitido por contacto con la saliva [...] y acaso, por qué no, a través del sudor. (Citado en Lan Ninamango, 2019, p. 48)

Una consecuencia de resaltar estas asociaciones es que las respuestas estatales solían estar orientadas a castigar las conductas de estos grupos y criminalizar sus estilos de vida, medidas poco eficientes para combatir la epidemia, como las redadas en discotecas gay o en prostíbulos. En 1987, el Estado peruano creó una Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro del Sida y el Programa Multisectorial de Prevención y Control del Sida, con el fin de detectar, tratar y monitorear casos de sida. Sin embargo, en estos primeros años, el énfasis

estuvo en los operativos policiales contra los grupos tenidos como responsables de propagar la enfermedad.

La pandemia del sida no ha terminado. Pese a que existen tratamientos, mejor conocimiento científico e información de cómo evitar su transmisión, sigue cobrando millones de víctimas en el mundo. En lo concerniente al sida, queda clara la relación entre pobreza y enfermedad: mientras que mata poco en los países más desarrollados, tiene millones de afectados en el África subsahariana. En el continente africano, se sigue diseminando debido, entre otros motivos, a la falta de información y capacidad de cuidarse, más allá de los datos con los que se cuente y de toda una cultura de violencia y machismo. En este binomio perverso pobreza-enfermedad, no solo es que la primera genera las condiciones para que el sida siga propagándose, sino que además ha provocado más muerte, precariedad, colapso de los servicios de salud pública, segregación, orfandad y, con todo ello, más pobreza.

5.2 El AHINI

5.2.1 *La aparición de la enfermedad*

La pandemia de gripe AHINI se extendió por todo el planeta entre abril de 2009 y setiembre de 2010. Fue originada por un virus de la cepa HINI, de la misma familia del que causó la influenza española de 1918, dato importante para comprender el pánico inicial ocasionado. Fue un virus reconfigurado de las gripes aviar, porcina y humana, que saltó de los cerdos a los humanos, pero que luego se empezó a transmitir de persona a persona. El AHINI habría surgido en criaderos de cerdos de

plantaciones estadounidenses en La Gloria, México, donde se tenía a los animales en circunstancias terribles: iluminados de forma permanente, encerrados en barracas, con mala ventilación, malos olores y malas condiciones de higiene. Al principio, se la denominó «influenza porcina» o «influenza mexicana», hasta que la OMS optó por la designación neutra de AHINI. Hay que recordar que el nombre que se le da a una enfermedad tiene impacto. De haberse llamado «gripe porcina», probablemente las matanzas a los cerdos, que se produjeron en algunos países como Egipto, se hubieran extendido a otras regiones. De haberse conocido como «influenza mexicana», tal vez las instancias de discriminación a ciudadanos mexicanos en el mundo se hubieran multiplicado.

Un problema con algunas de las pandemias del siglo XXI han sido las respuestas lentas y descoordinadas de los Estados y los organismos internacionales de la salud. Una excepción a esta regla fue lo sucedido con el SARS, en el que sí hubo una reacción rápida y coordinada entre la OMS, Hong Kong, Singapur, Vietnam y Canadá. Con el AHINI de 2009 no ocurrió así. Primero, al Gobierno mexicano le tomó semanas detectar al virus y anunciar su aparición, hubo una etapa de negación muy prolongada. Las autoridades mexicanas habrían querido esperar que pasaran las celebraciones de Semana Santa para hacer el aviso —y así no interrumpir el turismo— y no alterar una visita programada del entonces presidente de Estados Unidos, Barack Obama. Esta reacción negacionista y lenta se debió al temor por el impacto económico que podía tener el anuncio de la aparición de un nuevo virus, y a un tema de prestigio nacional, pues ningún país querría verse asociado con el origen de una pandemia. Además, los países, incluyendo a México, venían saliendo de la crisis financiera global de 2008, y reconocer

un brote epidémico iba a frenar esta recuperación. Siguiendo un patrón conocido, luego de la negación inicial, cuando la cantidad de casos hacía imposible seguir ocultando el brote epidémico, llegó el pánico.

En lo que corresponde al Perú, hay que recordar el miedo expandido tras la «detección» del «primer caso», luego negado, en una ciudadana argentina que volaba desde México a Argentina. En medio del vuelo, empezó a toser y mostrar síntomas de un resfrío, frente a lo cual los pasajeros entraron en pánico y presionaron para que el avión aterrizara. Llegó al aeropuerto Jorge Chávez y fue aislada en un hospital del Callao. En redes sociales, la reacción fue sumamente dura y crítica hacia por qué se le había permitido bajar en el Perú, y se desató una oleada de miedo acerca de la propagación del mal en el país. Al final, cuando la prensa ya había dado por hecho que era el primer caso en el país, las pruebas clínicas determinaron que no tenía la enfermedad.

5.2.2 Las respuestas sociales

Las respuestas de la población ante el AH1N1 se fueron a dos extremos: el pánico y el escepticismo. En algunas personas, se gestó una visión apocalíptica, a cuya construcción contribuyó un sector de la prensa que recurrió a portadas sensacionalistas y a imágenes de la influenza española de 1918, que mató a más de 100 millones de personas, y de la Ciudad de México totalmente desierta. Esta prensa reiteró y amplificó idea de una «enfermedad apocalíptica», que iba a generar decenas de millones de muertes. Los miedos colectivos llevaron, como es habitual en la historia de las epidemias, a buscar culpables; con el AH1N1, estos fueron los mexicanos. En el caso del AH1N1,

este pánico se exacerbó por algunas informaciones iniciales que aparecieron en la prensa, que estimaron en millones los fallecidos que dejaría la pandemia —al hacer un símil con la influenza española de 1918—. Como ejemplos podemos identificar los titulares «¡Ya empezó la cuenta regresiva!» (en la edición del 28 de abril de 2009 del diario *El chino*), «Plagas del Apocalipsis llegó al Perú» (en la edición del 29 de abril de 2009 del diario *El chino*), «¡Ya fuimos!» (en la edición del 30 de abril de 2009 del diario *El chino*), «¡Emergencia!» (en la edición del 28 de abril de 2009 del diario *Trome*), «¡Llegó gripe mortal!» (en la edición del 30 de abril de 2009 del diario *Trome*) y «Plaga trae el fin del mundo. ¡Peligro!» (en la edición del 15 de mayo de 2009 del diario *Trome*), todos los cuales se acompañaban de imágenes más catastróficas aún (Lossio, 2012b).

En este punto, debemos señalar que las primeras declaraciones de los funcionarios internacionales de la salud, incluyendo a los líderes de la OMS, sobre el AHINI tampoco contribuyeron a calmar los ánimos. Aunque hacia agosto de 2009 el virus había causado unas 2000 muertes en el mundo, la directora de la Organización Mundial de la Salud en ese momento, Margaret Chang, estimó en cientos de miles las víctimas mortales que dejaría la enfermedad. Dicho esto, es también necesario indicar que, cuando recién aparece un virus, es difícil conocer su nivel de letalidad o contagiosidad. Los funcionarios de la salud deben encontrar, por tanto, con poca información científica, un balance entre no exagerar los posibles impactos de la enfermedad —pues la información que sale de los organismos supranacionales de la salud repercute en el comercio y el turismo internacional, y, por ende, en la economía de los países— y no minimizar sus posibles estragos —pues el menos-

precio podría llevar a que no se tomen las medidas oportunas y que el número de casos y muertes se multiplique—.

Al mismo tiempo, otra reacción social extendida fue el escepticismo. Muchas personas simplemente no creían que la enfermedad fuera real, pensaban que era una «cortina de humo» o un invento de las farmacéuticas para vender vacunas y medicamentos. Las teorías conspirativas y las *fake news* fueron bastante populares en las redes sociales. En efecto, un problema con el internet es que, aunque permite que se divulgue mucha información, esta no necesariamente es validada o filtrada. La idea de una conspiración para vender medicamentos o una «cortina de humo» para ocultar corrupción llevó a muchas personas a desobedecer las restricciones impuestas. La OMS habla de una «infodemia» para referirse a la cantidad de información falsa en las redes. La pandemia del AHINI mostró, entre otras cuestiones, los desencuentros entre las explicaciones científicas, las recomendaciones de los funcionarios de la salud y las respuestas sociales. En realidad, la población no se informó ni actuó usando con seriedad las recomendaciones dadas por los funcionarios de salud.

La falta de apoyo social a la campaña del Estado frente al AHINI estuvo vinculada asimismo a la noción de que era un «mal de ricos». Esto se debió a que los primeros casos fueron de estudiantes de colegios privados que se habían contagiado mientras andaban de viaje de promoción en Punta Cana, República Dominicana. El desinterés por esta campaña en el Perú se agravó por la contradicción que se sintió entre el énfasis puesto en la lucha contra la pandemia y la pasividad frente a otros males que mataban a miles de peruanos todos los años, como el friaje en las zonas altoandinas. Cada año muere en Puno un grupo de personas por las oleadas de frío, y estas

muerres son prevenibles debido a la precariedad en las condiciones de vivienda y abrigo. Hacia mayo de 2009, se habían registrado 140 niños menores de 5 años fallecidos por el friaje en Puno y, a mediados de junio del mismo año, se contaban ya 235 niños muertos. Es esencial enfatizar que, si bien las bajas temperaturas (que pueden llegar a -18°C) son un factor relevante para explicar los cientos de muertes anuales, lo son igualmente los altos índices de desnutrición, los deteriorados sistemas inmunológicos, el difícil acceso a centros de salud, la escasez de personal médico en los hospitales, el hacinamiento, las casas sin ventanas ni cobertores, entre otros. De hecho, la desnutrición crónica en Puno es una de las causas principales de la mortalidad infantil en la región.

En sus artículos publicados en la revista *Caretas* y en sus entrevistas dadas a diversos medios de comunicación, el médico y exministro de Salud Uriel García dejó entrever que, detrás del poco interés hacia el friaje, se hallaba un histórico desdén por las condiciones de salud de las poblaciones altoandinas. De acuerdo con García, las mismas previsiones que se tomaron con los escolares de los colegios privados que viajaron a Punta Cana, tales como el aislamiento en sus casas, el tratamiento antiviral y la observación profesional para verificar la evolución de la enfermedad, debieron haberse considerado con los niños de Puno.

En los comunicados oficiales del Ministerio de Salud relativos a la epidemia AHINI empezó a aparecer también información sobre lo que estaba haciendo el propio ministerio respecto al friaje. Ello demuestra cómo, en la percepción de las autoridades sanitarias, se estaba haciendo claro lo políticamente perjudicial que podía resultar la imagen de un Estado preocupado solo por lo coyuntural y por una enfermedad per-

cibida como exclusiva de las clases pudientes. Las autoridades del ministerio resaltaron que, aunque desde inicios del año se habían enviado miles de dosis de vacunas para controlar la neumonía en niños menores de cinco años, las vacunaciones no progresaban según las metas fijadas por culpa de las autoridades regionales.

En setiembre de 2010, la OMS anunció el fin de la pandemia. Por suerte, tuvo una mortalidad baja, en contraste con su amplia distribución (15% de la población mundial habría estado infectada). Según un informe del Center for Disease Control de Estados Unidos, dejó aproximadamente 500 000 víctimas mortales a nivel global.

Epílogo

A lo largo del siglo xx, avanzó mucho el saber científico en torno a las enfermedades. Se descubrieron los agentes causales, bacterias y virus, responsables de las enfermedades que más mataban en el planeta. Se desarrollaron vacunas, antibióticos y tratamientos médicos contra las mismas. Sin embargo, ese conocimiento científico no se generalizó o, al menos, no acabó con otras formas de entender la salud y la enfermedad. En cuanto al sida, nos recordó la asociación entre epidemias y religión, en el sentido de que muchas personas, incluyendo líderes políticos y religiosos, concibieron el sida como un castigo divino por la conducta «inmoral» de la comunidad LGTB. Los estigmas y prejuicios desatados por la enfermedad nos hicieron rememorar lo que ocurrió con la peste negra en el Medioevo. Estos discursos contra la comunidad LGTB, replicados en la prensa peruana, llevaron a que las primeras medidas contra la

enfermedad fueran de corte represivo y orientadas contra la población homosexual y las trabajadoras sexuales. Es decir, el mayor conocimiento científico no llevó necesariamente a que se actué acorde a este saber, sino que se replicaron respuestas típicas de pánico y búsqueda de culpables.

Con respecto del AHINI, además de los prejuicios iniciales contra la población mexicana —en apariencia «culpable» del surgimiento de la enfermedad por sus «malos hábitos de higiene»—, se vio una reacción de pánico y escepticismo. Si bien al comienzo se temió que vivíamos una segunda «pandemia española», que culminaría con decenas de millones de fallecimientos; luego, este temor colectivo dio lugar al escepticismo y a la idea de que todo había sido una «cortina de humo» creada por poderosos agentes internacionales y nacionales con el fin de ocultar casos de corrupción y vender medicamentos y vacunas. Ciertamente, falta mejorar todo el aparato de comunicación estatal en temas de salud y ciencia, y darle más importancia a la divulgación científica. Estas pandemias se propagaron en un contexto de intensificación de la globalización, del uso intenso de redes sociales por donde se propagaron noticias falsas sobre la enfermedad y de un modelo neoliberal que venía promoviendo la desinversión en salud. Las consecuencias de estas realidades para la salud pública se apreciarán con mayor nitidez en el siguiente capítulo, dedicado a la COVID-19.

6

La pandemia del coronavirus, la cuarentena y los determinantes de la salud

A principios de diciembre de 2019, aparecieron los primeros casos de una nueva enfermedad alrededor del mercado de mariscos de Wuhan, provincia de Hubei, ubicada en la zona central de China. Aunque al comienzo el Gobierno chino minimizó la gravedad del asunto e incluso forzó a médicos que alertaron del problema a negar lo que estaba ocurriendo, eventualmente el número de casos hizo imposible no reconocer el brote epidémico. El 27 de diciembre, Zhang Jixian, del Hospital Provincial de Medicina Integrada China y Occidental de Hubei, dio cuenta de nueve pacientes con coronavirus. El 30 de diciembre, Li Wenliang avisó a sus colegas de un brote epidémico. La reacción inicial de las autoridades chinas fue la típica en la historia de las epidemias: negar y castigar a quien advertía. El médico Li Wenliang fue arrestado por supuestamente difundir información falsa y obligado a firmar una carta retractándose.

El 31 de diciembre de 2019 los funcionarios chinos notificaron a la OMS por la presencia de 27 pacientes con este nuevo virus y el 1 de enero de 2020 las autoridades de Hubei clausuraron el mercado de mariscos de Wuhan. A inicios de enero

se descubrió que se trataba de un coronavirus al que se llamó SARS-COV-2. El 9 de enero de 2020 se produjo en China la primera muerte por este motivo. El 23 de enero el Gobierno chino ordenó una cuarentena estricta en Hubei —provincia con 60 millones de personas—, cuarentenas más flexibles en otras provincias y cordones sanitarios en otras más. En Shanghai y Pekín, por ejemplo, no se ordenaron cuarentenas, pero la misma población evitó salir a menos que fuera por temas de urgencia. Aunque las cuarentenas han sido respuestas comunes en la historia frente a la aparición de una epidemia, usualmente se habían concentrado en los puertos y no habían abarcado provincias enteras de decenas de millones de habitantes. Wuhan es una ciudad de 11 millones de personas y es un centro económico y del transporte de China. El virus surgió en plenas preparaciones para las celebraciones del Año Nuevo Chino (25 de enero de 2020), que supone la movilización de gente más grande del mundo, ya que era usual que millones de personas en China vuelvan a sus pueblos de origen para estas fiestas.

Las medidas de aislamiento en China se tomaron cuando el virus ya circulaba por distintos países de Asia y Europa. El 11 de febrero de 2020 la Organización Mundial de la Salud le puso un nombre a esta enfermedad producida por el virus SARS-COV-2 (*severe acute respiratory syndrome coronavirus 2*): COVID-19 (*coronavirus disease 2019*). Se buscó una denominación de fácil recordación que no fuera asociada con China, pues ya estaban surgiendo manifestaciones de racismo contra los ciudadanos chinos, a quienes se acusó de ser los responsables de la aparición de este mal por sus hábitos alimenticios y de higiene.

El Ministerio de Salud del Perú presentó, el 1 de febrero de 2020, el «Plan nacional de preparación y respuesta frente al

riesgo de introducción del Coronavirus 2019-nCoV», vía resolución ministerial n.° 039-2020/MINSA. La principal preocupación en febrero era la de evitar que el virus llegue al Perú. Se pensó que la ruta más probable de llegada era mediante pasajeros que venían de Asia o Europa. A mediados de febrero el Consejo Nacional de Salud convocó a EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, Dirección de Sanidad Internacional, Gobierno Regional del Callao y Migraciones para la lucha contra el coronavirus. El primer caso se registró el 6 de marzo de 2020, un piloto de LATAM que se hallaba de vacaciones por Europa y que regresó al país. El 7 de marzo, se confirmaron nuevos casos entre familiares y amigos del «paciente cero». Un día después, el Ministerio de Salud estableció los lineamientos para la atención médica de pacientes con COVID-19, vía resolución ministerial n.° 084-2020/MINSA. El 9 de marzo ya teníamos en el Perú nueve casos confirmados. Dado el creciente temor que estaba generando la enfermedad, el Ministerio de Salud estableció la Línea 113 para que la población pueda informarse y avisar de posibles casos de la enfermedad. A medida que los casos aumentaban, el Gobierno empezó a endurecer las medidas para enfrentar el avance de la enfermedad.

El 10 de marzo el Gobierno anunció cuarentena domiciliaria por 14 días para todos los viajeros provenientes de España, Francia, Italia y China, los países que en ese momento tenían el mayor número de casos. Al día siguiente, con 17 casos a nivel nacional, el Gobierno anunció el cierre de las escuelas públicas y privadas. La clausura de los colegios y luego las universidades fue de los temas más sensibles. En el país no estábamos preparados para dar el paso a la educación virtual y la presencia de los menores en casa significó un reto para los padres, quienes tenían que combinar trabajo virtual, para aquellos

que podían hacerlo, con crianza de hijos y transformación obligada de padres a docentes. Para los menores de edad y universitarios, implicó un año sin poder ver a sus compañeros de aula. No se sabe con certeza aún qué efectos ha tenido este cierre de las escuelas por un año en las competencias y habilidades sociales de los escolares y universitarios, pero seguramente tendrá alguno que se conocerá con un poco más de investigación.

Para el 11 de marzo ya había 118 000 casos confirmados en el mundo y más de 4000 muertes registradas en más de cien países. El Gobierno peruano, el 12 de marzo, con 22 casos confirmados, decretó la emergencia sanitaria a nivel nacional. La entonces ministra de Salud, Elizabeth Hinostroza, enfatizó la importancia del aislamiento social y el Gobierno prohibió los espectáculos públicos que congreguen más de 300 personas. A medida que los casos aumentaban, empezó a cundir el pánico entre la población, el cual se manifestó en las compras masivas de papel higiénico, artículos de limpieza y alimentos no perecibles. Ese mismo día, el 12 de marzo de 2020, el Gobierno creó la Comisión Multisectorial de Alto Nivel para que condujera las labores de coordinación y articulación orientadas a la prevención, protección y control de la COVID-19, vía resolución ministerial n.º 083-2020/PCM. Fue un grupo de trabajo presidido por la Presidencia del Consejo de Ministros e integrado por los titulares de Salud, Defensa, Interior, Comercio Exterior y Turismo, Transportes y Comunicaciones, Economía y Finanzas, y Educación, así como la presidenta ejecutiva de EsSalud, la superintendente nacional de Migraciones, el jefe del Instituto Nacional de Defensa Civil y un representante de la Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales. El 13 de marzo, con 38 casos confirmados, el Gobierno central decretó la suspensión

de los vuelos procedentes de Europa y Asia. Sin embargo, para cuando se cerró el aeropuerto, ya se estaban dando casos autónomos, el contagio se estaba produciendo al interior del país. La primera muerte en el Perú fue confirmada el 19 de marzo de 2020 en Lima.

Las respuestas del Estado enfatizaron el aislamiento social y la promoción de la higiene, y siguieron las recomendaciones dadas por los funcionarios internacionales de la salud. No obstante, como veremos, poco se pudo hacer en el contexto de la crisis para solucionar problemas estructurales que incidían en las condiciones de salud de la población: informalidad, precariedad en condiciones de vivienda, carencias en la infraestructura hospitalaria —cuando comenzó la pandemia, el Perú tenía la peor ratio de la región en camas UCI por habitante—, entre otros. La desinversión en salud, que había iniciado en la década de los noventa, nos pasó la factura en la crisis de la COVID-19.

6.1 La cuarentena en el Perú

El domingo 15 de marzo, cuando había registrados 71 casos en el Perú, el Gobierno central anunció una cuarentena drástica por dos semanas, la cual finalmente duró hasta el 1 de julio de 2020, es decir, 107 días. Esta fue la primera de una serie de cuarentenas: algunas nacionales, algunas focalizadas por región. Como indicamos sobre lo acaecido en China, no es que fuera la primera cuarentena en la historia, pero las anteriores se habían centrado solo en los puertos o, como excepciones, eran cordones sanitarios en algunas ciudades. En tal sentido, fue una experiencia inédita, pues, como hemos visto en capítulos

previos, las cuarentenas solían estar focalizadas en las entradas portuarias y no sucedían por tanto tiempo. Durante la primera cuarentena solo estuvo permitido salir para hacer compras esenciales (farmacias, mercados y bancos permanecieron abiertos); además, se cerraron las fronteras aérea, terrestre, marítima y fluvial, y se decretó toque de queda desde las 8 p. m. hasta las 5 a. m., e inmovilidad absoluta los domingos. Tras el 1 de julio, algunas de estas normas se relajaron, pero otras se mantuvieron, como el toque de queda y los domingos con orden de inamovilidad.

La posibilidad de cumplir una cuarentena drástica por más de cien días se confrontó con las condiciones precarias del empleo y la vivienda en el país. Para muchos peruanos que no tenían un empleo formal, que no recibían un sueldo y vivían de la venta diaria en la calle, pasar más de cien días encerrados en casa era inviable. Aunque el Gobierno y un sector de la prensa acusaron a los peruanos de no quedarse en sus hogares y salir a vender en la calle en medio de la cuarentena, eran pocas las opciones para quienes no recibían un sueldo por hacer trabajo virtual desde casa. Hacia el 7 de abril de 2020, el Gobierno señaló que se había detenido a 52 000 personas en el Perú por no respetar el aislamiento social. Por otro lado, esto no niega que exista desobediencia en el Perú, escepticismo frente a las medidas ordenadas por el Estado y los funcionarios de la salud, y carencias educativas que llevaron a muchas personas a no entender la gravedad de la enfermedad o sus formas de propagación.

Para paliar el impacto económico, el Gobierno anunció, a mediados de marzo de 2020, la entrega de un bono de 380 soles para las familias vulnerables. En abril se repartió un segundo bono de 760 soles. Debido a que tampoco existía una cultura

de comercio o banca electrónica extendida en el país, las personas tenían que ir físicamente a las agencias del banco nacional a cobrar este bono, lo cual convirtió a las entidades bancarias en focos de contagio. Tiempo después, el Gobierno permitió el retiro parcial de fondos antes considerados intangibles, como la CTS —compensación por tiempo de servicios, dinero que se daba a un trabajador cuando perdía el empleo— y los fondos individuales de pensiones —pensados para la jubilación—. La expectativa era inyectar liquidez en la economía para atenuar los efectos de la cuarentena.

La inestabilidad política fue otro factor que le jugó en contra al Estado. Muestra de ello es que durante la primera cuarentena tuvimos tres ministros de Salud. El 20 de marzo, con 263 casos y 4 fallecidos, la ministra de Salud Elizabeth Hinojosa fue reemplazada por Víctor Zamora Mesía, epidemiólogo y profesor de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Con Zamora se endurecieron algunas de las medidas como el uso obligatorio de mascarillas para salir a la calle. Sin embargo, el 15 de julio de 2020 Zamora fue sustituido por Pilar Mazzetti Soler, médica cirujana y neuróloga peruana que había estado actuando como jefa del Comando COVID-19. Los cambios ministeriales tuvieron poco efecto para contrarrestar los contagios y muertes que estaba produciendo la enfermedad. La inestabilidad siguió afectando la labor del Estado contra la COVID-19 a lo largo del año. A inicios de noviembre de 2020, el Parlamento Nacional decidió vacar al entonces presidente de la República Martín Vizcarra por «incapacidad moral». La asunción al cargo presidencial de quien en ese momento era el presidente del Congreso, Manuel Merino, impulsó masivas manifestaciones de varios días, las cuales concluyeron con la renuncia de Merino y la entrada del presidente de la República Francisco Sa-

gasti. Si bien Pilar Mazzetti fue nombrada nuevamente como ministra de Salud, hubo un interín donde no hubo ministro a cargo y tuvimos gente marchando en las calles.

El ministro Zamora, aunque estuvo poco tiempo en el cargo, fue responsable de algunas medidas valiosas. Siendo él ministro, el 3 de abril de 2020 dictaminó el uso obligatorio de mascarillas para transitar en la vía pública. Para entonces ya se registraban 1595 casos y 61 fallecidos en el país. Otra limitación que enfrentamos fue la carencia de respiradores mecánicos, contábamos con 500 a nivel nacional para abril de 2020. Igual problema se vivió con la escasez de camas UCI, que no fueron suficientes para atender a la cantidad de contagiados con COVID-19. Fueron en parte las universidades privadas y públicas, como la Pontificia Universidad Católica del Perú, la Universidad Nacional de Ingeniería y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, las que se abocaron a la construcción de ventiladores mecánicos para suplir esta carencia.

Uno de los efectos de la pandemia y la cuarentena drástica fue una caída económica de proporciones pocas veces vista en la historia. En el segundo trimestre de 2020, la caída del PBI fue de 32%, uno de los descensos más altos del mundo. En ese año, la caída fue de 11%. Frente a ello, el Gobierno intensificó la inyección de liquidez en la economía por medio de programas como Reactiva Perú —la entrega de 30 000 millones de soles para financiar a empresas con préstamos a interés sumamente bajo—. El 13 de abril el Gobierno decretó la posibilidad para las empresas de aplicar la «suspensión perfecta de labores», un cese temporal de la obligación del trabajador de prestar el servicio y del empleador de pagar su remuneración. El cierre de actividades golpeó con especial dureza a las empresas de entretenimiento, turismo, líneas aéreas y restaurantes. La

cuarentena fue una dura experiencia para la mayoría de los peruanos. Muchos perdieron sus empleos, vieron a gente cercana fallecer a causa del virus y se vieron imposibilitados de hacer vida social o salir de sus casas.

6.2 Determinantes sociales de la salud

Desde el discurso oficial, se echó la culpa del fracaso de la cuarentena a la desobediencia de la población. Se reiteró muchas veces la idea de que el alza en el número de contagios durante la misma había sido culpa de aquellos que no la cumplieron²⁰. No obstante, eran muchos los problemas estructurales que confrontó el país en el contexto de la pandemia. Uno, ya señalado, era la informalidad económica y laboral. Otro problema fue la falta de una cultura o educación científica extendida en el país, a pesar del valioso trabajo de instituciones como CONCYTEC en las últimas décadas. Las explicaciones sobre el virus, los portadores asintomáticos, las formas de contagio o el uso de mascarillas caían a veces en saco roto, pues eran conceptos no entendidos por todos. La divulgación científica tampoco ha sido un área trabajada por el Estado y usar un lenguaje científico en las campañas de información del Estado no necesariamente ayudó a hacer más comprensible la información que se quería transmitir. De igual manera, en un país diverso como el Perú, con múltiples cosmovisiones conviviendo, no todos aceptaban las explicaciones científicas occidentales sobre el origen y la forma de propagación de la COVID-19²¹. Así como

20 Esto fue documentado, entre otros, por Pierina Pighi Bel (22 de mayo de 2020).

21 El artículo del artista plástico Christian Bendayán, «Sobre el sueño de una artista shipiba» (12 de junio de 2020), trata acerca de este tema con respecto a la Amazonía.

ocurrió con la fiebre amarilla de 1868 u otras epidemias en la historia, propalaron las «curas milagrosas» y la automedicación. Ejemplos de ello son el uso de «inyecciones de desinfectante», promovido por el ahora expresidente de Estados Unidos Donald Trump, o la creencia de que comer carne de llama podía prevenir el virus.

Como en experiencias anteriores, en un sector de la población, se hizo evidente el problema de la desconfianza al Estado. Así, se pensaba que, detrás de la pandemia, lo que en realidad existía era una «cortina de humo» o el afán de exagerar los efectos del virus para vender medicamentos y vacunas o distraer la atención de la población de temas de corrupción.

La lucha contra la pandemia en el Perú se estrelló con una realidad de décadas de pobre inversión en salud, que se expresaba en falta de infraestructura hospitalaria, la peor ratio en camas UCI de la región, escasez de respiradores, inexistencia de una industria médica local en un momento en el cual las potencias acaparaban los medicamentos e instrumentos necesarios para luchar contra este mal, incluso en aspectos básicos como la falta de oxígeno. De ese modo, en el caso de la Amazonía, una de las regiones más golpeadas por la pandemia desde el inicio de su llegada al país, se tuvo que organizar colectas para construir plantas de oxígeno. En la campaña de información del Gobierno para promover el aislamiento social, se enfatizaba la importancia de mantener a los enfermos en cuartos aislados, de lavarse las manos continuamente, de hacer las compras de forma espaciada o utilizar los servicios de *delivery*. Sin embargo, esto no era posible para muchos peruanos que viven hacinados, que no tienen acceso a agua potable o que residen en distritos donde el *delivery* no llega.

La pandemia expuso la imprescindibilidad de invertir en ciencia e investigación en salud. Asimismo, demostró lo esencial que es entender la salud de forma amplia, más allá de lo biológico y lo médico. Muchos de los problemas generados y las limitaciones en las respuestas estatales se dieron por la falta de comprensión de cómo la sociedad entiende las pandemias. Ello sucedió cuando se dictaminó que en la semana saldrían a la calle un día los hombres y otro las mujeres; durante los días asignados a las mujeres las aglomeraciones en los mercados eran mayores. Esto se debió a que, en el Perú, han sido tradicionalmente las mujeres las encargadas del trabajo doméstico y las compras para la casa²². Como lo ha demostrado Marcos Cueto (1997), desde los ochenta en el mundo, a partir de la difusión del neoliberalismo, empezó un proceso de desinversión en salud junto con la promoción de un discurso centrado en la ineficiencia del Estado y la necesidad de traspasar más responsabilidades a los privados. En el Perú, este modelo se comenzó a aplicar en los noventa, durante el régimen de Alberto Fujimori.

Epílogo

La oms, en el año 2005, definió como determinantes de la salud a un conjunto de factores responsables de la mayor cantidad de enfermedades y muertes en un país. Considera que, entre estos, los más relevantes son la pobreza, la inequidad, la discriminación de género o racial, la precariedad de las viviendas, la nutrición, el saneamiento urbano, las condiciones

22 Como ha señalado el físico Alberto Gago (2020), la crisis generada por el virus ha hecho evidente la necesidad de extender la inversión en investigación en ciencia y tecnología.

de vida en la infancia y el empleo. En cuanto a la COVID-19, el Gobierno peruano siguió las pautas de los funcionarios de la salud internacional: aplicó una cuarentena drástica por más de cien días, enfatizó la necesidad de mantener a los enfermos aislados y de hacer las compras por *delivery*, organizó campañas de información sobre la importancia de lavarse las manos continuamente e hizo obligatorio el uso de las mascarillas en espacios públicos. No obstante, fueron medidas irrelevantes frente al descuido que por décadas se había dado hacia los determinantes de la salud: el hacinamiento en las viviendas, la falta de acceso a agua potable (22% de los hogares no tenían ese servicio en 2020), lo limitado del comercio electrónico, la precariedad en el empleo (el 70% de los trabajadores eran informales), la mala alimentación, las carencias en la infraestructura hospitalaria, entre otros.

Si al momento de comenzar la cuarentena, a mediados de marzo de 2020, había oficialmente registrados 86 casos; al terminar la misma, el 1 de julio, teníamos más de 288 000 casos y casi 10 000 muertes. Hasta el 8 de marzo de 2021 había oficialmente registrados 1 380 023 casos y 48 163 muertes por COVID-19. Sin embargo, diversos especialistas estiman que esta cifra en realidad oculta un drama mayor, por lo que, usando las cifras que brinda el Sistema Nacional de Defunciones (SINADEF), a partir del exceso de muertes en relación con el año pasado, ya habrían fallecido por la COVID-19 más de 100 000 personas. Es decir, esta pandemia habría causado más muertes en unos meses que el conflicto armado interno de los ochenta (70 000 muertos, según la Comisión de la Verdad y Reconciliación) o la guerra del Pacífico (18 000 muertes).

En 2021, empezó en el Perú la campaña masiva de vacunación contra la COVID-19. Una vez más, lamentablemente, pro-

blemas estructurales al Estado peruano, como la corrupción y la falta de transparencia, llevaron a escándalos públicos que mermaron, al menos en sus comienzos, la confianza en ella y en el valor de las vacunas. La campaña de vacunación contra la COVID-19 ha revelado la necesidad de invertir más en divulgación científica, en comités de ética de la investigación y en una industria médica local que nos permita acabar con nuestra dependencia tecnológica en salud. En el siglo XXI persisten los temores y las falsas noticias sobre las vacunas, entre estas, aquellas acerca de que alteran el ADN o generan autismo o males neurológicos; por ello, es necesario que el Estado confronte estos bulos. En el caso peruano, los inicios de la campaña de vacunación coincidieron, además, con la campaña electoral presidencial y congresal, lo que derivó en la politización de la primera y la polarización de posturas a favor y en contra.



Conclusiones

En el Perú, la institucionalización de la salud pública empezó en las postrimerías de la era virreinal en el contexto de las reformas borbónicas. Estas reformas implicaron un afán de modernización del aparato burocrático, con el objeto de hacer más productivo al sistema administrativo colonial. Dentro de este proyecto, se dio relieve a la salud y se crearon instituciones como la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, la Junta Central de Conservación de la Vacuna, el anfiteatro anatómico y el cementerio general de Lima. Había entonces la idea de que invertir en salud podía ser una forma de atenuar las altas tasas de mortalidad producidas por males como la viruela, el sarampión, la fiebre amarilla, la malaria, la disentería, entre otros. Un actor fundamental en este contexto fue el médico Hipólito Unanue, quien estaba convencido de que cuidar la salud era tarea del Estado y que se traía un gran beneficio a la población mejorando las condiciones de salud. Las guerras por la independencia y los años de caudillismo, guerras civiles y golpes de Estado de las primeras décadas del siglo XIX frenaron estos esfuerzos por institucionalizar la salud pública.

Un segundo momento en la historia de la institucionalización de la salud lo fue la era del guano. En el contexto del *boom* del guano (1845-1870), el Estado peruano, gracias a los

ingresos generados por este recurso, impulsó reformas urbanas destinadas a mejorar las condiciones de salud, como el ordenamiento del sistema de acequias, la distribución de agua potable, los desagües y la organización de los sistemas de recolección de basuras. La teoría médica dominante para explicar las epidemias en ese momento era la miasmática: las enfermedades se transmitían a través de efluvios venenosos o miasmas por el aire, y surgían de aguas estancadas o cuerpos en descomposición. También fue en este contexto que se construyó el primer hospital moderno del Perú, el Dos de Mayo; se reorganizó la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, con el empuje de Cayetano Heredia; y se creó la Sociedad Médica de Lima, organización que agrupó a la élite médica limeña y que se dedicó a gestionar el apoyo del Estado para consolidar su posición en el mercado de la salud peruana. Aunque a veces se olvida, es necesario recordar que los médicos universitarios no han sido ni son los únicos agentes a los que la población recurre cuando se enferma. Durante la era del guano, por ejemplo, más populares que los médicos eran los herbolarios chinos, los curanderos andinos, los chamanes amazónicos y las parteras en el caso de las gestantes. Tras ese periodo, vino un contexto de depresión económica y la guerra del Pacífico (1879-1883), que generaron destrucción y crisis para el Perú; por tanto, nuevamente se frenaron los avances en salud pública.

El tercer momento importante para la institucionalización de la salud en el Perú se dio en las primeras décadas del siglo xx, cuando, tras las epidemias de peste bubónica y la gran epidemia de influenza española de 1918, el Estado asumió de forma decidida que era parte de su tarea el cuidado de la salud pública. Se formó la primera agencia nacional de salud; la

Dirección de Salubridad Pública, en 1903; el Ministerio de Salud, en 1935; y, al año siguiente, el Seguro Social. Asimismo, se impulsó con mucha más fuerza las campañas de vacunación a nivel nacional y se formaron ligas para combatir enfermedades como el cáncer, y numerosas instituciones profesionales, como el Instituto Nacional del Niño y el Instituto Obstétrico Ginecológico. Todas estas entidades contribuyeron a generar conocimiento y divulgar información valiosa para mejorar las condiciones de salud de la población.

Sin embargo, debe decirse también que la institucionalización de la salud pública en el Perú se dio bajo supuestos que lamentablemente siguen, en algunos casos, vigentes. En esos términos, es un error creer que solo la medicina occidental es digna de atención, que no hay nada que aprender de los saberes tradicionales andinos o amazónicos y que, por ende, una lógica que debe guiar al Estado es la de desaparecer a aquellos practicantes de la salud que no se han educado en los valores de la medicina occidental. A lo largo de la República, el Estado ha sacado leyes contra curanderos, herbolarios y parteras, y los han perseguido, defendiendo así los intereses de los médicos, aun cuando para mucha gente estos otros actores eran apreciados y accesibles. En una contradicción recurrente de nuestra República, a la par que se perseguía a las parteras, en distritos alejados de Lima no se hallaban accesibles obstetras u hospitales.

Otro rasgo de la salud pública peruana desde su etapa fundacional ha sido su sesgo de género, mediante el cual se asignaban roles específicos para hombres (espacio público) y mujeres (ámbito doméstico). Esto ha derivado en políticas de salud que han reforzado estos estereotipos, como en la educación sexual o en la forma de dirigirse a males como la histeria.

A inicios del siglo xx, se pensó que había surgido un brote de histeria debido al afán de un número cada vez mayor de mujeres que querían buscar educación universitaria o participar en política. De igual forma ocurrió en la participación de las mujeres en las ciencias de la salud, la cual, siguiendo lógicas propias de una sociedad patriarcal, supuso que, durante el siglo xx, las mujeres ingresaran a áreas como enfermería, obstetricia o visita social, pero no en igual medida a medicina o investigación científica. Esto último es algo que por suerte está cambiando en la presente centuria; sin embargo, nos encontramos ahora con una pandemia de violencia contra las mujeres que debemos enfrentar. Para ello, como para otros males, se deben implementar cambios estructurales en el modo como nos relacionamos y jerarquizamos la sociedad.

De otra parte, la salud pública se institucionalizó siguiendo estereotipos de clase, que implicaban que los sectores menos acomodados y obreros eran los más propensos a enfermarse y propagar enfermedades. Se gestó la idea de «poblaciones peligrosas», las cuales, por sus supuestos estilos de vida poco higiénicos y su alto consumo de alcohol o coca en el caso de los campesinos andinos, además de factores biológicos intrínsecos, eran los culpables de la aparición de las epidemias. Estos prejuicios guiaron políticas, como en el énfasis puesto en vigilar y castigar a los migrantes chinos en el marco de las epidemias de fiebre amarilla de mediados del siglo xix o, en cuanto a la lucha contra la tuberculosis a inicios del xx, cuando se vinculó a los obreros con el alcoholismo y la tuberculosis. Por supuesto, con ello se elude el vínculo entre las altas tasas de tuberculosis o cólera en estas poblaciones con las pobres condiciones de vivienda, la precariedad en el empleo, la falta de acceso a agua potable y otros factores más estructurales. La

permanencia de esta mirada clasista desde la salud pública ha quedado evidenciada en la pandemia de la COVID-19, cuando los vendedores ambulantes, quienes tenían que salir a trabajar y poner en riesgo su salud y la cuarentena porque económicamente no tenían otra opción, fueron acusados de ser los culpables del fracaso de las ineficientes respuestas estatales contra la enfermedad.

Algunos elementos del conservadurismo moral han sido también negativos para lidiar con los problemas de la salud pública. Así, por temas de espacio en este libro, no se ha podido desarrollar el tema de la violencia sexual infantil, un mal que debería concitar más atención del Estado. Desde una perspectiva histórica, muchas veces las respuestas de médicos y funcionarios de la salud frente al abuso infantil han sido de tolerancia o de culpar a las víctimas por el hecho de ser mujeres. Hay problemas de la salud pública, como en las políticas de salud y de educación sexual, que ameritan cambios estructurales, que podrían ayudar a combatir prejuicios sociales y de género.

Queda claro que, para combatir epidemias, se debe superar la recurrencia a las respuestas superficiales y autoritarias, que se centran solo en el aislamiento de los enfermos y en la búsqueda de la «bala mágica» o tecnología médica para solucionar el problema. Por ejemplo, con respecto a la pandemia de la COVID-19, está bien desarrollar la vacuna y propalarla de forma global; pero ello no debe llevarnos a seguir tolerando la precariedad en el empleo, la carencia de unidades de cuidados intensivos o la pobreza. En ese sentido, creo necesario terminar el libro señalando que tal vez el principal nudo a desatar es la convicción de que la salud pública es necesariamente una realidad multifactorial. De nada sirve invertir en hospitales o

en medicamentos si es que se mantiene la pasividad frente a la pobreza, la inequidad, la falta de acceso a agua potable o sistemas de desagüe.

En este texto hemos demostrado, además, que las enfermedades, como las guerras y las revoluciones, han sido un agente de cambio en la historia. Vimos cómo, en el contexto de la Conquista, parte de la despoblación americana se debió a las epidemias de viruela. Igualmente, las epidemias de fiebre amarilla del siglo XIX provocaron cambios urbanos en Lima, como la mejora en los sistemas de distribución de agua potable y limpieza de las calles. Las epidemias de peste bubónica y la pandemia de influenza española de 1918 obligaron una mayor intervención del Estado en la salud y la creación de agencias nacionales de salud. En la década de 1980, la aparición del VIH/sida llevó a un aumento de los prejuicios sobre la comunidad gay y a un freno en la liberación sexual que había empezado con la revolución cultural de los sesenta. ¿Qué cambios traerá la pandemia de la COVID-19? Es difícil saber eso con certeza, pues, al escribir este libro, seguíamos en medio de la pandemia; pero, sin pretender conocer lo que ocurrirá en el futuro, queda claro que es un acontecimiento que ha marcado al mundo y que será un hito en la historia global.

En el Perú, la pandemia coincidió con las celebraciones del bicentenario de la independencia, y las muertes y crisis que generó, acentuadas en los sectores menos afortunados, han derivado en un afán por procurar entender qué hemos hecho mal en estos 200 años de vida republicana. Lo que nos muestra la historia de la salud es que, si bien hemos avanzado en muchos aspectos, como en investigación científica, promoción de la vacunación y creación de instituciones estatales en salud, tenemos que lograr reducir la inequidad, mejorar la calidad de

la educación pública y privada, invertir más en investigación y disminuir o eliminar la precariedad en empleo y vivienda si realmente queremos mejorar las condiciones en las que las personas nacen, viven y mueren en el Perú. Es decir, en cuanto a la salud pública, hay cosas que celebrar, pero también mucho por reflexionar.



Bibliografía

- AGUILAR GIL, Roisida (2006). «La "aurora" del sufragio femenino en el Perú: Zoila A. Cáceres, 1924-1933». En Scarlett O'Phelan Godoy y Margarita Zegarra Flórez (eds.), *Mujeres, familia y sociedad en la historia de América Latina, siglos XVIII-XXI* (pp. 517-535). Lima: Instituto Riva-Agüero / Pontificia Universidad Católica del Perú / Centro de Documentación sobre la Mujer / Instituto Francés de Estudios Andinos.
- AGUIRRE, Carlos (2003). «Mujeres delincuentes, prácticas penales y servidumbre doméstica en Lima (1862-1930)». En Scarlett O'Phelan Godoy, Fanni Muñoz Cabrejo, Gabriel Ramón Joffré y Mónica Ricketts Sánchez-Moreno (eds.), *Familia y vida cotidiana en América Latina. Siglos XVIII-XX* (pp. 203-226). Lima: Instituto Riva-Agüero / Pontificia Universidad Católica del Perú / Instituto Francés de Estudios Andinos.
- ALVARADO RIVERA, María (1940). «Algunas sugerencias para la campaña eugenésica que conviene al Perú». En *Primera Jornada Peruana de Eugenesia* (pp. 22-24). Lima: Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.
- BARRETO, Maria Renilda Nery (2008). «Assistência ao nascimento na Bahia oitocentista». *História, Ciências, Saúde*, 15(4), 901-925. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000400002>.
- BENAVENTE ALCÁZAR, Alejandro (1940). «Colaboración al plan eugenésico que requiere el Perú». En *Primera Jornada Peruana de Eugenesia* (pp. 26-32). Lima: Liga Nacional de Higiene y Profilaxia Social.

- BENDAYÁN, Christian (12 de junio de 2020). «Sobre el sueño de una artista shipiba. De cómo el dueño del coronavirus se revela y del riesgo de que la delicada línea del kené se quiebre». *La Mula*. [Internet]. Recuperado de <https://christianbendayan.lamula.pe/2020/06/12/sobre-el-sueno-de-una-artista-shipiba/christianbendayan/>.
- BIRN, Anne-Emanuelle y Raúl NECOCHEA LÓPEZ (2011). «Footprints on the Future: Looking Forward to the History of Health and Medicine in Latin America in the Twenty-First Century». *Hispanic American Historical Review*, 91(3), 503-527. Recuperado de <https://doi.org/10.1215/00182168-1300164>.
- BRAVO, María Celia; Fernanda GIL LOZANO y Valeria Silvina PITA (comps.) (2008). *Historias de luchas, resistencias y representaciones. Mujeres en la Argentina, siglos XIX y XX*. Tucumán: Universidad Nacional del Tucumán.
- BRIGGS, Laura (2000). «The Race of Hysteria: "Overcivilization" and the "Savage" Woman in Late Nineteenth-Century Obstetrics and Gynecology». *American Quarterly*, 52(2), 246-273. Recuperado de <https://www.jstor.org/stable/30041838>.
- BUSTÍOS ROMANÍ, Carlos (2004). *Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú (1533-1933)*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos / Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- BUSTÍOS ROMANÍ, Carlos (2010). *La mujer y el niño en la historia de la salud pública peruana: 1535-2002*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- BUSTÍOS ROMANÍ, Carlos (2014). *La malaria y el dengue en la historia de la salud pública peruana, 1821-2011*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3425.pdf>.
- CÁCERES, Carlos (1988). *Frecuencia de anticuerpos contra el virus de inmunodeficiencia humana tipo 1 (VIH-1) en un grupo de varones supuestamente sanos conducta homosexual en Lima en 1988 y factores de*

- riesgo. (Tesis de licenciatura). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- CAMACARO CUEVAS, Marbella (2009). «Patologizando lo natural, naturalizando lo patológico... Improntas de la praxis obstétrica». *Revista Venezolana de Estudios de la Mujer*, 14(32), 147-162. Recuperado de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1316-37012009000100011.
- CANDELA JIMÉNEZ, Emilio; Fernando CONTRERAS ZANABRIA y Jorge LOSSIO CHÁVEZ (2017). «Populismo y salud pública durante el ochenio de Odría (1948-1956)». *Acta Herediana*, 60, 33-48. Recuperado de <https://doi.org/10.20453/ah.v60i0.3166>.
- CASALINO, Carlota (1999). «Salud, enfermedad y muerte. Las mujeres en Lima del siglo XIX». En Margarita Zegarra (ed.), *Mujeres y género en la historia del Perú* (pp. 237-257). Lima: Centro de Documentación sobre la Mujer.
- CASTRO, Roberto y Joaquina ERVITI (2015). «25 años de investigación sobre violencia obstétrica en México». *Revista CONAMED*, 19(1), 37-42. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4730781.pdf>.
- CASTRO, Roberto y Alejandra LÓPEZ GÓMEZ (eds.) (2010). *Poder médico y ciudadanía: el conflicto social de los profesionales de la salud con los derechos reproductivos en América Latina. Avances y desafíos en la investigación regional*. Montevideo: Universidad de la República / Universidad Nacional Autónoma de México.
- COMITÉ DE AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE PARA LA DEFENSA DE LOS DERECHOS DE LA MUJER Y CENTRO LEGAL PARA DERECHOS REPRODUCTIVOS Y POLÍTICAS PÚBLICAS (1998). *Silencio y complicidad. Violencia contra las mujeres en los servicios públicos de salud en el Perú*. Lima: Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer / Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.
- CONTRERAS, Carlos y Marcos CUETO (2004). *Historia del Perú contemporáneo. Desde las luchas por la Independencia hasta el presente*. Lima:

Instituto de Estudios Peruanos / Universidad del Pacífico / Pontificia Universidad Católica del Perú.

- COOK, Noble David (1999). «El impacto de las enfermedades en el mundo andino del siglo XVI». *Histórica*, 23(2), 341-365. Recuperado de <http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/historica/article/view/8762/9147>.
- COOK, Rebecca; Bernard DICKENS y Mahmoud FATHALLA (2003). *Reproductive Health and Human Rights. Integrating Medicine, Ethics, and Law*. Nueva York: Oxford University Press.
- CREAGER, Angela N. H.; Elizabeth LUNBECK y Londa SCHIEBINGER (eds.) (2001). *Feminism in Twentieth-Century Science, Technology, and Medicine*. Chicago: The University of Chicago Press.
- CROSBY, Alfred W. (2003). *The Columbian Exchange. Biological and Cultural Consequences of 1492*. Westport: Duke University Press.
- CUETO, Marcos (1982). *La Reforma Universitaria de 1919. Universidad y estudiantes a comienzos de siglo*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- CUETO, Marcos (1986). «Bibliografía sobre la historia de la ciencia y la tecnología en el Perú». *Apuntes*, 19, 147-160.
- CUETO, Marcos (1988). *Excellence in the Periphery: Scientific Activities and Biomedical Sciences in Peru*. (Tesis de doctorado). Columbia University, Nueva York.
- CUETO, Marcos (1989). *Excelencia científica en la periferia. Actividades científicas e investigación biomédica en el Perú 1890-1950*. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo / Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- CUETO, Marcos (1994). *Missionaries of Science. The Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington / Indianápolis: Indiana University Press.
- CUETO, Marcos (ed.) (1995). *Saberes andinos. Ciencia y tecnología en Bolivia, Ecuador y Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

- CUETO, Marcos (ed.) (1996). *Salud, cultura y sociedad en América Latina. Nuevas perspectivas históricas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos / Organización Panamericana de la Salud.
- CUETO, Marcos (1997). *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo xx*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- CUETO, Marcos (2001). *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/ Sida en el Perú*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social / Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- CUETO, Marcos (2004). *El valor de la salud. Historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington D. C.: Organización Panamericana de la Salud.
- CUETO, Marcos (2007). *Cold War, Deadly Fevers. Malaria Eradication in Mexico 1955-1975*. Washington D. C. / Baltimore: Woodrow Wilson Center Press / The Johns Hopkins University Press.
- CUETO, Marcos; Jorge LOSSIO y Carol PASCO (eds.) (2009). *El rastro de la salud en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos / Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- CUETO, Marcos y José Carlos de la PUENTE (2003). «Vida de leprosa: testimonio de una mujer viviendo con la enfermedad de Hansen en la Amazonía peruana, 1947». *História, Ciências, Saúde*, 10(suplemento 1), 337-360. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v10s1/a16v10s1.pdf>.
- D'OLIVEIRA, Ana Flávia; Simone Grilo DINIZ y Lilia Blima SCHRAIBER (2002). «Violence Against Women in Health-care Institutions: an Emerging Problem». *The Lancet*, 359(9318), 1681-1685. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(02\)08592-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(02)08592-6).
- DENEGRI, Francesca (2004). *El abanico y la cigarrera. La primera generación de mujeres ilustradas en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- DUBY, Georges y Michelle PERROT (dirs.) (2003). *Historia de las mujeres en Occidente*. Madrid: Taurus.

- EWIG, Christina (2006). «Global Processes, Local Consequences: Gender Equity and Health Sector Reform in Peru». *Social Politics: International Studies in Gender, State & Society*, 13(3), 427-455. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/sp/jxl002>.
- EWIG, Christina (2010). *Second-Wave Neoliberalism. Gender, Race, and Health Sector Reform in Peru*. Pensilvania: The Pennsylvania State University Press.
- FELITTI, Karina (2011). «Parirás sin dolor: poder médico, género y política en las nuevas formas de atención del parto en la Argentina (1960-1980)». *História, Ciências, Saúde*, 18(1), 113-129. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-59702011000500007>.
- FONSECA, Juan (2006). «Educadas para trabajar: la mujer en las misiones protestantes en el Perú, 1890-1930». En Scarlett O'Phelan Godoy y Margarita Zegarra Flórez (eds.), *Mujeres, familia y sociedad en la historia de América Latina, siglos XVIII-XXI* (pp. 651-675). Lima: Instituto Riva-Agüero / Pontificia Universidad Católica del Perú / Centro de Documentación sobre la Mujer / Instituto Francés de Estudios Andinos.
- FRANCKE, Marfil (1984). *Trabajo de la mujer en Lima entre 1876 y 1920*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- GAGO, Alberto (2020). «Investigación científica en el Perú pospandemia». En *25 ensayos desde la pandemia para imaginar el Perú* (pp. 131-135). Lima: Proyecto Especial Bicentenario.
- GALTON, Francis (1875). «On Men of Science, their Nature and their Nurture». En *Notices and Proceedings at the Meetings of the Members of the Royal Institution of Great Britain, with Abstracts of the Discourses Delivered at the Evening Meetings* (volumen VII, pp. 227-236). Londres: William Clowes e hijos.
- GARCÍA CÁCERES, Uriel (2002). «El cólera en la historia de la medicina social peruana: comentarios sobre un decreto precursor». *Revista Peruana*

- de *Medicina Experimental y Salud Pública*, 19(2), 97-101. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v19n2/a09v19n2.pdf>.
- GUARDIA, Sara Beatriz (2002). *Mujeres peruanas. El otro lado de la historia*. Lima: Minerva.
- HARDING, Sandra (1996). *Ciencia y feminismo*. Madrid: Morata.
- KELLER, Evelyn Fox (1995). «Gender and Science: Origin, History, and Politics». *Osiris*, 10(1), 27-38. Recuperado de <https://doi.org/10.1086/368741>.
- LAN NINAMANGO, Juan Antonio (2019). *Sida y temor. Las representaciones sobre los pacientes de una nueva epidemia a partir del conocimiento médico y tres diarios limeños entre 1985 y 1988*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/13922>.
- LASTRES, Juan B. (1951a). *Historia de la medicina peruana* (volumen III). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <https://fondoeditorial.unmsm.edu.pe/index.php/fondoeditorial/catalog/book/67>.
- LASTRES, Juan B. (1951b). «Introducción del fluido vacuno en el Perú». *Anales de la Facultad de Medicina*, 34(3), 285-312. Recuperado de <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/9527>.
- LASTRES, Juan B. (1954). *Historia de la viruela en el Perú*. Lima: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.
- LERNER PATRÓN, Adrián Luis Enrique (2009). *Las polémicas mediáticas en la campaña de esterilizaciones masivas en el Perú de Fujimori (1994-1998)*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/449>.
- LOSSIO, Jorge (2003). *Acequias y gallinazos. Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.
- LOSSIO, Jorge (2012a). *El peruano y su entorno. Aclimatándose a las alturas andinas*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

- LOSSIO, Jorge (2012b). *Estado, prensa y sociedad frente a la influenza AH1N1*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/134470>.
- LOSSIO, Jorge y Eduardo BARRIGA (2013a). «Los rotarios y la erradicación de la polio en el Perú». *Summa Humanitatis*, 6(2), 48-81. Recuperado de http://revistas.pucp.edu.pe/index.php/summa_humanitatis/article/view/7486.
- LOSSIO, Jorge y Eduardo BARRIGA (2013b). «Sendero Luminoso y la erradicación de la polio en el Perú». *Quehacer*, 189, 56-62. Recuperado de <https://www.desco.org.pe/recursos/sites/indice/842/3757.pdf>.
- LOSSIO, Jorge y Eduardo BARRIGA (eds.) (2017). *Salud pública en el Perú del siglo xx. Paradigmas, discursos y políticas*. Lima: Instituto Riva-Agüero / Pontificia Universidad Católica del Perú.
- LOSSIO, Jorge; Ruth IGUÍÑIZ-ROMERO y Pilar ROBLEDO (2018). «Por el bien de la nación: discursos científicos en favor de la medicalización del parto en el Perú, 1900-1940». *História, Ciências, Saúde*, 25(4), 943-957. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/s0104-59702018000500004>.
- MALDONADO FÉLIX, Héctor y María Elizabeth PUERTAS PORRAS (2012). «Las mujeres y las ciencias de la salud, UNMSM 1930-1956». *Investigaciones Sociales*, 16(29), 109-118. Recuperado de <https://doi.org/10.15381/is.v16i29.7725>.
- MANNARELLI, María Emma (1999). *Limpias y modernas. Género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- MARAVALL YÁGUEZ, Javier (2015). *Las mujeres en la izquierda chilena durante la Unidad Popular y la dictadura militar (1970-1990)*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- MARTÍNEZ I ÁLVAREZ, Patricia-Victòria (2008). «Formas de poder social en la Consolidación de asociaciones y grupos de mujeres en el Perú, siglos XIX y XX». En Gabriela Dalla Corte, Pilar García Jordán, Javier Laviña, Lola G. Luna, Ricardo Piqueras, José Luis Ruiz-Peinado Alonso y

- Meritxell Tous (coords.), *Poder local, poder global en América Latina* (pp. 279-290). Barcelona: Universitat de Barcelona.
- McEVOY, Carmen; Delfina PAREDES; José Carlos AGÜERO; Francesca DENEGRI; Alberto CHIRIF; Rember YAHUARCANI; Luis Nieto DEGREGORI; Manuel BURGA; Walter ALVA... Zenón de PAZ (2020). *25 ensayos desde la pandemia para imaginar el Perú Bicentenario*. Lima: Proyecto Especial Bicentenario. Recuperado de <https://bicentenariodelperu.pe/coleccion/25-ensayos-desde-la-pandemia>.
- MENDOZA, Walter y Oscar MARTÍNEZ (1999). «Las ideas eugenésicas en la creación del Instituto de Medicina Social». *Anales de la Facultad de Medicina*, 60(1), 55-60. Recuperado de <https://doi.org/10.15381/anales.v60i1.4513>.
- MILLER, Laura (1987). «La mujer obrera en Lima, 1900-1930». En Steve Stein (comp.), *Lima obrera, 1900-1930* (tomo II, pp. 11-152). Lima: El Virrey.
- MINISTERIO DE SALUD (23 de julio de 2020). «Ministerio de Salud exhorta a la población a no consumir dióxido de cloro y/o clorito de sodio». *Ministerio de Salud*. [Internet]. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/215535-ministerio-de-salud-exhorta-a-la-poblacion-a-no-consumir-dioxido-de-cloro-y-o-clorito-de-sodio>.
- MLAMBO-NGCUKA, Phumzile (2020). «Violencia contra las mujeres: la pandemia en la sombra». *ONU Mujeres*. [Internet]. Recuperado de <https://www.unwomen.org/es/news/stories/2020/4/statement-ed-phumzile-violence-against-women-during-pandemic>.
- MONGE, Carlos y Fabiola LEÓN-VELARDE (eds.) (2003). *El reto fisiológico de vivir en los Andes*. Lima: Instituto Francés de Estudios Andinos / Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- MONTAGNER, Maria Inez y Miguel Ângelo MONTAGNER (2010). «Mulheres e trajetórias na Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp: vozes singulares e imagens coletivas». *História, Ciências, Saúde*, 17(2), 379-397. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000200007>.

- MOTT, Maria Lucia; Olga Sofia Fabergé ALVES; Maria Aparecida MUNIZ; Luiz Vicente Souza MARTINO; Ana Paula Ferreira SANTOS y Karla MAESTRINI (2008). «“Moças e senhoras dentistas”: formação, titulação e mercado de trabalho nas primeiras décadas da República». *História, Ciências, Saúde*, 15(suplemento), 97-116. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500005>.
- MUÑOZ CABREJO, Fanni (2000). «La educación femenina en la Lima de fines del siglo XIX e inicios del siglo XX». En Narda Henríquez (comp.), *El hechizo de las imágenes. Estatus social, género y etnicidad en la historia peruana* (pp. 223-249). Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- MUÑOZ CABREJO, Fanni (2001). *Diversiones públicas en Lima 1890-1920. La experiencia de la modernidad*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; Marcos CUETO; Eduardo Ponce MARRANHÃO y Deepak SOBTI (2010). «A erradicação da poliomielite na América Latina: comparando Brasil e Peru». En Dilene Raimundo do Nascimento, *A história da poliomielite* (pp. 161-176). Río de Janeiro: Garamond.
- NEYRA RAMÍREZ, José (1999). *Imágenes históricas de la medicina peruana*. Lima: Fondo Editorial de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <https://fondoeditorial.unmsm.edu.pe/index.php/fondoeditorial/catalog/book/39>.
- NING ANTICONA, José Li (2016). «Desórdenes psiquiátricos de los inmigrantes chinos del siglo XIX. Condiciones de vida y salud mental de los inmigrantes chinos entre 1865 y 1900». *Anales de la Facultad de Medicina*, 77(4), 409-415. Recuperado de <https://doi.org/10.15381/anales.v77i4.12660>.
- O'PHELAN GODOY, Scarlett y Margarita ZEGARRA FLÓREZ (eds.) (2006). *Mujeres, familia y sociedad en la historia de América Latina, siglos XVIII-XXI*. Lima: Instituto Riva-Agüero / Pontificia Universidad

Católica del Perú / Centro de Documentación sobre la Mujer / Instituto Francés de Estudios Andinos.

- OLIART, Patricia (1995). «Poniendo a cada quien en su lugar: estereotipos raciales y sexuales en la Lima del siglo XIX». En Aldo Panfichi H. y Felipe Portocarrero S. (eds.), *Mundos interiores: Lima 1850-1950* (pp. 261-288). Lima: Universidad del Pacífico.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (s. f.). «WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard». *Organización Mundial de la Salud*. [Internet]. Recuperado de <https://covid19.who.int/>.
- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (s. f.). «Historia de la OPS». *Organización Panamericana de la Salud*. [Internet]. Recuperado de [https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops#:~:text=El%20pasos%20de%20las%20epidemias,de%20la%20Salud%20\(OPS\)](https://www.paho.org/es/quienes-somos/historia-ops#:~:text=El%20pasos%20de%20las%20epidemias,de%20la%20Salud%20(OPS)).
- PALMA, Clemente (1897). *El porvenir de las razas en el Perú*. (Tesis de bachillerato). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima.
- PALMA, Patricia y José RAGAS (2018). «Enclaves sanitarios: higiene, epidemias y salud en el Barrio chino de Lima, 1880-1910». *Anuario Colombiano de Historia Social y de la Cultura*, 45(1), 159-190. Recuperado de <https://revistas.unal.edu.co/index.php/achsc/article/view/67555>.
- PAMO REYNA, Oscar G. (1987). *Daniel A. Carrión*. Lima: Visión Peruana.
- PAMO REYNA, Oscar G. (1990). *Temas de la historia médica del Perú*. Lima: Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.
- PAMO REYNA, Oscar G. (2005). «Estado actual de las publicaciones periódicas científicas médicas del Perú». *Revista Médica Herediana*, 16(1), 65-73. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v16n1/v16n1ce1.pdf>.
- PAMO REYNA, Oscar G. (2007). «Una visión histórica de la participación femenina en la profesión médica». *Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna*, 20(3), 109-122. Recuperado de <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v20n3/pdf/a06v20n3.pdf>.

- PAMO REYNA, Oscar G. (2018). «Taki onqoy, ¿epidemia de intoxicación por exposición al mercurio?». *Acta Herediana*, 61(1), 46-54. Recuperado de <https://doi.org/10.20453/ah.v61i0.3294>.
- PATRUCCO, Raúl (1985). «Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú. Estudios Inmunológicos». *Diagnóstico*, 16(5), 122-135.
- PATRUCCO, Raúl (1986). *Inmunodeficiencias*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- PATRUCCO, Raúl (1987a). «Situación actual del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida en el Perú». *Revista Peruana de Epidemiología*, 2(1), 5-22. Recuperado de <http://repebis.upch.edu.pe/articulos/rev.peru.epidemiol/v2n1/a1.pdf>.
- PATRUCCO, Raúl (1987b). «Alteraciones inmunológicas en homosexuales asintomáticos y oligosintomáticos seropositivos para anticuerpos anti HTLV-III/LAV (ELISA)». *Diagnóstico*, 19(1), 5-12.
- PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique (1932). «Cómo formar buenos hábitos en los niños». *La Reforma Médica*, 132, 24-26.
- PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique (1935). «La eugenesia y sus posibilidades». *La Reforma Médica*, 202, 31-37.
- PIGHI BEL, Pierina (22 de mayo de 2020). «Cuarentena en Perú: 5 factores que explican por qué las medidas de confinamiento no impiden que sea el segundo país de América Latina con más casos de covid-19». *BBC News Mundo*. [Internet]. Recuperado de <https://www.bbc.com/mundo/noticias-america-latina-52748764>.
- POLO, José Toribio (1913). *Apuntes sobre las epidemias en el Perú*. Lima: Imprenta Nacional de Federico Barrionuevo. Recuperado de <https://fondoeditorial.unmsm.edu.pe/index.php/fondoeditorial/catalog/book/203>.
- QUAY HUTCHISON, Elizabeth (2006). *Labores propias de su sexo. Género, políticas y trabajo en Chile urbano 1900-1930*. Santiago de Chile: Lom / Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.

- QUIROZ, Lissell (2012). «De la comadrona a la obstetrix. Nacimiento y apogeo de la profesión de partera titulada en el Perú del siglo XIX». *Dynamis*, 32(2), 415-437. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.4321/S0211-95362012000200007>.
- QUIROZ, Lissell (2020). «“Madre solo hay una”: la invención de los modelos de la buena/mala madre en el Perú de los siglos XIX y XX». *Investigaciones Feministas*, 11(1), 57-66. Recuperado de <https://doi.org/10.5209/infe.63989>.
- QUIRÓS SALINAS, Carlos (1996). «La viruela en el Perú y su erradicación: recuento histórico». *Revista Peruana de Epidemiología*, 9(1), 41-53.
- RAMÓN JOFFRÉ, Gabriel (1999). *La muralla y los callejones. Intervención urbana y proyecto político en Lima durante la segunda mitad del siglo XIX*. Lima: Seminario Interdisciplinario de Estudios Andinos / Comisión de Promoción del Perú.
- ROHDEN, Fabíola (2008). «The Reign of Hormones and the Construction of Gender Differences». *História, Ciências, Saúde*, 15(suplemento), 133-152. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-59702008000500007>.
- ROJAS, Gustavo (1985). *Sífilis y otras manifestaciones en hombres homosexuales de Lima*. (Tesis de bachillerato). Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima.
- ROSAS LAURO, Claudia (2004). «Madre sólo hay una. Ilustración, maternidad y medicina en el Perú del siglo XVIII». *Anuario de Estudios Americanos*, 61(1), 103-138. Recuperado de <https://doi.org/10.3989/aea-mer.2004.v61.i.1144>.
- ROSAS LAURO, Claudia (ed.) (2005). *El miedo en el Perú. Siglos XVI al XX*. Lima: Seminario Interdisciplinario de Estudios Andinos / Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://repositorio.pucp.edu.pe/index/handle/123456789/173095>.
- ROTTENBACHER DE ROJAS, Jan Marc (2013). *Emociones colectivas, autoritarismo y prejuicio durante una crisis sanitaria: la sociedad limeña frente a la epidemia de la fiebre amarilla de 1868*. (Tesis de posgrado).

- Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/4652>.
- RUIZ ZEVALLOS, Augusto (1994). *Psiquiatras y locos. Entre la modernización contra los Andes y el nuevo proyecto de modernidad. Perú: 1850-1930*. Lima: Instituto Pasado & Presente.
- SALAVERRY, Oswaldo (2005). «Los orígenes del pensamiento médico de Hipólito Unanue». *Anales de la Facultad de Medicina*, 66(4), 357-370. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v66n4/a12v66n4.pdf>.
- SALAVERRY, Oswaldo (2017). «Higienismo en el Perú del siglo XIX. Sebastián Lorente y el Catecismo de higiene». *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 34(1), 139-144. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2017.341.2776>.
- SALAVERRY GARCÍA, Oswaldo (ed.) y Gustavo DELGADO MATALLANA (comp.) (2000). *Historia de la medicina peruana en el siglo XX* (2 tomos). Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos / Asociación de Historia de la Medicina Peruana.
- SCHIEBINGER, Londa (1993). *Nature's Body. Gender in the Making of Modern Science*. Boston: Beacon Press.
- SITU CHANG, Pedro Miguel Eduardo (2020). *La visibilización de la comunidad china en el norte del Perú*. (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/17658/SITU_CHANG_PEDRO_MIGUEL_EDUARDO.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
- SPINNEY, Laura (2019). *El jinete pálido. 1918: la epidemia que cambió el mundo*. Barcelona: Crítica.
- UNANUE, Hipólito (1806). *Observaciones sobre el clima de Lima, y sus influencias en los seres organizados, en especial el hombre*. Lima: Imprenta Real de los Huérfanos.
- VALDIVIA REY, Milagros del Pilar (2014). *Sensacionalismo, prejuicios y estereotipos en los diarios limeños durante la epidemia de cólera de 1991*.

- (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/5591>.
- VELÁZQUEZ CASTRO, Marcel (2020). *Hijos de la peste. Una historia de las epidemias en el Perú*. Lima: Taurus.
- VILLAVICENCIO, Maritza (1992). *Del silencio a la palabra. Mujeres peruanas en los siglos XIX y XX*. Lima: Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán.
- WARREN, Adam (2015). «Between the Foreign and the Local: French Midwifery, Traditional Practitioners, and Vernacular Medical Knowledge about Childbirth in Lima, Peru». *História, Ciências, Saúde*, 22(1), 179-200. Recuperado de <https://doi.org/10.1590/S0104-59702015000100011>.
- YZÚ ROSSINI, Brunella (2016). *La eugenesia peruana a partir de la vida y obra de Carlos Enrique Paz Soldán (1900-1965)*. (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://hdl.handle.net/20.500.12404/7675>.
- ZÁRATE CAMPOS, María Soledad (2007). *Dar a luz en Chile, siglo XIX. De la «ciencia de hembra» a la ciencia obstétrica*. Santiago de Chile: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana / Universidad Alberto Hurtado.
- ZÁRATE CÁRDENAS, Eduardo (2014). *La mayor epidemia del siglo XIX. Lima, 1868 fiebre amarilla*. Lima: Eduardo Zárate Cárdenas
- ZEGARRA FLORES, Margarita (comp.) (1999). *Mujeres y género en la historia del Perú*. Lima: Centro de Documentación sobre la Mujer.



Cronología

1804. La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna variólica parte hacia el Perú.

1811. Se establece el Real Colegio de Medicina y Cirugía de San Fernando.

1826. Se crean las «juntas de sanidad»: Junta Suprema de Sanidad en Lima, juntas superiores en capitales de departamento, juntas municipales en cada población conveniente y junta litoral en los puertos de mar.

1826. Se funda la Casa de Maternidad de Lima.

1826. Se crea la Dirección General de Beneficencia Pública.

1834. Cayetano Heredia, quien fue la figura central de las reformas educativas en medicina, es nombrado rector del Colegio de Medicina de San Fernando.

1834. Se crea la Sociedad de Beneficencia en Lima.

1834. Se instala una cañería de fierro en Lima, entre la caja de Santo Tomás y la Plaza de Armas.

1844. Se crea el Cuerpo de Cirujanos del Ejército.

1848. Se crea la Sociedad de Beneficencia en el Callao.

1854. Aparece una epidemia de fiebre amarilla en la costa peruana.

1856. Se crea la Facultad de Medicina San Fernando de la Universidad de San Marcos.

1859. Aparecen epidemias de viruela en los Andes.
1868. Aparece una epidemia de fiebre amarilla en Lima.
1870. Aparece una epidemia de la «fiebre de la Oroya».
1873. Aparecen epidemias de viruela en distintos espacios del territorio nacional.
1875. Se inaugura el Hospital Dos de Mayo.
1880. Se forma la Sociedad Peruana de la Cruz Roja.
1885. Muere Daniel Alcides Carrión.
1896. Se promulga la Ley de Vacunación Obligatoria.
1896. Se funda el Instituto Nacional de Vacuna, el cual existió hasta 1902.
1901. Aparece una epidemia de peste bubónica en la costa peruana.
1902. Se funda la Organización Panamericana de la Salud.
1902. Se crea el Instituto Municipal de Higiene.
1902. Se crea el Instituto Nacional de Vacuna y Seroterapia.
1903. Se crea la Dirección General de Salubridad, dentro del Ministerio de Fomento.
1913. Se funda la Junta de Salud Internacional de la Fundación Rockefeller.
1916. Se promulga la Ley de Profilaxis del Paludismo.
1918. Aparece la pandemia de «influenza española».
1919. Aparece una epidemia de fiebre amarilla en la costa peruana.
1922. Se crea el Instituto Obstétrico Ginecológico.
1924. Se funda el Hospital Arzobispo Loayza.
1926. Se crea la Liga Anticancerosa del Perú.
1932. Aparece una epidemia de malaria en el valle de la Convención en Cusco.
1935. Se funda el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Bienestar Público.

1935. Se publica el primera número de la revista *Runa Soncco*.
1936. Se crea el Seguro Social de Salud.
1941. Se funda el Instituto Nacional del Cáncer (actual INEN).
1942. Se lanza el Servicio Cooperativo de Salud Pública-SCISP (Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública), financiado y apoyado por Estados Unidos.
1951. Se crea el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social.
1981. Se identifican los primeros casos de sida en Los Ángeles, Estados Unidos.
1983. Se detecta el primer caso de VIH-sida en el Perú.
1991. Aparecen epidemias de cólera en distintas ciudades del país.
2004. Aparece la pandemia de AH5N1 (gripe aviar).
2009. Aparece la pandemia de influenza AH1N1.
2019. En diciembre, desde China se anuncia la propagación de un nuevo coronavirus.
2020. El 31 de enero, se aprobó, vía resolución ministerial n.º 039-2020/MINSA, publicada en el diario oficial *El Peruano*, el «Plan nacional de preparación y respuesta frente al riesgo de introducción del Coronavirus 2019-ncov», elaborado por el Ministerio de Salud.
2020. El 6 de marzo, el presidente Martín Vizcarra confirmó el primer caso de COVID-19 en el país. Se trataba de un hombre de 25 años, piloto de LATAM Airlines, que estuvo de vacaciones por Europa.
2020. El 15 de marzo, el presidente Martín Vizcarra anunció el cierre de las fronteras aérea, terrestre, marítima y fluvial, y el inicio de una cuarentena drástica a nivel nacional, una política de aislamiento social obligatorio. Esta cuarentena general culminó el 1 de julio.

2021. El 8 de marzo, a nivel nacional, se registraron oficialmente 1 380 023 casos y 48 163 fallecidos por COVID-19. A nivel global, la cifra era de más de 114 millones de infectados y 2.5 millones de víctimas mortales.

A lo largo de la historia de la República, hemos enfrentado numerosas pandemias y epidemias producidas por distintas enfermedades, como la viruela, la peste, el cólera, la influenza, el VIH-sida y la COVID-19. Las respuestas sociales a las pandemias se caracterizaron por el pánico, la discriminación y la búsqueda de culpables; aunque también por las muestras de solidaridad hacia las poblaciones más vulnerables. Por su parte, las respuestas estatales combinaron el aislamiento de los enfermos, la imposición de cuarentenas, las mejoras en las condiciones de higiene pública y las campañas de vacunación. Sin embargo, una lección que nos deja la historia es que la estrategia más efectiva para afrontar una pandemia es la inversión sostenida en educación, vivienda, empleo, acceso a la salud pública e investigación científica. Es decir, debemos entender que las crisis sanitarias son consecuencia solo en parte de los virus y bacterias, pues lo son principalmente de la poca inversión en ciencia y tecnología, de la precariedad en el empleo, el transporte y la vivienda, y de la inequidad social. Este libro trata sobre estos temas, tan relevantes para comprender el Perú actual.



Jorge Lossio es historiador, doctor por la Universidad de Manchester y profesor principal en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Es coeditor del libro *Salud pública en el Perú del siglo xx. Paradigmas, discursos y políticas* (2017).



BICENTENARIO
PERÚ 2021