

# EL RASTRO DE LA SALUD EN EL PERÚ

MARCOS CUETO, JORGE LOSSIO Y CAROL PASCO

Editores



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

*IEP Instituto de Estudios Peruanos*

# EL RASTRO DE LA SALUD EN EL PERÚ



# EL RASTRO DE LA SALUD EN EL PERÚ

MARCOS CUETO, JORGE LOSSIO, CAROL PASCO

EDITORES



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

*IEP Instituto de Estudios Peruanos*

Serie: Salud y Sociedad, 2

- © UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA  
Honorio Delgado 430, Lima 31  
Telf. (51-1) 382-0344 / 319-0026  
<www.upch.edu.pe>
- © IEP INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS  
Horacio Urteaga 694, Lima 11  
Telf. (51-1) 332-6194 / 424-4856  
<www.iep.org.pe>
- © MARCOS CUETO, JORGE LOSSIO Y CAROL PASCO, EDS.

ISBN: 978-9972-51-246-9

ISSN: 1996-9813

Impreso en el Perú

Primera edición, junio de 2009

700 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la

Biblioteca Nacional del Perú: 2009-08144

Registro del Proyecto Editorial en la

Biblioteca Nacional: 11501130900440

*Prohibida la reproducción total o parcial de las características  
gráficas de este documento por cualquier medio sin permiso de los editores*

**CUETO, MARCOS, ED.**

*El rastro de la Salud en el Perú.* Marcos Cueto, Jorge Lossio y Carol Pasco, eds.  
Lima, IEP, Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2009. (Salud y Sociedad, 2).

HISTORIA, SALUD PÚBLICA, MEDICINA, CÓLERA, PLANIFICACIÓN FAMILIAR,  
PERÚ.

W/15.04.01/S/2

## ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	
<i>Marcos Cueto y Jorge Lossio</i> .....	9
I. HIPÓLITO UNANUE Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DISCURSO EPIDEMIOLÓGICO PERUANO	
<i>Juan Pablo Murillo</i> .....	21
II. LA MEDICINA Y LOS MUERTOS EN LIMA: CONFLICTOS SOBRE LA REFORMA DE LOS ENTIERROS Y EL SIGNIFICADO DE LA PIEDAD CATÓLICA, 1808-1850	
<i>Adam Warren</i> .....	45
III. LA CIENCIA MÉDICA Y LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ DECIMONÓNICO: LA VISIÓN DEL MÉDICO BRITÁNICO ARCHIBALD SMITH	
<i>Jorge Lossio</i> .....	91
IV. ENTRE LA MEDICINA, EL COMERCIO Y LA POLÍTICA: EL CÓLERA Y EL CONGRESO SANITARIO AMERICANO DE LIMA, 1888	
<i>Marcos Cueto y Betty Rivera</i> .....	111
V. PRIMEROS RASTROS DE LA TEORÍA BACTERIOLÓGICA EN EL DISCURSO MÉDICO PERUANO: EL DEBATE ENTRE FRANCISCO ALMENARA E IGNACIO DE LA PUENTE, 1895	
<i>Julio Núñez Espinoza</i> .....	151

VI. MEDICINA, PROSTITUCIÓN Y SÍFILIS EN LIMA Y CALLAO: 1910-1930 <i>Carol Pasco Álvarez y Julio Núñez Espinoza</i> .....	181
VII. LOCURA, NEURASTENIA Y “MODERNIDAD”: INTERPRETACIONES MEDICOLEGALES Y POPULARES DEL SUICIDIO EN LA REPÚBLICA ARISTOCRÁTICA <i>Paulo Drinot</i> .....	211
VIII. DIECINUEVE PARROQUIAS: PLANIFICACIÓN FAMILIAR CATÓLICA EN EL PERÚ, 1967-1976 <i>Raúl Necochea López</i> .....	259
IX. SECUESTRANDO EL FEMINISMO GLOBAL: FEMINISTAS, LA IGLESIA CATÓLICA Y LA DEBACLE DE LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR EN EL PERÚ <i>Christina Ewig</i> .....	291
BIBLIOGRAFÍA GENERAL .....	331

## INTRODUCCIÓN

MARCOS CUETO Y JORGE LOSSIO

ESTE LIBRO reúne trabajos recientes sobre la historia de la salud en el Perú de los siglos XIX y XX. Los autores son historiadores profesionales, estudiantes graduados e investigadores de la Salud que presentan materiales nuevos recogidos en archivos y bibliotecas, así como interpretaciones originales que enriquecerán los aún escasos estudios sociales en esta materia en el Perú.<sup>1</sup> A pesar de las valiosas investigaciones, realizadas sobre todo del período colonial y de los nuevos estudios panorámicos de la historia de la Salud en el Perú, las pesquisas y la docencia universitaria en este tema y de la Medicina es errática, aislada e intermitente y, por lo general, está marcada por la falta de comunicación entre los profesionales de la Salud y los profesionales de la Historia que se dedican a estudiar el pasado de la Salud.<sup>2</sup>

Los artículos de este libro tienen como objetivo contribuir con una perspectiva de la historia de los problemas tanto de la Medicina

- 
1. Por ejemplo Lossio, Jorge, *Acequias y gallinazos*, 2003. Lossio, Jorge, “Fiebre amarilla”, pp. 79-91, 2002. Cueto, Marcos, *El regreso de las epidemias*, 1997. Cueto, Marcos, “Social medicine”, pp. 55-80, 2004. Ninguna de las referencias en esta introducción pretende ser exhaustiva de los temas citados.
  2. Bustíos Romani, Carlos, *Cuatrocientos años de la salud pública, 2004* y también de Bustíos, *La salud pública, la seguridad social*, 2004. Estas obras vinieron a completar el trabajo previo de este mismo autor en libros como: *Perú: la salud pública durante la república oligárquica*, 1996. Sobre la Medicina en el Perú colonial, véase García Cáceres, Uriel, *Juan del Valle y Caviedes*.

como de la Historia social peruana. La historia de la Medicina fue cultivada durante el siglo XX por médicos historiadores como Hermilio Valdizán, Carlos Enrique Paz Soldán, Juan B. Lastres y Félix Arias-Schreiber, entre otros, y llegó a ser reconocida por historiadores de talla mundial como Henry E. Sigerist, pero en las últimas décadas fue realizada irregularmente en el país. Una excepción reciente de esta tendencia siempre rica en información son los notables trabajos históricos, sobre todo acerca de los hospitales coloniales, del recientemente fallecido doctor Miguel Rabí.<sup>3</sup> Por su lado, la historia social peruana, a pesar de haber ampliado su preocupación a los estudios culturales y a eventos significativos de la vida individual y cotidiana, sigue concentrada en los hechos económicos y políticos.<sup>4</sup>

Los trabajos presentados cuestionan los supuestos de la historia tradicional de la Medicina que predominaron en el Perú y en los países

- 
3. Por ejemplo Rabí, Miguel, *El Hospital de San Bartolomé de Lima*, 2001. Rabí, Miguel, *Del Hospital de Santa Ana (1549 a 1924) al Hospital Nacional Arzobispo Loayza*, 1999. Rabí, Miguel, *Del Hospital de San Nicolás (1604) al Hospital Daniel Alcides Carrión (1941-2003)*, 2003. Rabí, Miguel, "La formación de médicos y cirujanos", pp. 173-183, 2006. Rabí, Miguel, "Un capítulo inédito", pp. 123-133, 1995. Rabí, Miguel, "La primera botica de los hospitales", pp. 269-280, 2000. Rabí, Miguel, "Una carta inédita del doctor José Manuel Valdés", pp. 195-200, 2002. Rabí, Miguel, *La vida y la obra singular de un cirujano criollo*, y *Diccionario Histórico Biográfico Médico*, 2006.
  4. Algunas excepciones importantes y relativamente recientes en la historia social de la Salud y la Medicina peruana son: Woodham, John, "The Influence of Hipólito Unanue on Peruvian Medical Science", pp. 693-714, Cahill, David, "Financing Health Care", pp. 123-154, Basto Girón, Luis J., *Salud y enfermedad en el campesino*, Mendieta, Líder, *Hospitales de Lima colonial siglos XVII-XIX*. Parker, David S., "Civilizing the city of kings", pp. 153-178, Ruiz Cevallos, Augusto, *Psiquiatras y locos*, Salinas Sánchez, Alejandro, *Medicina y salubridad*, Van Deusen, Nancy, "The Alienated Body", pp. 1-30, Cosamalón, Jesús, "Una visión del cuerpo femenino", pp. 109-138, Fonseca, Juan, "Antialcoholismo y modernización", pp. 327-363, Lossio, Jorge, "Purificando las atmósferas epidémicas", pp. 135-160, 2001, Ramón, Gabriel, *La muralla y los callejones*. Casalino, Carlota, *La muerte en Lima en el siglo XIX*. Rosas, Claudia, "La visión ilustrada de las amas de leche negras", pp. 311-343.

latinoamericanos.<sup>5</sup> Según esta historiografía la emergencia de organismos estatales de salud fue el resultado de un proceso racional de expansión del poder central, un correlato de procesos sociales paralelos como la secularización de la sociedad y la urbanización, y tuvo una continuidad con las autoridades médicas que existían desde el período colonial. Se suponía, además, que la Medicina y la salud se desarrollaron con atraso debido a los rezagos históricos, culturales y escolásticos y a la supuesta barrera que representaba la superstición de la medicina tradicional indígena y formas populares de atención a los problemas de salud. Asimismo, se consideraba que gracias al liderazgo de grandes médicos, la salud y la Medicina habrían logrado alcanzar parcialmente los ideales de progreso, civilización y modernización. Finalmente, otra idea que subyacía a estos estudios era que inevitablemente la intensifica-

- 
5. La principal historia de la Medicina del Perú es todavía: Lastres, Juan B., *Historia de la Medicina peruana*. Para una lista de sus obras es necesario consultar *Cátedra de historia de la Medicina: bio-bibliografía del doctor Juan B. Lastres*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 1958. En los últimos años han aparecido otros valiosos estudios como el de Salaverry, Oswaldo, ed., *Historia de la Medicina peruana*, Neyra Ramírez, José, *Imágenes históricas*, Quirós, Carlos, “La campaña mundial de erradicación de la viruela”, pp. 6-11, Pamo, Óscar G., *Temas de la historia médica del Perú*, Mariátegui, Javier, *Mercurio Peruano*, Burstein, Zuño A., “Revisión histórica”, pp. 40-44, Hernández Asensio, Raúl, “Historia de la Sociedad de Gastroenterología”, pp. 49-76, Zárate, Eduardo, “Primera protesta estudiantil”, pp. 56-64, Díaz, Héctor, “Primera médica peruana”, pp. 181-184, Alayza Escardó, Francisco, *Historia de la Cirugía*, Delgado Matallana, Gustavo y Miguel Rabí Chara, *Evolución histórica de la Facultad de Medicina*, Salaverry, Oswaldo, “Los orígenes del pensamiento médico”, pp. 357-370, Casalino, Carlota, “Hipólito Unanue y la construcción del héroe”, pp. 314-327 y Deza Bringas, Luis, *Testimonios del linaje médico peruano*. Sobre Daniel Alcides Carrión y la verruga peruana, otro tema clásico de la Medicina estudiada por doctores, la obra más completa es Delgado Matallana, Gustavo, *Daniel Alcides Carrión: Mártir de la Medicina Peruana*, pero también es importante consultar los notables artículos de García Cáceres, Uriel como “Ideas e imágenes en la enfermedad de Carrión”, pp. 47-54, y Murillo, Juan Pablo, Oswaldo Salaverry, Walter Mendoza, Gustavo Franco, Walter Calderón, Juan Rodríguez, “Daniel Alcides Carrión y su contribución”, pp. 1-22.

ción de la Medicina y la salud pública, inspirada en modelos occidentales, llegaría a los niveles de los países europeos.

Aunque desde la perspectiva del presente son claros los supuestos y las limitaciones de esta historia; como el parroquialismo, que consistió básicamente en escribir para los propios médicos; el maniqueísmo, que elogió a ciertos héroes enfrentados a adversarios ignorantes; el anacronismo, que buscó el origen de instituciones que eran importantes en el presente, la obliteración de los factores sociales, culturales y políticos; y una idea del progreso que asumía que el futuro no iba a ser más que una intensificación del pasado; es importante recordar que estos fueron esfuerzos que en su época concitaron la atención del público y dialogaron con los practicantes de la Salud. Algo más que se podría decir a favor de esta historia es que muchos de ellos hicieron un valioso trabajo de rescate de documentos y que dejaron una cronología institucional que todavía es útil. Parte de este esfuerzo ha sido continuado por algunas instituciones, como las universidades de San Marcos y Cayetano Heredia, que han reeditado trabajos clásicos de la medicina peruana haciéndolos más accesibles a los historiadores.<sup>6</sup> Es importante mencionar que estos supuestos y limitaciones no han desaparecido por completo y que la renovación que vamos a describir no reemplazó sino que coexistió con este tipo de historia.

La historia de la salud y la medicina latinoamericanas empezó a ser renovada desde la segunda mitad de la década de 1970 con estudios sociales que tuvieron en común una resistencia a mirar el pasado sólo para celebrarlo. Investigadores, generalmente formados en las ciencias sociales, no necesariamente en la Historia, cuestionaron no solo el modelo tradicional de historia de la salud sino a la misma Medicina y a la salud pública a la que acusaron de ser un medio de control social, y hasta denunciaron la complementariedad entre el desarrollo de la

---

6. Por ejemplo, *Obra completa: Juan del Valle y Caviedes*, Monge, Carlos, *Obras*, Pesce, Hugo, *Pensamiento médico y filosófico*, y Kuczynski-Godard, Máxime, *La vida en la Amazonía peruana*.

medicina estatal y el capitalismo.<sup>7</sup> En algunos estudios, en parte inspirados en las nociones de control social, disciplina y medicalización del filósofo Michel Foucault, se consideraba que la Medicina fue un instrumento de las elites dominantes para subordinar a otros grupos subalternos y para imponer a los trabajadores una disciplina compulsiva y la conformidad con el orden social establecido.<sup>8</sup> De esta manera se subrayó la capacidad de las elites urbanas de utilizar la salud para controlar a grupos subordinados, mantener su supremacía política, protegerse de un entorno social inseguro e imponer una hegemonía cultural a través de estereotipos higiénicos y estigmas sobre las enfermedades. Según esta perspectiva, las políticas sanitarias estaban articuladas por los intereses de las clases dominantes que buscaban aumentar la productividad de la fuerza de trabajo a través de la protección de la salud del trabajador.

La mayor parte de los estudios que surgieron entonces se concentraron temporalmente en las últimas décadas del siglo XIX y las primeras del XX, en parte porque entonces parecieran coincidir cambios médicos notables que dejaron un legado hasta el día de hoy, como la Teoría del Germen de la Enfermedad y la Medicina Tropical, con procesos sociales como la emergencia de las economías de exportación, las oligarquías ligadas a las mismas, y la motivación por sanear puertos y ciudades que llevaron a la formación de los primeros servicios nacionales de Salud. Un supuesto importante de esta nueva corriente historiográfica fue que el pasado no era solo el resultado de estímulos culturales provenientes del exterior; era necesario comprender los múltiples procesos de recepción, adaptación, negociación, y discontinuidad para entender la dinámica local de la Medicina y la salud pública.<sup>9</sup>

---

7. Machado, Roberto, *Danação da norma*, y García, Juan César, “La medicina estatal”, pp. 70-110.

8. Es interesante mencionar que su obra *La naissance de la clinique*, fue traducida al español y publicada por Siglo XXI en 1966. En 1986 ya existían 11 ediciones en español de este libro.

9. Stepan, Nancy, *Beginnings of Brazilian Science*. Peard, Julian G., *Race, place and medicine* y Cueto, Marcos, *Excelencia científica en la periferia*, 1989.

En la misma perspectiva de analizar la recepción de programas médicos que vinieron del exterior se iniciaron estudios sobre el impacto de los programas de la Fundación Rockefeller en la región. Inicialmente vista como un simple instrumento del imperialismo norteamericano se empezó a describir y analizar las dificultades en la implementación y las disonancias de la influencia norteamericana, la flexibilidad interna de los funcionarios de campo de la organización filantrópica, y la habilidad de los latinoamericanos para llevar a la Fundación más allá de los diseños metropolitanos iniciales.<sup>10</sup>

A pesar que los desarrollos historiográficos modernos llegaron al Perú con retraso o fueron cultivados solo por individuos de manera independiente, es importante señalar que las nuevas perspectivas historiográficas fueron consolidándose en otros países de América Latina como Brasil, donde en 1994 se fundó la influyente revista *Manguinhos, História, Ciência, Saúde*. Al mismo tiempo, la historia social de la salud pública y de la Medicina en Latinoamérica aumentó el nivel de complejidad de su análisis sobre la recepción y adaptación.<sup>11</sup> Subrayó las posibilidades de resistencia al poder y el rol de los distintos actores históricos, le dio mayor importancia a la dimensión cultural de la Medicina, combinó el estudio de los discursos y de las prácticas médicas, examinó los debates médicos en la prensa periódica como una estrategia de validación pública, y reveló el reduccionismo científico que había primado en algunas épocas como la búsqueda de “balas mágicas” consideradas

---

10. Sobre la Rockefeller ver: Cueto, Marcos, ed., *Missionaries of science* y Birn, Anne-Emanuelle, *Marriage of convenience*.

11. Trabajos latinoamericanos en esa dirección fueron, por ejemplo: Stepan, Nancy Leys, *The Hour of Eugenics*, Hochman, Gilberto y Diego Armus, eds., *Cuidar, controlar, curar*, Armus, Diego, ed., *Disease in the history of modern Latin America*, Illanes, María Angélica, “*En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia*”, Antonio Teixeira, Luiz, *Ciência e saúde na terra dos bandeirantes*, Larry Benchimol, Jaime, *Dos micróbios aos mosquitos* y Almeida, Marta de, *República dos Invisíveis*.

soluciones tecnológicas rápidas a las principales enfermedades transmisibles. Los actores empezaron a ser considerados sujetos activos que tenían capacidad de resistencia, acomodación, negociación y formulación de sus propias imágenes del cuerpo, de la salud y de la enfermedad. Esto también era parte de un proceso que ha experimentado la historia de la Medicina en otros países que ha puesto mayor acento en el tema desde el punto de vista de los pacientes en la Historia, y la superposición de diversos discursos sobre el cuerpo humano y la salud.<sup>12</sup> Otras dos influencias importantes en esta nueva corriente historiográfica fueron los estudios de Charles Rosenberg sobre la importancia de “enmarcar” o contextualizar los hechos médicos y científicos, y los de Bruno Latour, quien enfatizaba una perspectiva relativista y culturalista de los hechos científicos que le daba gran importancia a las polémicas públicas, y a la capacidad de los líderes médicos de popularizar sus interpretaciones de la realidad.<sup>13</sup>

Algunos historiadores, como uno de los coeditores de este libro, elaboraron estudios acerca de las epidemias como una estrategia para llegar a las respuestas y percepciones populares sobre la salud y la enfermedad. Esta perspectiva se enlazaba con un tema clásico de la historia social, pero intentaba renovarlo con nuevos enfoques enfatizando las epidemias no solo como episodios dramáticos de relativo impacto demográfico sino como oportunidades para conocer diversas concepciones sobre la salud, el cuerpo y la enfermedad. Adicionalmente, en otros países latinoamericanos, la historia de la Salud practicada por los historiadores profesionales ha podido entablar un diálogo con los practicantes de la salud pública y los investigadores de las dimensiones sociales y culturales de la Medicina.

---

12. Porter, Roy y Dorothy Porter, *In sickness and in Health*.

13. Rosenberg, Charles, “Framing disease”, pp. 305-318, y Latour, Bruno, *The pasteurization of France*. El primer libro fue traducido en Madrid al español en 1988 y reeditado al año siguiente como *Pasteur, la lucha contra los microbios*.

En el Perú, infortunadamente, este diálogo ha existido muy pocas veces y la comunidad de investigadores interesados en las dimensiones sociales y culturales de la Medicina ha estado dispersa. Por ejemplo, un tema fundamental poco tratado ha sido la evolución de las prácticas populares sobre la salud que, sin embargo, sí ha sido examinado por antropólogos médicos o médicos que solo en contadas ocasiones tienen una perspectiva histórica en sus trabajos, o que enfocan únicamente aspectos puntuales de la medicina precolombina como la trepanación de cráneos y el uso de plantas medicinales.<sup>14</sup> Es importante resaltar que los principales trabajos históricos basados en archivos sobre la medicina precolombina y del período colonial temprano en el Perú han sido realizados por historiadores extranjeros que generalmente han estado más preocupados por la demografía que por la Medicina misma.<sup>15</sup> Y, lamentablemente, esta literatura no es lo suficientemente conocida en el país; lo que sugiere que persiste la falta de diálogo entre la historia social de la Medicina, generalmente hecha por historiadores profesionales, y la historia de la Medicina hecha por médicos.

Sin embargo, el principal problema de la historia de la salud y de la Medicina en el Perú es la poca valoración con la que cuenta en general. En la Medicina persiste el defecto de publicar trabajos superfi-

- 
14. Sobre antropología médica algunos ejemplos son: Joralemon, Donald y Douglas Sharon, *Sorcery and shamanism*, Frisancho Pineda, David, *Medicina indígena y popular*, Camino, Lupe, *Cerros, plantas y lagunas poderosas*, Polia, Mario, *Las lagunas de los encantos*, Chiappe, Mario, Moisés Lemlij y Luis Millones, *Alucinógenos y shamanismo*. Sobre la medicina precolombina la lista es más extensa. Algunos títulos representativos son: Chávez, Nancy A., *La materia médica*, Elferink, Jan G. R., “Desórdenes mentales entre los Incas”, pp. 3-18, Bertelli, A. D., “Preconquest Peruvian neurosurgeons”, pp. 477-478, Indriati, E. y Buikstra, J. E., “Coca chewing in prehistoric coastal Peru”, pp. 242-257, Cabieses, Fernando, *Dioses y enfermedades*, Rifkinson-Mann, S., “Cranial surgery in ancient Peru”, pp. 411-416, Marino, R. y M. González-Portillo, “Preconquest Peruvian neurosurgeons”, pp. 940-950.
15. Sobre todo los de Cook, Noble David, “Population data for Indian Peru”, pp. 73-120, 1982. Cook, Noble David, “El impacto de las enfermedades en el mundo andino”, pp. 341-165, 1999.

ciales, que ignoran lo que ya se ha publicado, que toleran el plagio o que consideran que no es necesario realizar una investigación en archivos y bibliotecas. Existe el supuesto simplista en muchas instituciones de que la imagen de su propio pasado necesita de las trompetas triunfalistas parecidas a las de los desfiles militares y que los problemas, las opciones y las soluciones de antes y de ahora son esencialmente diferentes. En los estudios sociomédicos no se toma en cuenta que la historia puede brindar una perspectiva de larga duración que ayude a comprender mejor el fondo de los problemas, a cuestionar las respuestas temporales e insuficientes a las emergencias de salud, y a demostrar tanto la ineficacia del estigma como la artificialidad de la separación entre las tareas de prevención y las de curación.

Esperamos que este libro sirva para reconocer que, a pesar de estas dificultades, la historia de la salud es una actividad de investigación pertinente y relevante y, en consecuencia, debe tener un espacio en la Medicina, las ciencias sociales y en la salud pública. Asimismo, buscamos establecer un diálogo entre los médicos historiadores y los historiadores médicos; es decir, entre los profesionales de la salud interesados por conocer el pasado de su disciplina con los profesionales de la Historia preocupados por examinar una dimensión importante y poco estudiada de la sociedad peruana. Por último, esperamos que este libro concite el interés del público lector no especializado, que encuentre que estudios históricos sobre el cuerpo, el género y la etnicidad son importantes para entender a la sociedad.

El énfasis de la mayoría de los trabajos de este libro está en las motivaciones, el contexto y el impacto que tuvieron las instituciones oficiales de salud. Algo en común que tienen estos estudios es el cuidado por recrear cómo se van tejiendo las historias políticas con la participación de una diversidad de actores sociales, los procesos de negociación entre instituciones diferentes, y las alianzas y tensiones entre el poder y el saber popular. Al contrario de las pomposas historias tradicionales sugieren la discontinuidad, la fragmentación, las marchas y contramarchas en la medicina y la salud pública peruanas.

Entre las principales deficiencias de este trabajo está el no haber incorporado por lo menos un caso de alguna provincia.<sup>16</sup> Esperamos que el interés que está surgiendo por este tema permita en el futuro incorporar trabajos históricos de eventos sanitarios y médicos que ocurrieron fuera de Lima. Una advertencia que debe hacerse al lector es que las referencias en los capítulos aparecen abreviadas a pie de página y completas en la bibliografía. Las intervenciones realizadas en el Congreso Sanitario de Lima figuran bajo la entrada con ese nombre en la bibliografía. En el caso de que las referencias no tuvieran autor, estas aparecerán en la bibliografía bajo la entrada de “Anónimo”.

Murillo nos presenta, en una visión de larga duración, el legado e impacto de las ideas del médico ilustrado peruano Hipólito Unanue quien fundó la Epidemiología peruana en el proceso de tránsito entre el fin del período colonial y los albores de la República. Warren se basa en su brillante tesis de doctorado sustentada en la Universidad de California para analizar la tensión y los conflictos sobre la reforma de los entierros que surgieron a comienzos del siglo XIX, que revelan la dificultad por imponer las medidas recomendadas por los médicos ilustrados y la persistencia de actitudes populares en relación con la muerte. Lossio analiza los avatares de un médico británico en los Andes durante el siglo XIX, basándose en su tesis de magíster presentada en la Universidad de Manchester que nos dice mucho de la práctica médica en ese entonces y de la percepción que se tenía de los médicos extranjeros por parte de los nacionales. Cueto y Rivera analizan cómo se entrelazaron los intereses médicos, comerciales y políticos en la preocupación por impedir que el cólera se extendiera, llegando a organizarse una importante reunión de sanidad internacional en la que participó Chile. Núñez analiza un importante debate alrededor de la tuberculosis durante los inicios del siglo XX, cuando la Bacteriología no estaba del

---

16. Ejemplos del interés que está surgiendo en algunas universidades fuera de Lima son: Octavio Mongrut, ed., *Reseña histórica de la Medicina en Piura*, y Hernán Miranda Cueto, *Historia de la Facultad de Medicina*.

todo difundida entre los médicos peruanos. Drinot analiza las interpretaciones elaboradas tanto por médicos como por abogados para explicar el suicidio en un momento de cambio en Lima; el surgimiento de la República Aristocrática que produjo desequilibrios sociales e individuales. Pasco y Núñez analizan el fascinante tema de la construcción de una nueva preocupación médica y popular alrededor de las enfermedades de transmisión sexual, especialmente de la sífilis, en Lima y Callao a comienzos del siglo XX. Necochea presenta un caso que es un verdadero hallazgo para la historia de la salud reproductiva y de la Medicina: la participación de la Iglesia católica peruana en los programas de planificación familiar desde fines de la década de 1960 y hasta el gobierno militar de Juan Velasco Alvarado —que en parte cuestiona la percepción que la Iglesia y los militares objetaron estos programas—. Finalmente, Ewig presenta una rica interpretación política que demuestra la manipulación del lenguaje feminista por parte del régimen autoritario de Alberto Fujimori para sus fines de promover la anticoncepción quirúrgica entre los más pobres del país. De esta manera este último trabajo establece una continuidad entre los estudios históricos que tratan de épocas pasadas con el presente.

No queremos dejar de agradecer en esta publicación la valiosa labor de Mercedes Dioses, Silvana Lizarbe, Rossy Castro, Karla Rodríguez y Elizabeth Andrade. Gracias a la Universidad Peruana Cayetano Heredia, a la Red Peruana de Historia de la Ciencia, la Tecnología y la Salud dirigida por el doctor Oswaldo Salaverry, y al Instituto de Estudios Peruanos por la colaboración y hacer posible esta edición conjunta. Asimismo, agradecemos a la Sociedad de Beneficencia de Cajamarca por permitirnos usar el hermoso cuadro de la portada. La carátula de este libro, de un miembro de la orden francesa de las Hermanas de la Caridad que hasta entrado el siglo XX dominó la vida hospitalaria peruana, muestra la imagen elaborada por un pintor cajamarquino que sugiere el carácter humano y social de la historia de la salud peruana, una historia de la que este libro, en parte, da cuenta.

# I

## HIPÓLITO UNANUE Y EL PROCESO DE CONSTRUCCIÓN DEL DISCURSO EPIDEMIOLÓGICO PERUANO

JUAN PABLO MURILLO<sup>1</sup>

EN LA TRADICIÓN MÉDICA PERUANA, la Epidemiología es una de las pocas disciplinas que desde sus inicios reconoció una tradición de pensamiento local. Diversos epidemiólogos de la primera mitad del siglo XX, como Carlos Enrique Paz Soldán o Hugo Pesce, reivindicaron la necesidad y posibilidad de una mirada propia a los procesos de propagación de enfermedades y epidemias. De acuerdo con Alarcón, dos protagonistas centrales en la construcción del pensamiento epidemiológico peruano fueron Cosme Bueno e Hipólito Unanue, quienes perpetuaron una:

[...] tradición epidemiológica de indudable raigambre hipocrática, que ha sido cuidadosamente seguida por los médicos peruanos, y que se caracteriza por una rica descripción del proceso mórbido y del ambiente geográfico, social y cultural donde se desarrolla, recogiendo no solo datos exactos sino incluso referencias de costumbres y mitos.<sup>2</sup>

Lamentablemente es poco lo que se sabe acerca de los procesos sociohistóricos que permitieron la construcción de un discurso epidemiológico peruano, de cómo se construyeron los “héroes” de la Epidemiología en nuestro país y cómo se integraron y decodificaron sus

- 
1. Profesor del Departamento Académico de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina de San Fernando, Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
  2. Alarcón, Jorge, “Corrientes del pensamiento epidemiológico”, pp. 27-30.

aportes. El propósito de este artículo es analizar el rol de Hipólito Unanue en la construcción de un discurso epidemiológico nacional, así como discutir sus ideas acerca del origen y propagación de las epidemias. En la primera sección del artículo se desarrolla, de manera general, las ideas médicas y sanitarias de Unanue. En la segunda sección se explora la construcción de Unanue como el “fundador” de la Epidemiología peruana; y, en la tercera sección, se analiza cómo fueron decodificadas las ideas de Unanue por los epidemiólogos peruanos de la primera mitad del siglo XX.

## **I. Decadencia y restauración del Perú. Una propuesta de modernización**

Las ideas centrales del pensamiento poblacional de Unanue se encuentran en la oración inaugural del Anfiteatro Anatómico, dada en la Real Universidad de San Marcos, el 21 de noviembre de 1792. Unanue trazó el cuadro de un país en crisis, decadencia social y económica, por la falta de mano de obra para desplegar actividades productivas:

¿De qué sirven los pueblos arruinados? ¿De qué los países fértiles sin agricultores? ¿De qué las minas poderosas sin operarios? Faltando los brazos que aren los campos, rompan las entrañas de la tierra y den impulso a las artes y al comercio, la miseria hará gemir sin recurso el país mismo donde la liberal naturaleza ha derramado los tesoros de su inagotable fecundidad. Conmovidada la tierra que cubre a esta por un número triplicado de brazos, cada cerro sería un nuevo Potosí, cuyos desperdicios podrían enriquecer una parte del globo [...]. He aquí la feliz, la venturosa suerte que, perdida en el Perú por la ignorancia de la anatomía, va a restaurarle la Ilustración y la práctica de esta ciencia benéfica [...].<sup>3</sup>

---

3. Unanue, Hipólito, “Decadencia y restauración del Perú”, pp. 3-36, 1793.

Según Unanue las poblaciones arrasadas por epidemias, postradas por la miseria, podían ser rescatadas de su lamentable situación mediante la práctica de la Medicina ilustrada. Equipada con los recursos de la Anatomía, le sería posible multiplicar la población en suficiente número para generar industrias e impulsar el progreso del Perú.

El interés de Unanue iba de la mano con un proyecto de desarrollo basado en el carácter “civilizador” del comercio. Unanue tenía una visión optimista sobre el rol del comercio internacional como estrategia para el desarrollo del Perú, que coincidía con las teorías mercantilistas que predominaron en el pensamiento europeo. Dichas teorías postulaban que el incremento del número de habitantes aceleraría el intercambio comercial. Sin embargo, como lo señalan varios autores, cuando Unanue despliega estas ideas en nuestro medio, las teorías respecto al desarrollo económico habían cambiado radicalmente con los postulados de los fisiócratas y de Adam Smith, quienes sostenían que la riqueza de las naciones eran determinadas por el grado de modernización tecnológica y la división del trabajo productivo.<sup>4</sup>

Esta actitud del médico ilustrado peruano se explica porque, aun cuando Unanue se informó y tomó mucho de las teorías del viejo continente, su pensamiento respecto del hombre y del ambiente americano estaba en oposición con las ideas imperantes en Europa:

Al Perú no corresponde la espantosa pintura que de la América ha hecho la exaltada imaginación de algunos filósofos ultramarinos. Parece que mojaron su pincel en amargos y negros tintes para retratar a estas regiones afortunadas como a un suelo ingrato, negado a las bendiciones del cielo.<sup>5</sup>

---

4. Dager, Joseph, “Hipólito Unanue”, p. 98.

5. Unanue, Hipólito, “Observaciones sobre el clima de Lima y su influencia”, pp. 3-203, 1975.

No es de extrañar que las reflexiones de Unanue estuvieran orientadas a deslindar con las proposiciones del naturalista europeo Buffon que establecían las características diferenciales entre los animales del nuevo y Viejo Mundo. Esto es central para poder establecer una argumentación orientada a mostrar la igualdad del hombre americano respecto al europeo, en un escenario en el que influyentes pensadores como De Pawn consideraban a los americanos como seres física e intelectualmente inferiores. De acuerdo con De Pawn los americanos no respetaban el orden ni las leyes, eran ligeramente superiores a los animales porque tenían uso de las manos y la lengua, estaban privados a su vez de inteligencia y de perfectibilidad, y no obedecían más que a los impulsos de su instinto.<sup>6</sup>

Unanue propuso una tesis vanguardista alternativa al consenso europeo al afirmar que el hombre descende de un antepasado común, pero la diversidad de climas, usos y alimentos han generado a su vez una gran variedad de facciones y propiedades que crean la falsa percepción de diferentes orígenes. Para desplegar su pensamiento alternativo adopta un concepto específico de raza, aludiendo a un conjunto de características estructurales y funcionales particulares de grupos humanos originarios de un área geográfica específica, distinguiendo de acuerdo a ello cuatro razas: la asiática, la europea, la americana y la africana.<sup>7</sup>

De acuerdo con Unanue, el racial era un factor central para entender el origen y la propagación de las enfermedades. La raza determinaba no sólo el lugar del individuo en la sociedad sino principalmente sus capacidades de adaptación al ambiente y su vulnerabilidad a ciertas enfermedades:

Aunque el abandono y miseria en que viven los indios sea la causa principal del gran número que muere en tiempos epidémicos, mientras

---

6. Gerbi, Antonello, *Viejas polémicas*, pp. 50-66. Moyano, B. y Casas, G., "Los discursos del encuentro y desencuentro", pp. 67-82.

7. León, Miranda, Ana Pía, "El clima de Lima y la reivindicación de las razas no europeas", pp. 41-61.

que es pequeña... la mortandad de blancos, negros y castas; debe también considerarse que en ellos, como originarios del país, es mayor la relajación de sus fibras y debilidad nerviosa y abunda más el cólera. Decía discretamente el doctor Bueno, que el indio tenía los huesos duros y las carnes blandas. Con dificultad se les rompe la cabeza de un garrotazo y la menor fiebre los postra. El catarro los conduce a la tisis, se hacen casi incurables las disenterías en ellos, las tercianas los estropean, y los arruina el sarampión y las viruelas.<sup>8</sup>

Sin embargo, según Unanue, las diferencias entre las diversas razas podían ser soslayadas a partir de la educación, que permitía elevar las capacidades de los seres humanos y contrarrestar las influencias nefastas del ambiente. Un elemento que ha generado controversia es el hecho que a la par de propugnar la igualdad del hombre americano respecto al europeo y enfatizar que la educación y la mejora de las condiciones de vida podían contribuir al desarrollo de las capacidades de las razas aborígenes de manera similar a las poblaciones del Viejo Mundo, Unanue desarrolla una taxonomía de las diferentes castas que habitan Lima, donde muestra un conjunto de gradaciones que van desde el blanco, el “color primitivo del hombre”, hasta su “última degeneración, el negro”.

De acuerdo con Unanue, la posibilidad de eliminar las diferencias a través de la educación y la moral colisionaban con la posibilidad de concebir hijos con “monstruosidades”, una muestra de ello lo constituye el siguiente relato que aparece como un comentario a pie de página de la tabla anterior, en referencia al mulato:

Este ente medio entre el blanco y el negro legítimo atrae con mucha fuerza la atención del filósofo. La naturaleza se ha complacido en que a veces en el mulato entren por iguales partes el color blanco y el negro. En Londres hubo un hombre, hijo de un europeo y de una

---

8. Unanue, Hipólito, “Decadencia y restauración del Perú”, pp. 3-36, 1793.

negra, que tenía en el lado derecho el pelo y el color del padre, y en el izquierdo el de la madre: una línea dividía ambos en medio del cuerpo. [...] Joan Clark hijo de un negro rico y de una inglesa, de la cabeza a la cintura era un hermoso inglés, de la cintura a los pies un feo africano [...].<sup>9</sup>

Cosamalón sostiene que esta cita de Unanue, en donde se expresa la posibilidad de mutaciones ocasionadas por la mezcla racial, es una metáfora que traduce un paralelo entre el mundo natural y el político, que expresa el gran temor de las elites criollas respecto al mestizaje. Es decir, a malformaciones en el mundo natural le corresponden deformidades políticas. Esta metáfora muestra claramente una sociedad de castas donde cada uno tiene su lugar. La relación entre las castas consagraba una sociedad piramidal, en la que españoles y criollos eran los señores, y los indios, los campesinos y los negros, esclavos o sirvientes. Romper este dique podía ocasionar el desequilibrio del mundo natural, produciendo “monstruosidades” naturales e incluso sociales.<sup>10</sup>

Por lo anterior, la tabla de castas no debe ser entendida como una contradicción en el pensamiento de Unanue. Esta estratificación racial era expresión de una mentalidad en la cual los aspectos raciales o étnicos fijaban los aspectos principales de las relaciones entre las clases sociales.<sup>11</sup> Estas se daban dentro de una compleja lógica estamental, propia de las colonias españolas en América a partir del siglo XVIII, que expresaba una corriente de construcción de identidad nacional y reformulación de las relaciones sociales y políticas impulsadas por las elites criollas.<sup>12</sup>

---

9. Unanue, Hipólito, “Decadencia y restauración del Perú”, pp. 3-36, 1793.

10. Cosamalón, Jesús, “Amistades peligrosas: matrimonios indígenas”, pp. 345-368.

11. Hernández, Max, *¿Es otro el rostro del Perú?*; O’Toole, R., “Castas y representación”, pp. 48-76; Rey de Castro, A., “Ilustración y sociedad en el mundo iberoamericano”, pp. 111-146.

12. Cañizares, Jorge, “Racial, Religious and Civic Creole”, pp. 420-437.

Unanue basaba su concepción de los procesos de propagación en la unidad clima-ambiente-territorio. Dentro de esta concepción, variaciones en las condiciones del clima alteraban el funcionamiento del cuerpo humano y los humores que lo componen, generando un desequilibrio corporal que llevaba a la aparición de enfermedades. Asimismo, la interacción entre calor, humedad y materias orgánicas influía negativamente en la calidad del aire que se respiraba y del agua que se ingería, lo cual llevaba a la propagación de enfermedades en la población. Se pensaba también que los períodos de calor precedidos por alteraciones climáticas, creaban condiciones ideales para la propagación de enfermedades epidémicas como el sarampión y la viruela. Frente a las teorías europeas de degeneración física en el Nuevo Mundo, Unanue propuso un “universalismo climático”, es decir, un modelo de interacción hombre-ambiente, frente al cual los habitantes del Nuevo Mundo pueden evitar la aparición de epidemias y mejorar las condiciones de vida de la población. Es decir, el hombre americano, y entre ellos el peruano, no estaba condenado a las condiciones de su medio-ambiente como lo señalaban los europeos.<sup>13</sup>

La preocupación de Unanue por los problemas poblacionales correspondía a un escenario político y social marcado por la crisis económica, por el agotamiento progresivo de la producción minera, y por una caída importante en los índices demográficos como consecuencia, en parte, de la propagación de epidemias. Por ejemplo, entre los años 1720 y 1723, una epidemia, probablemente de influenza, asoló el virreinato peruano y ocasionó alrededor de 200,000 muertes, según estimados de la época. Esta epidemia fue la causa que se desarrollara un censo de población, bajo el gobierno del Marqués de Castelfuerte, que se prolongó de 1725 a 1740.<sup>14</sup> Es importante tener en claro que la discusión respecto a la población y a la propagación de las enfermedades

---

13. Warren, Adam, “Piety and Danger”, pp. 196-204.

14. Pearce, A., “The Peruvian Population”, pp. 69-104.

era parte del debate entre las elites criollas y metropolitanas y eran un componente de los procesos desencadenados por las reformas borbónicas orientadas a un fortalecimiento económico, militar y político del Imperio español de ultramar.<sup>15</sup> Estos procesos generaron la difusión de las doctrinas políticas y económicas que tuvieron amplia difusión en los sectores criollos limeños, los cuales comenzaron a esbozar proyectos de sociedad y desarrollos alternativos.<sup>16</sup>

Frente al hecho consumado de la independencia, las clases dominantes necesitaban garantizar que la naciente república continuara siendo una nación estamental y racialmente segregada bajo la conducción de las elites blancas de Lima.<sup>17</sup> Es por ello que se observa en los ilustrados peruanos esta extraña combinación de proclamas de libertad y esclavitud, igualdad y elitismo, la dignidad de la persona humana y las tesis de diferencias naturales entre los hombres.<sup>18</sup> Esta aparente contradicción es importante para entender la forma como los primeros epidemiólogos peruanos, aplicaron en el siglo XX el pensamiento de Hipólito Unanue.<sup>19</sup>

---

15. Fisher, John, *El Perú borbónico*.

16. Ezquerro, Ramón, "La crítica española sobre América", pp. 159-283. Glick, Thomas, "Science and Independence", pp. 307-334.

17. Abugattas, Juan, *Indagaciones filosóficas*.

18. León Miranda, Ana Pía, "El clima de Lima y la reivindicación de las razas no europeas", pp. 41-61.

19. Paz Soldán, Carlos Enrique, "Hipólito Unanue y el trabajo agrícola", pp. 726-732, 1934. La Independencia trajo consigo el declive de la vida pública de las capas criollas que habían impulsado la reflexión sobre los temas poblacionales como parte de la discusión respecto a un proyecto de nuevo país. Si bien todavía continuaron por algún tiempo, las ideas respecto a las constituciones epidémicas y las relaciones entre la enfermedad y el clima, la reflexión epidemiológica local que predominó en dicho período fue sumamente incipiente y sin relación con los debates promovidos por la ilustración peruana. Valdez, José Manuel, *Memoria de las enfermedades epidémicas*; Woodham, John, "The influence of Hipólito Unanue", pp. 693-714; Lossio, Jorge, *Acequias y gallinazos*.

## 2. La higiene y el proyecto de reconstrucción nacional de las elites después de la Guerra del Pacífico

Orden y progreso fue la esencia del nuevo proyecto de país a inicios del siglo XX. Luego del desastre de la guerra con Chile, las elites peruanas buscaron impulsar la cultura occidental sobre la andina, la cual era percibida como inferior y un obstáculo para el progreso del país. La cultura y la tecnología de Europa se convierten en sinónimos de desarrollo, constituyéndose el discurso científico en un eje fundamental del proyecto modernizador, lo cual brindaba a las elites un elemento de legitimidad frente a su descrédito por su fracaso en la conducción del país expresado por el desastre de la guerra. En este contexto los médicos tuvieron un papel relevante por su creciente prestigio al encarnar las posibilidades de progreso que la ciencia ofrecía.<sup>20</sup>

El discurso médico percibía al Perú como un espacio caótico, además de sucio e insalubre. Poblado en su mayoría por indios carentes de civilización, presas de absurdas creencias y costumbres.<sup>21</sup> Débil y despoblado, el Perú se encontraba en los umbrales de la civilización.<sup>22</sup> Tal como lo describió Francisco Graña:

El Perú es un país casi deshabitado. Pero no es todo. Algo más grave sucede todavía: el Perú no avanza, declina, ya que el desarrollo vegetativo de su población es nulo y como tal estacionarismo, efectivo, comprobado, resulta un retroceso real en el movimiento del progreso universal.<sup>23</sup>

El interés de las elites en el tema poblacional era parte de la búsqueda de un proyecto de desarrollo fuertemente influenciado por

---

20. Marcone, Mario, "Indígenas e inmigrantes", pp. 73-93.

21. Avendaño, Leonidas, "La despoblación nacional".

22. Wilson, Fiona, "Indian Citizenship and the Discourse of Hygiene", pp. 165-180. Mannarelli, María, *Limpias y modernas*, p. 47.

23. Graña, Francisco, *La cuestión higiénica*, 1903.

economistas ingleses como Douglas y Dalton, quienes evaluaron los beneficios económicos de las intervenciones sanitarias en Inglaterra. Según Graña, las posibilidades que ofrecía para el país la implementación de políticas poblacionales eran inmensas:

Hoy el Perú parece decidido a seguir con fe y perseverancia el camino del progreso. Cuenta con elementos bastantes para alcanzar en él un puesto avanzado. A más de los recursos infinitos con que ha prodigado la naturaleza a nuestro suelo, poseemos las enseñanzas y la triste experiencia por la historia de casi un siglo de error y amargura. Es, pues, ya tiempo de aprovechar tan ricos dones, de convertir en reales las riquezas que hasta hoy permanecen en estado potencial; para ello no nos es necesario inventar ni ideas, ni principios, ni métodos ni procedimientos, basta que querramos repetir lo que han hecho ya las demás naciones para llegar a la altura en que se encuentran.<sup>24</sup>

Un debate que surgió entre la elite criolla de la República Aristocrática fue el rol de la población andina nativa. Es decir, en qué medida la población indígena, mayoritaria en el país, estaba en condiciones de ser la base para el desarrollo del Perú. No es casualidad que el discurso de apertura del año académico 1916, en la Universidad Nacional de San Marcos, fuera realizado por Francisco Graña, catedrático de Higiene, quien sustentó el problema demográfico como central para el futuro del país en su alocución titulada: “La población del Perú a través de su historia”.<sup>25</sup> Graña presentó la problemática del desdoblamiento en torno a las diversas corrientes que desde 1915, comenzaron a difundirse en la Universidad de San Marcos.<sup>26</sup> En su alocución, Graña presentó en oposición dos visiones respecto a la raza indígena. Mientras algunos intelectuales como Carlos Enrique Paz Soldán consideraban

---

24. Graña, Francisco, “La población del Perú”, pp. 415-466, 1916.

25. Graña, Francisco, “La población del Perú”, pp. 415-466, 1916.

26. Paz Soldán, Carlos Enrique, *La medicina social*, pp. 18-19, 1916.

que al momento de la Conquista, la población indígena era una raza decrepita y gastada, la cual estaba en un proceso de esterilidad progresiva, generadora de nuestro estancamiento demográfico; otros intelectuales, como José de la Riva Agüero, planteaban que dichos grupos humanos al momento de la Conquista recién comenzaban su desarrollo y, por lo tanto, nada autorizaba a sostener la decadencia de las poblaciones originarias.

### **3. Unanue como precursor de la Medicina social**

Carlos Enrique Paz Soldán publica en 1915 un artículo que resume la mirada de Hipólito Unanue como un héroe cultural del naciente colectivo de higienistas, quienes se constituyeron en los iniciadores del discurso epidemiológico peruano:

Al consignar con ocasión de la reimpresión de sus obras, la fecunda actividad de Unanue, creemos rendir un homenaje a su memoria, diciendo que fue un precursor afortunado de la Medicina social. Su privilegiado talento le hizo vislumbrar que más allá del círculo estrecho de la Medicina individual, estaba el campo grandioso de la Medicina social. Por esto su actuación en el gobierno se caracterizó principalmente por sus actos de política sanitaria. Unanue creía, con justicia, que la labor de un gobierno debe inspirarse en conceptos médicosociales; que la protección de la salud y de la vida de los ciudadanos de un país es la primera medida de [un] buen gobierno.<sup>27</sup>

Paz Soldán construye una imagen sugerente al mostrar cómo Unanue logra introducirse en la salud colectiva a través de los ideales de buen gobierno y progreso social que eran atractivos a las élites positivistas criollas de principios de siglo XX. Sin embargo, la influencia de Unanue en el naciente discurso epidemiológico iba más allá de la legi-

---

27. Paz Soldán, Carlos Enrique, "La obra científica", pp. 3-4, 1915.

timidad que buscaba Paz Soldán entre las clases dirigentes. Como claramente lo expresa Paz Soldán en la introducción que escribiera para la reedición de *El clima de Lima*:

Defendió y persiguió tenazmente como una condición de mejoramiento y de orden la necesidad de poblar y cultivar en nuestro suelo al hombre sano sin amenazas de la endemias y epidemias que ahora impiden el crecimiento nacional. Tuvo ideales eugenistas para el Perú, anticipándose así en más de medio siglo a los ideales acariciados después por el viejo continente.<sup>28</sup>

Paz Soldán presenta a Unanue como padre fundador de la República y la Medicina peruana, el cual legitima el discurso eugenista, de las élites dominantes. En este sentido, la figura y la obra de Unanue promovida por Paz Soldán permitían una confluencia con las ideas promovidas por los sanitaristas peruanos de comienzos del siglo XX:

- El despoblamiento del Perú y la vulnerabilidad de sus habitantes azotados por endemias o epidemias.
- El tema racial, como un elemento explicativo de la propagación de las enfermedades.
- Un proyecto de desarrollo basado en la generación de procesos productivos sobre la base de una masa crítica de población con un perfil sanitario y racial que permita el crecimiento y modernización del país.

Estas ideas eran parte del núcleo de pensamiento de quienes desplegaron explícitamente los primeros discursos epidemiológicos nacionales. Un ejemplo de ello es el trabajo de Sebastián Lorente y Ricardo Flores *Estudios sobre geografía médica y patología del Perú*.

---

28. Paz Soldán, Carlos Enrique, "Introducción a la quinta edición popular", 1940.

La trascendencia de este trabajo por sus aportes a la construcción de una corriente de nacionalismo científico ha sido estudiada por varios autores,<sup>29</sup> sin embargo, se ha soslayado que uno de sus principales méritos lo constituye el expresar con suma claridad el conjunto de ideas que animaba al naciente colectivo epidemiológico peruano.

Los autores, en el capítulo “Breves apuntes sobre etnografía peruana, la población actual”, hacen un extracto de las ideas de Carlos Enrique Paz Soldán donde remarcan lo siguiente respecto al poblador andino:

Alejado, en cambio, del mundo civilizado por la enorme distancia y obstáculos poderosos; guardando en su territorio más que otra nación americana del sur, una crecida cantidad de elementos pobladores autóctonos, restos del drama de la conquista hispánica, mezclada su cepa racial con todos los desechos de inmigraciones infames y por último, privada de esas corrientes renovadoras de sangre blanca a las cuales debe su progreso buena parte del Nuevo Mundo, el Perú ofrece en estas angustiadas horas de crisis de la vida, en el problema de la raza, el primero y el más grave de todos los problemas nacionales... En mayor número, constituyendo las cuatro quintas partes de la población nacional, está el indio, el sufrido, el triste e indiferente habitante de las cumbres nevadas de los Andes y que sirve además de relleno, digámosle así, para colmar los vacíos de la población urbana y rural de los valles costeros.<sup>30</sup>

Respecto al estado sanitario de este grupo étnico refiere: “Es verdad que epidemias desastrosas le asedian; que la falta total de hábitos de higiene mina su robustez de otrora”. Lorente y Flores concluyen con respecto de la raza blanca e india:

---

29. Cueto, Marcos, “Nationalism, Carrión’s Disease and Medical Geography”, pp. 319-335, 2003.

30. Lorente, Sebastián y Ricardo Flores, *Estudios sobre geografía médica*, p. 59.

Indios y blancos, he aquí las dos riberas que canalizan la corriente racial en nuestro país. Manchándola y dándole pigmentaciones imprevisibles para la Eugénica, están otras razas de activa participación en la dinámica etnográfica.<sup>31</sup>

Al lado de los complejos problemas de la “policromía racial” la mención de una idea de Paz Soldán recoge el viejo diagnóstico de crisis demográfica hecha por Unanue:

Pero al lado de esta policromía, que por sí sola es bastante para tornar pavoroso el problema que estudiamos, hay que señalar así mismo, un segundo factor que presta a la cuestión una gravedad que autorizaría a desesperar del porvenir. Y es la despoblación nacional. Cualquiera que haya estudiado las cifras reales o aproximadas de nuestra población, tendrá que suscribir la afirmación de que el Perú es un suelo sin hombres.<sup>32</sup>

Estas citas de Paz Soldán que aparecen en la obra de Lorente y Flores son significativas en la medida que Lorente era el Director de Salubridad Pública y Flores el Director del Instituto Nacional de Vacuna y Sueroterapia, y que el libro en que aparecían se produce a raíz de una Resolución Suprema firmada por Augusto B. Leguía el 10 de agosto de 1923, en que se demandaba la elaboración de un instrumento para “la mejor orientación del plan sanitario que lleva a cabo el gobierno”.

El consenso respecto al aporte de esta obra en su época fue muy importante, incluso para los sectores ideológicos más progresistas del país. José Carlos Mariátegui establece el siguiente juicio al respecto:

En el prefacio de su libro, los doctores Lorente y Flores Córdova escriben que el panorama médico-social nos presenta en toda su magnitud

---

31. Lorente y Flores, *Estudios sobre geografía médica*, p. 59.

32. *Ibíd.*

y en toda su gravedad nuestro problema sanitario. Su estudio no exagera, en ningún caso, la realidad; tal vez, en alguno, la atenúa. Lo que ensombrece el espíritu cuando se lee este volumen —que ojalá arribara a las manos de todos los que tan fácilmente se equivocan respecto a la jerarquía o a la gradación de los problemas nacionales—, no es el juicio, moderado siempre, de los autores, sino el dato desnudo, la observación objetiva, la constatación anastigmática.<sup>33</sup>

#### 4. Unanue el protoepidemiólogo

La amplitud del sistema que propone Unanue en *Observaciones sobre el clima de Lima* era compatible con los ejes del pensamiento de las elites peruanas de inicios del siglo XX: eugenia, higiene social y un proyecto modernizador. Paz Soldán al hacer un sincretismo entre las corrientes de la higiene clásica y las diversas corrientes de la salud pública europea del siglo XX, encuentra en Unanue la posibilidad de hacer confluír sus postulados con la Medicina social que impulsaba como proyecto de modernización del país. Por ello es que, en la introducción a la reedición de *Observaciones sobre el clima de Lima*, Paz Soldán señala:

Cinco secciones distintas siguen a continuación, dando su materia al libro, que se diría un verdadero tratado de Medicina social, entendida como el estudio del hombre en sus relaciones con los ambientes cósmico, geográfico y social, para conocer las leyes de la adaptación, de la perduración y de la perfección humanas.<sup>34</sup>

El énfasis en lo demográfico aparece más tardíamente dentro de las lecturas que se hicieron del pensamiento de Unanue. Para un grupo de pioneros en la Epidemiología, era más claro establecer una dimensión

---

33. Mariátegui, José Carlos, “El progreso nacional y el capital humano”.

34. Paz Soldán, Carlos Enrique, “Introducción a la quinta edición popular”, 1940.

demográfico-poblacional; en esta línea de análisis era posible una continuidad de desarrollo. Como señalara el médico Alberto Olaechea a comienzos del siglo XX:

Para juzgar mejor nuestra situación de hoy en el asunto de que me ocupo, considero útil estudiar nuestro desarrollo demográfico en el pasado, así como nuestra situación higiénica y asistencial entonces, mediante las opiniones que acerca de su deplorable condición y de los medios de salvarla formuló, con el preclaro talento que lo caracterizaba, el muy ilustre Hipólito Unanue.<sup>35</sup>

A diferencia de Paz Soldán que se centra en *Observaciones sobre el clima de Lima* para caracterizar a un Unanue sociólogo o epidemiólogo social, Olaechea analiza las ideas de Unanue sobre la crisis demográfica peruana, expresadas en su famoso discurso de inauguración del Anfiteatro Anatómico: “Decadencia y restauración del Perú”. Si bien el proceso de desarrollo propuesto por Unanue ya había sido superado por las nuevas corrientes teóricas de la economía política europea,<sup>36</sup> esta visión de los procesos demográficos y su articulación con posibilidades de desarrollo fue muy sugerente para los primeros epidemiólogos peruanos quienes la asumieron explícitamente.

Los primeros epidemiólogos peruanos tuvieron la impronta de la necesidad de alentar el crecimiento demográfico, de una manera similar a lo escrito por Unanue, donde las intervenciones de prevención y control de enfermedades transmisibles estaban orientadas a fomentar el crecimiento demográfico y mejorar las capacidades del capital humano del país. Durante la última etapa de la década de 1930 y a principios de los años cuarenta, se observa la fuerte influencia de estas doctrinas en la concepción de las intervenciones sanitarias, tal como lo expresa Gamio

---

35. Olaechea, Alberto, *Situación de la sanidad y de la asistencia*.

36. Cañizares, Jorge, “La utopía de Hipólito Unanue”, pp. 91-108.

al discutir los aspectos del control de la propagación de la malaria en la costa peruana:

No necesita mayor demostración el hecho de afirmar lo siguiente: el Perú es rico y está despoblado. Sus tierras cultivables esperan el brazo del hombre y del capital honrado. Su riqueza es geográficamente agropecuaria, nada más [...] luego, si el capital humano, el obrero del campo es reducido, al colmo, claro está, que debe ser todo un tema de política científica y de finalidad patriótica: el cuidar paternalmente, científicamente además el factor hombre en la agricultura nacional [...] debemos entonces, no sólo hacer indemne de epidemias y endemias curables a los valles agrícolas de la costa peruana, v. gr., sino también, deben ser finalidad primordial: el centuplicar la capacidad de trabajo muscular e intelectual de cada persona del campo y de la ciudad. He aquí el axioma que debe ser el lema de los patriotas conscientes, de los que proceden con conocimiento de causa.<sup>37</sup>

No es casual que, luego de discutir diversos tópicos relacionados con la distribución de espacios ecológicos y la malaria, el autor concluya con la siguiente opinión respecto de Unanue:

Este preclaro y eminentísimo sabio ariqueño, gloria de la Medicina y letras clásicas del Perú, sigue siendo un valor contemporáneo en grado supremo. Sus artículos, sus observaciones sobre Medicina topográfica, Sociología, Geografía y Filosofía son admirables, profundas, claras, sencillas y desinteresadas. Están animados de un sabio y noble patriotismo, que hace recrear el espíritu con una sola lectura. Tenía el don genial de la previsión.<sup>38</sup>

Un estudio minucioso de la literatura relacionada con Epidemiología y control de enfermedades entre la década de 1930 y la primera

---

37. Gamio, Enrique, "Aspectos sociogeográficos del paludismo", pp. 41-54.

38. *Ibíd.*

mitad de los años cuarenta, nos muestra que está fuertemente marcada por esta idea de asimilación-decodificación de las ideas de Unanue a través de la Medicina Social. Esta decodificación estaba orientada a legitimar, a partir de la obra de Unanue, un discurso epidemiológico fuertemente influenciado por la eugenesia, donde la raza se constituía en una de las categorías fundamentales para explicar la propagación de las enfermedades en el Perú, tal como lo expresa Paz Soldán al manifestar su crítica a las corrientes indigenistas emergentes en la década de 1940:

Para los que consideramos que lo fundamental de la vida de nuestros países es el problema biológico, ligado a lo social y movido por la herencia y el metabolismo, sobre lo que se afirma la cultura, conjunto de fuerzas imponderables a lo que por comodidad del léxico llamamos raza.<sup>39</sup>

Un elemento tradicionalmente soslayado en la historia de la ciencia en el Perú, es la fuerte influencia de la eugenesia, es decir la ciencia del estudio de las características y mejoramiento de los grupos raciales, el cual fue considerado por muchos intelectuales como parte de una visión racional del mundo. La Epidemiología, que se construye en un inicio en el Perú sobre la base a la confluencia de diversas corrientes de pensamiento europeo, utilizó la eugenesia como un factor explicativo de diversos procesos de propagación de enfermedades.<sup>40</sup> De hecho, Paz Soldán fue un importante líder de opinión en el ámbito latinoamericano en el campo de la Eugenesia<sup>41</sup> y, a escala local, forma parte del colectivo que promueve la Primera Jornada Peruana de Eugenesia, realizada

---

39. Paz Soldán, Carlos Enrique, "El Congreso de Indianistas de Pátzcuaro", pp. 142-145, 1940.

40. Paz Soldán, Carlos Enrique, "El factor hombre", pp. 17-28, 1916. Mendoza, Walter y Óscar Martínez, "Las ideas eugenésicas en la creación del Instituto", pp. 55-60.

41. Paz Soldán, Carlos Enrique, "La Eugenesia y sus posibilidades en América", 1934.

en Lima en 1939, donde se hace un puente entre las doctrinas eugenésicas y el pensamiento de Unanue. Paz Soldán se refirió durante el foro a la “tradicación sobre la Raciogénesis de la Escuela Médica peruana”. Una muestra de visión del discurso eugenésico peruano se aprecia en la siguiente cita:<sup>42</sup>

Es muy importante entender también el contexto ideológico cultural que enfrentaron los primeros epidemiólogos peruanos. La Eugenesia era uno de los ejes de las políticas desarrollistas del primer mundo, que buscaba capitalizar las posibilidades de la ciencia en potenciar el desarrollo económico a través de mejoras cuantitativas y cualitativas en la población. La Eugenesia, como una expresión de la “ciencia dura” de inicios del siglo XX, constituyó un horizonte cultural que influyó en la formulación de políticas públicas a escala mundial.<sup>43</sup> No era posible desplegar una mirada a la sociedad desde lo “técnico” sin pasar por la Eugenesia. Sólo en este contexto es posible entender cómo la Eugenesia fue uno de los elementos sobre el cual se levantaron los cimientos del naciente discurso epidemiológico peruano.

## **5. Unanue y el análisis sistémico ecológico a través del clima**

En una última etapa, los discursos epidemiológicos centrados en la construcción de una visión ecológico sistémica de los procesos de propagación reivindican el pensamiento de Unanue a partir de los efectos del clima y el medioambiente en los procesos de propagación de enfermedades. Este énfasis aparece con el médico e historiador Juan B. Lastres, quien comienza a desarrollar un discurso progresivamente menos eugenésico, revelando la riqueza de las descripciones de Unanue de los diferentes espacios ecológico geográficos del país, enfatizando su cercanía al hipocratismo y a los clásicos (Galeno, Celso, Haen, Boerhave,

---

42. Congresos y conferencias. “Primera Jornada Peruana”, pp. 417-418.

43. Barrett, D. y Kurzman, C., “Globalizing Social Movement Theory”, pp. 487-527.

entre otros), estableciendo además una continuidad de pensamiento con Cosme Bueno y otros autores locales.<sup>44</sup> Posteriormente, desarrollos conceptuales como el de Pedro Weiss, terminan de resaltar los aportes de Unanue en términos de descripciones geográficas e influencias del clima eliminando todo componente eugenésico.<sup>45</sup>

## **6. Unanue como posibilidad de construcción de un pensamiento nacional**

Es importante señalar, como lo sostiene Cañizares, que la persistencia del pensamiento de Hipólito Unanue, en torno a diversas interpretaciones, permitió enlazar de manera creativa las influencias ilustradas europeas modernas con los prejuicios ideológicos y sociales de las elites del país, además de lograr articular una visión de futuro que perduró bajo diferentes máscaras en el desarrollo posterior de la sociedad peruana durante los siglos XIX y XX.<sup>46</sup> Durante la primera mitad del siglo XX, el discurso epidemiológico fue parte de la reflexión de las elites peruanas en torno a los problemas de desarrollo de un proyecto nacional que permitiera el crecimiento y modernización del país manteniendo las diferencias estamentales que permitían el control de un Estado y una economía oligárquica. Las primeras generaciones de epidemiólogos tuvieron que moverse en dicho escenario cultural, para lograr legitimidad y poder sensibilizar a los grupos de poder frente a la necesidad de apoyar iniciativas orientadas a la mejoras de salud de la población.<sup>47</sup>

---

44. Lastres, Juan B., *El pensamiento biológico de Unanue*.

45. Weiss, Pedro, "Ecología médica", pp. 3-21; Murillo, Juan Pablo. "La obra de Pedro Weiss", pp. 42-50.

46. Cañizares, Jorge, "La utopía de Hipólito Unanue", pp. 91-108.

47. Valega, J., "La educación sanitaria", pp. 41-44. Un ejemplo de los esfuerzos de los primeros epidemiólogos por promover en las elites acciones sanitarias concretas lo tenemos en la charla que realiza en el Rotary Club de Lima Carlos Enrique Paz Soldán, donde presenta las ventajas de las nuevas propuestas legislativas que obli-

Si bien la evolución del pensamiento de sus principales actores, como Carlos Enrique Paz Soldán, muestra una evolución hacia posiciones eugenésicas más incluyentes,<sup>48</sup> también existieron retrocesos significativos, como las políticas etnocidas desplegadas por el proyecto de nacionalismo autoritario del régimen dictatorial de Manuel A. Odría.<sup>49</sup>

El nacionalismo, como un elemento dinamizador de la construcción de una tradición científica peruana, tuvo dos vertientes: la primera establecida por varios autores, con las patologías nacionales, la verruga peruana y las enfermedades de altura, que estuvieron ligadas a corrientes culturales importantes en la ciencia y cultura local como el Carriónismo y el Indigenismo.<sup>50</sup> La segunda, sin embargo, provenía de las elites y planteaba la posibilidad de construcción de un discurso nacional que integrara nuestro legado colonial con la construcción de un nuevo país y encontraba en Unanue al puente que permitía darle unidad a la imagen del Perú. Tal como lo refiere Lastres al describir su obra:

Exalta las cualidades del americano, en especial del peruano, de la tierra, donde la pródiga naturaleza ha esparcido con largueza sus productos: el Perú en quien reuniendo dos diferentes mundos se ha erigido en un templo digno de su inmensidad. Reclama un Perú ilustrado, pero con un espíritu liberal, cual convenía a un hombre de la Ilustración. Se vale de la Historia, la Geografía, la Etnología y de la naciente Sociología, para dar un perfil definido a América y al hombre americano, en especial a lo peruano. Adquiere el Perú por obra de

---

gaba a los empresarios y terratenientes a financiar un sistema de aseguramiento rural que permitiera el acceso a los trabajadores rurales al tratamiento contra la malaria. Paz Soldán, Carlos Enrique, "Suelo, sangre y salud", pp. 245-248, 1937. Cueto recoge el episodio de un debate entre un agricultor arrocero y Paz Soldán con respecto a la responsabilidad de los propietarios en el control de la malaria en sus haciendas. Cueto, Marcos, *El regreso de las epidemias*, pp. 127-171, 1997.

48. Paz Soldán, Carlos Enrique, *Una doctrina y un templo*, 1959.

49. Melgar, B., "Nacionalismo autoritario", pp. 180-200.

50. Cueto, Marcos, *Excelencia científica en la periferia*, 1989.

este titán del espíritu, una personalidad de [la] que carecía, un sentido de nacionalismo histórico, geográfico y biológico. Al rebatir con decisivos argumentos las débiles tesis de Bufon y De Paw, tiende un arco hacia la exaltación de los valores intrínsecos de lo americano y esto, diríamos, apunta hacia la independencia cultural del Nuevo Mundo. ¿No es esto, me pregunto, un anuncio vigoroso de la libertad de pensar, de formación de una conciencia peruana?<sup>51</sup>

Unanue formó parte de un proceso de construcción de identidad mucho más complejo, que estaba asociado a la formación de una “conciencia peruana”, es decir, a una forma particular de mirar y transformar la realidad. Esta forma sistémica de abordar la complejidad del Perú, es justamente una de las características del desarrollo inicial de la Epidemiología peruana, donde confluyen la Historia, la Geografía, la Sociología, la Antropología y, por qué no decirlo, la Eugenesia.

De otro lado, es importante entender el contexto social donde se construye el discurso epidemiológico peruano. Influyentes médicos epidemiólogos e higienistas, como Graña, Paz Soldán, Lorente y Olaechea, formaban parte de la elite sociocultural de la república oligárquica de la primera mitad del siglo XX y, de la misma manera que Unanue, se vieron en la encrucijada de pensar el futuro y el desarrollo del Perú en medio de una sociedad de castas y de enormes fracturas sociales y culturales. Se observa en sus trabajos similares contradicciones a la de los ilustrados de finales del siglo XVIII, que en la práctica lo único que hacen es expresar los límites de su visión del mundo y del proyecto fundacional de república de las elites criollas. Es importante señalar, que a la distancia es difícil ponderar el compromiso por el país, el inmenso valor y coraje que significó para estos intelectuales médicos impulsar el debate sobre muchos temas que abrieron camino para el desarrollo de políticas públicas orientadas a atender a las mayorías excluidas del país. El estigma conservador y racista que se levantó poste-

---

51. Lastres, Juan B., “El pensamiento científico-natural”, pp. 1-8.

riormente sobre algunos de ellos, específicamente sobre Paz Soldán, parte de una simplificación e incomprensión de las corrientes de pensamiento científico, y de las tradiciones culturales hegemónicas en la ciencia occidental.

La influencia de Unanue en la naciente Epidemiología es compleja y tiene varias dimensiones. Primero, las ideas de Unanue, presentado como Padre de la Medicina y fundador de la República, brindaban legitimidad al discurso médico social de Paz Soldán y al conjunto de salubristas de su generación. Esta legitimidad permitió una importante incidencia de estas ideas, que si bien fueron en un inicio funcionales al proyecto político de las elites, posibilitaron una mirada propia de los procesos de propagación de enfermedades y epidemias. A pesar de la sostenida introducción de concepciones sanitarias provenientes de Europa, en el Perú, las primeras generaciones de epidemiólogos lograron el desarrollo de una mirada propia, sincrética y a la vez original de la Epidemiología, con la certeza de ser parte de una tradición científica nacional. Esta identidad nacional y reconocimiento de la labor de sus antecesores por construir una mirada local, posibilitó en un determinado momento la aparición de diversas corrientes de pensamiento, donde se combinaron distintas disciplinas y le dieron a la Epidemiología del Perú una complejidad y riqueza que permitieron su crecimiento y legitimidad como disciplina, alcanzando su máximo desarrollo en la década de 1950. Es a partir de mediados del siglo XX que se observa una significativa caída de la reflexión epidemiológica peruana, la cual continúa hasta la actualidad, en parte por la forma como el colectivo local se ha ido alejando de la reflexión y del desarrollo de propuestas de cambio alrededor de los problemas y contradicciones propias de la sociedad peruana.

## II

### **LA MEDICINA Y LOS MUERTOS EN LIMA: conflictos sobre la reforma de los entierros y el significado de la piedad católica, 1808-1850**

ADAM WARREN <sup>1</sup>

EN MAYO de 1808, médicos criollos, autoridades eclesiásticas y oficiales del gobierno irrumpieron en nombre de la salud pública, como nunca se había hecho antes, en las prácticas religiosas y en la vida ritual de la cultural y étnicamente diversa población de Lima.<sup>2</sup> Citando una serie de decretos reales emitidos en Madrid y que no eran cumplidos en Lima, y una creciente y novedosa literatura médica sobre los riesgos de continuar permitiendo los entierros al interior de las iglesias, las autoridades virreinales construyeron un cementerio público en los extramuros de la ciudad de Lima. Más aún, demandaron que las prácticas funerarias y los entierros acataran estrictas pautas que fueran acordes con la higiene pública.

Las autoridades virreinales señalaron que la prohibición de realizar entierros dentro del entramado urbano, junto con la construcción del espacioso cementerio ubicado a extramuros de la ciudad, denominado

- 
1. Assistant Professor, Departamento de Historia, Universidad de Washington, Seattle, Estados Unidos.
  2. Este artículo es parte de un proyecto de investigación mayor sobre las políticas de las reformas médicas al final del Virreinato peruano. Esta investigación fue posible gracias al Departamento de Historia de la Universidad de California, San Diego, el Centro para Estudios Ibéricos y Latinoamericanos de la Universidad de California, San Diego, el Junior Faculty Development Award de la Universidad de Washington, y el Keller Fund del Departamento de Historia de la Universidad de Washington.

“el campo santo”, y destinado sobre todo para los sectores populares, libraría a los residentes de Lima de epidemias y enfermedades endémicas, con lo cual se reducirían los altos índices de mortalidad y se promovería el crecimiento poblacional. Entonces se pensaba que los miasmas, aires nocivos que emanaban de los cuerpos de los difuntos y de las materias orgánicas en descomposición, eran los causantes de una serie de males respiratorios por los cuales la ciudad de Lima se había hecho notoria. Asimismo, las autoridades sanitarias y gubernamentales argumentaron que los miasmas habían contaminado las fuentes de aguas en algunos barrios de Lima, lo cual explicaba la tendencia de la población a sufrir de enfermedades gastrointestinales. Tanto las enfermedades respiratorias como las gastrointestinales resultaban en muchos casos fatales o dejaban severamente débiles a quienes lograban sobrevivir. De acuerdo con los médicos criollos, la erradicación de los focos miasmáticos mejoraría notablemente la salud de la población colonial.<sup>3</sup>

El caso del Cementerio General de Lima no fue el primer intento de los médicos criollos y las autoridades gubernamentales por modificar hábitos y prácticas populares. Tampoco fue la primera vez que se había intentado limitar el poder de la Iglesia en cuestiones relativas a la salud,<sup>4</sup> pero fue el intento más osado de todos. Al exigir que los entierros se llevaran a cabo en el cementerio extramuros, los médicos criollos estaban contraviniendo una creencia católica bastante extendida: que el enterrarse dentro o cerca de una iglesia era crucial para facilitar el

---

3. Dichas ideas emergieron primero en Europa y se propagaron luego por el Perú. Los médicos y filósofos naturales coloniales estuvieron bastante influenciados por los trabajos de Hermann Boerhaave.

4. Las reformas médicas en las tres décadas previas a la apertura del cementerio en 1808 incluyeron esfuerzos por modificar costumbres higiénicas urbanas mediante una policía sanitaria, modificar las prácticas de maternidad y partos, promover vacunaciones y experimentar nuevos tratamientos con leprosos. En muchas de estas reformas las autoridades virreinales y los médicos criollos tuvieron que enfrentar la oposición de la Iglesia, especialmente por el control de las instituciones de atención médica y salud.

tránsito del alma del purgatorio hacia el cielo. Los médicos criollos se aliaban así con sectores reformistas de la Iglesia, que renegaban de los males causados por la “piedad” de la época barroca y sus pomposos rituales públicos, promoviendo en su lugar una forma de piedad más individual, íntima y contemplativa que tuviese ceremonias más modestas. Ambos grupos desafiaron la habilidad de las familias más acomodadas de utilizar los funerales y los entierros como una muestra de su estatus social, que no hacían más que reflejar las jerarquías sociales del mundo exterior. Más aún, limitaron los deberes y el poder de los párrocos en la organización de rituales y ceremonias en honor a los difuntos, prohibiendo funerales pomposos y procesiones funerarias, y restringiendo las actividades de los párrocos al nuevo cementerio de la ciudad.

Al atacar las formas tradicionales de religiosidad barroca, que se concentraban en ostentosas demostraciones de piedad, los médicos criollos y los oficiales gubernamentales promovían una reforma que requería que los residentes urbanos y los miembros de la Iglesia replantearan sus percepciones e ideas acerca del tránsito de la vida a la muerte, todo con el objeto de librar a Lima de enfermedades y epidemias.<sup>5</sup>

La prohibición de los entierros en las iglesias y la construcción de un cementerio en la capital del Virreinato peruano han sido consideradas como algunos de los primeros y definitivos éxitos de las políticas borbónicas urbanas y de los médicos criollos reformistas. Asimismo, como el momento en que las prácticas populares sobre los funerales de sus seres queridos, que estaban ligadas a una religión barroca, como los entierros en las iglesias, fueron abandonadas. Al parecer fue un momento de ruptura en la historia médica, social y religiosa de los habitantes de Lima, que se reforzó con la Independencia de 1821. Sin embargo, poca investigación histórica ha analizado el debate alrededor y la controversia de estas medidas, examinándolas como un proceso

---

5. Otros estudios que abordan el tema de la muerte son: Barriga, Irma, “La experiencia de la muerte”, pp. 81-102; Casalino, Carlota, “Higiene pública y piedad ilustrada”, pp. 325-344.

donde, como queremos demostrar, lo que primó fue la tensión y la continuidad. Este artículo se basa en nuevas fuentes primarias para examinar las complejas tramas políticas que se van tejiendo entre los rituales funerarios y la higiene de Lima de 1808; un proceso que revela las respuestas y las resistencias a la implementación de las reformas en las prácticas de los entierros. Una primera sección discute las teorías médicas acerca de las epidemias y las creencias populares acerca de la muerte y “la vida después de la muerte” durante el siglo XVIII. Mi trabajo muestra que la prohibición de realizar entierros al interior de las iglesias en 1808 abrió una caja de Pandora de conflictos y tensiones entre varios sectores de la Iglesia, sectores de la sociedad civil, médicos criollos reformistas y autoridades gubernamentales. Estas complejas tensiones y desarrollos contradictorios persistieron hasta las décadas de 1840 y 1850, a pesar de las importantes transformaciones que ocurrieron en Lima bajo el régimen republicano. Por ejemplo, mientras que la Independencia peruana trajo consigo nuevos ataques sobre la Iglesia; las órdenes religiosas enfatizaron su autonomía en relación con los entierros y buscaron resistir las políticas reformistas de diversa manera para volver a enterrar a los muertos en las iglesias.

En respuesta a las exigencias de adoptar nuevos discursos de republicanismo y contrarreformismo de la piedad jansenista, que enfatizaba la fe y el amor a Dios del individuo como la forma de piedad adecuada y la contrición personal y privada como aspecto fundamental de la penitencia, diferentes sectores de la sociedad limeña defendieron las prácticas funerarias tradicionales e incluso exageraron aún más la pomposidad de los rituales funerarios.<sup>6</sup> De esta manera, retaban y evadían los estrictos requerimientos higiénicos, y los rituales de entierro más

---

6. El jansenismo era producto de un movimiento religioso en Francia inspirado por las obras de Cornelius Jansen, un teólogo holandés del siglo XVII. Según María Giovanna Tomisch, en el jansenismo que llegó a España no bastaba para la absolución de los pecados en el sacramento de la penitencia el temor de las penas eternas, sino en el arrepentimiento sincero, la contrición en el dolor de haber ofendido a Dios, p. 61. Además, existía gran diferencia entre el sentido estrictamente teológico del

sombríos y modestos introducidos en la legislación reformista decretada en Lima en las postrimerías del régimen colonial. En algunos casos, la presión de diversos sectores de la sociedad limeña llevó a la relajación y modificación de las exigencias de higiene pública inicialmente demandadas, con el fin de acomodarse a las prácticas populares. Esta resistencia a las reformas funerarias refleja la persistencia de elementos de la religiosidad barroca, la importancia de los muertos para el mundo de los vivos, y el limitado poder de los médicos criollos reformistas en el Perú republicano de las primeras décadas de su existencia para transformar hábitos y creencias populares acendrados.

### I. Entierros y miasmas

El hecho de que durante el Virreinato los entierros se realizaran dentro de las iglesias significó que los limeños compartieran muchos espacios rituales con los muertos. Esta práctica se justificaba por la convicción de que los individuos que se enterraban más cerca al altar se escapaban del purgatorio y llegaban al cielo más fácilmente. En su estudio sobre las reformas funerarias de Nueva España, Pamela Voekel argumenta que esta práctica proviene de la creencia de que los templos eran espacios sagrados, que el altar era una extensión de la divinidad de Dios, y que los santos representados en dichos espacios actuaban como intermediarios en favor de los muertos. El ser enterrado cerca al altar o cerca de la imagen de un santo no sólo servía como una representación simbólica para que el resto de mortales observara el grado de piedad del difunto, sino también como una forma de enfatizar las virtudes del individuo a

---

jansenismo y su aplicación existencial en España. Se expandió más allá de las ideas fundamentales del movimiento y asumió un carácter jurisdiccionalista, atacando los privilegios del Clero y el poder de El Vaticano. Como consecuencia de estos aspectos teológicos y jurisdiccionalistas, la política del jansenismo tenía que ver con la reforma de los ritos fúnebres pomposos, exagerados y costosos, que supuestamente reflejaban la atrición y no la verdadera contrición; Tomisch, María Giovanna, *El jansenismo en España*.

los ojos de Dios.<sup>7</sup> Una consecuencia no anticipada en estas ideas era que con el mayor número de entierros el hedor de los cadáveres en descomposición se esparcía a través de las iglesias; hedor que incrementaba la humedad al interior de las mismas y que en parte explica el uso del incienso para hacer más respirable el aire entre los feligreses.

A partir de teorías médicas miasmáticas y ejemplos de reformas en la práctica de entierros en Europa, hacia la década de 1790 los médicos criollos y los filósofos limeños empezaron a preocuparse por los peligros que los cuerpos de los fallecidos enterrados en las iglesias estaban ocasionando a los vivos. Asimismo, incorporaron debates de este problema en discusiones mayores acerca de la relación entre el clima, las enfermedades y la higiene pública. Esto es particularmente evidente en el *Mercurio Peruano*, en donde diversos autores demandaron nuevos métodos para enfrentar este problema. Por ejemplo, en junio de 1791, dicha revista empezó a publicar detalles de un panfleto londinense que publicitaba un nuevo invento capaz de mejorar drásticamente la salud pública. Diseñada por William White, esta “máquina de aire” proveería un flujo constante y regulado de aire, y una brisa fresca en espacios cerrados, que de otra manera estarían plagados de un aire impuro y estancado. En la publicidad, los promotores ingleses señalaron que esta máquina sería particularmente útil para expulsar los aires fétidos e infecciosos de buques, minas, hospitales y prisiones. Para los editores del *Mercurio Peruano*, sin embargo, la máquina de aire parecía especialmente prometedora para ventilar las iglesias de la ciudad. Señalaron que de existir una máquina parecida en cada iglesia se podría servir para la malaria (entonces conocida como “terciana”): “[al] expeler los efluvios cadavéricos y pestilenciales que abrigan. Tal vez por este medio nos veríamos libres de la plaga de tercianas que actualmente tiene postrado a medio Lima”.<sup>8</sup>

---

7. Voekel, Pamela, *Alone Before God: The Religious Origins of Modernity in Mexico*, p. 36. Véase también Ariès, Philippe, *The Hour of Our Death*; Reis, João, *Death is a Festival*.

8. “Máquina de aire”, *Mercurio Peruano*, 26 de junio de 1791, p. 132.

Esta preocupación por los olores al interior de las iglesias no sólo era el resultado de la exageración o de un pánico desmedido entre los médicos criollos y los higienistas. Los escritos de galenos influyentes como Hipólito Unanue se basaron en quejas de residentes locales y autoridades de la Iglesia, que a fines de la era virreinal describían los espacios para los entierros en Lima como una “pesadilla olfatoria y sanitaria”.<sup>9</sup> Unanue señaló que tres siglos de entierros católicos habían dejado a la mayoría de iglesias, conventos y hospitales con poco espacio para enterrar más difuntos. El Monasterio de San Francisco, por ejemplo, había tenido que construir un cementerio adicional en 1803 porque su iglesia y osario (o depósito de muertos) estaban repletos.<sup>10</sup> Los fuertes olores dentro de San Francisco y otras iglesias se esparcían a las calles, donde se fusionaban con las pobres condiciones higiénicas, las aguas estancadas, el estiércol y los cadáveres de los animales abandonados originando un terrible hedor. Las autoridades también señalaron que los cadáveres enterrados en las iglesias estaban contaminando el agua, esparciendo enfermedades hacia las residencias privadas a través de las acequias, donde el agua era utilizada para fines domésticos. Una serie de conflictos relacionados con la contaminación del agua emergió en la década de 1790, cuando se empezó a debatir si debían cubrirse las acequias, cavar pozos y construir tanques sépticos. Por ejemplo, existían cuatro pozos en la plaza de San Francisco, que según un documento estaban localizados junto al cementerio y que habían sido construidos antes de erigir el templo, y que cuando se hacía la limpieza de las bóvedas, arrojaban cadáveres.<sup>11</sup> Este hecho fue también notado por la

---

9. Esta sección del artículo se basa en el estudio de Alain Corbin sobre las cambiantes percepciones acerca del olor en Francia. Véase Corbin, Alain, *The Foul and the Fragrant: Odor and the French Social Imaginatio*. Cambridge: Harvard University Press, 1986.

10. Unanue, Hipólito, “Discurso sobre el panteón”, pp. 484-493.

11. Instituto Riva Agüero (IRA), A-I-113. 1792. 15 de febrero de 1796. 19 de enero de 1796. Lima. “Expediente formado acerca de la construcción de un silo sanitario

población. Surgieron muchas quejas de vecinos y autoridades locales que indicaban que los fluidos de los cadáveres de las iglesias estaban emanando hacia las fuentes de agua.

Hacia fines del siglo XVIII, la mayoría de limeños tenía un contacto frecuente con los olores y los peligros de la putrefacción en las iglesias, aunque esto no detuvo los entierros al interior de las mismas. Las fuentes sugieren, sin embargo, que este fue el momento en que los médicos criollos y los discursos de higiene pública empezaron a centrarse en los entierros, la calidad de las aguas que se consumían y los miasmas. Aunque los ejemplos de iglesias “insalubres” eran múltiples, el Monasterio de San Francisco era, al parecer, uno de los más ofensivos. En 1803 Hipólito Unanue escribió que en San Francisco “el pavimento, incluso el presbítero, está lleno de bóvedas y sepulturas, que no bien se cierran, cuando vuelvan a abrirse, para echar los cuerpos recién muertos sobre otros medio podridos”.<sup>12</sup>

El piso de esta iglesia cubría de mala manera alrededor de cuatrocientos cadáveres, lo cual de acuerdo con Unanue constituía un grave riesgo para la salud. Unanue teorizó que, al inhalar el aire infeccioso de los cadáveres en descomposición, se debilitaba la temperatura corporal y sus “fuerzas animales”, causando desmayos, dolores de cabeza y náuseas.<sup>13</sup> También señaló que en algunas ocasiones, los cavadores de tumbas y observadores casuales habían muerto por inhalar el aire que emanaba al abrir las tumbas. Unanue advirtió que las iglesias actuaban como una fuente de pestilencia desde las cuales se esparcían enfermedades mortales, atacando barrios, ciudades y hasta provincias enteras.<sup>14</sup> Según Unanue esto constituía un problema particularmente grave en Lima, pues los

---

en la ciudad de Lima. Incluye diversos documentos relativos al saneamiento de la ciudad”.

12. Unanue, Hipólito, “Discurso sobre el panteón”, p. 486.

13. *Ibíd.*, p. 492.

14. *Ibíd.*, p. 491.

entierros se hacían con poco cuidado y las tumbas solían estar pobremente selladas. Como resultado:

[...] así pasan con libertad los productos de la corrupción y queda infestado el aire de nuestros templos. Las puertas principales de estos caen al oeste, de donde no tenemos vientos [...]. De este modo queda sin renovarse todo lo interior del templo.<sup>15</sup>

Aunque el de San Francisco era probablemente el caso más dramático, otras iglesias y monasterios también sufrían de estos olores y problemas higiénicos hacia el fin de la era virreinal. Esto llevó gradualmente a muchos sectores de la sociedad, no sólo a los médicos, a quejarse por los hedores de estos centros eclesiásticos. En 1807, el párroco de la iglesia de San Marcelo, don Pedro Avilés, envió una carta al arzobispo de Lima pidiéndole dinero para llevar a cabo trabajos de reparación en su iglesia, debido a que se hallaba no solo húmeda sino también pestilente, y en un estado en que los fieles huían y no asistían a los rituales religiosos por el hedor y desaseo.<sup>16</sup> En respuesta a este requerimiento, el padre Matías Maestro, que posteriormente se convirtió en uno de los principales promotores de la construcción del Cementerio General, visitó San Marcelo y escribió un informe en donde relacionaba los inusualmente fuertes olores de la iglesia con la pérdida de agua de una acequia vecina, que humedecía los cadáveres impidiendo su descomposición. Maestro indicó que el “desaseo” general y situación intolerable del templo era producto de la humedad, el crecido número de bóvedas, las prácticas tradicionales de entierro y la pobre infraestructura; y que el remedio para el desaseo general era “enladrillar” con cal todo el pavimento para impedir la filtración de la acequia.<sup>17</sup> La solución que

---

15. *Ibíd.*, p. 491.

16. Archivo Arzobispal de Lima (AAL), Curatos de Lima, Leg. 15, Exp. 4, ffs. 17-18.

17. AAL, *Curatos de Lima*, Leg. 15, Exp. 4, ffs. 17-18.

proponía, sin embargo, no buscaba enmendar el problema de la provisión de agua, sino que apuntaba a disminuir el hedor mediante el uso de superficies menos porosas.

La plaza principal de Lima, la Plaza Mayor, tampoco estaba exenta de los terribles olores ocasionados por entierros pobremente ejecutados. Reconstruida después del terremoto de 1746, la Catedral se convirtió en un lugar de entierro no sólo para los eclesiásticos y los ciudadanos más distinguidos de Lima sino también para parte de la población menos privilegiada. El Patio de los Naranjos, ubicado entre la Catedral y el Palacio Arzobispal, se convirtió en el lugar de entierro de prisioneros, mendigos y los más pobres de la ciudad, cuyos cuerpos inertes eran abandonados en la Catedral por los familiares que no podían afrontar los gastos del entierro. En un informe anónimo guardado en el Archivo del Arzobispado de Lima, un residente se preguntaba cómo podía el arzobispo aguantar el hedor que emanaba de tantos cuerpos de los fallecidos enterrados en un espacio tan pequeño.<sup>18</sup> Probablemente un párroco, también remarcó que los malos olores de los cadáveres y la humedad desalentaban la devoción, dada la cercanía del cementerio a la Capilla de la Purísima Concepción.<sup>19</sup> Los miasmas también se esparcían desde el improvisado cementerio a la sacristía de la Catedral y al mercado de la Plaza Mayor, donde los residentes se quejaban de una atmósfera fétida.

Finalmente, los espacios para los entierros dentro de los hospitales de Lima también eran frecuentes y resultaban tan desagradables para el olfato como los de las parroquias o el de la Catedral. Una forma que tenían los hospitales de recaudar ingresos era mediante la provisión de

---

18. AAL, *Entierros y sepulturas*, Legajo 3, Exp. 49. También catalogado como *Fábrica*, Legajo 6, Exp. 58. Aunque esta es muy probablemente una carta al arzobispo, las condiciones del documento y la forma cómo ha sido catalogado no permiten afirmarlo con absoluta certeza.

19. AAL, *Entierros y sepulturas*, Legajo 3, Exp. 49.

servicios funerarios y entierros dentro de sus capillas, y a lo largo del período virreinal se mantuvieron como espacios de entierro populares para los limeños en general.<sup>20</sup> El Hospital de San Bartolomé, por ejemplo, se convirtió en un espacio de entierro para esclavos, cuyos amos o los abandonaban en el hospital a punto de morir o dejaban sus cadáveres en las calles aledañas al mismo.<sup>21</sup> San Bartolomé y otros hospitales también actuaron como cementerios para los limeños más pobres, cuyos cadáveres eran recurrentemente abandonados en sus puertas. Dada la pobre ventilación de los hospitales, los olores que emanaban de sus capillas se estancaban junto con los olores provenientes de las salas de tratamiento de los enfermos, algo que causaba pánico entre los médicos, pues se pensaba que los miasmas podían afectar también a los pacientes que se hallaban recuperándose o incluso esparcirse por los barrios aledaños.

En algunos casos, las autoridades intentaron construir edificios separados para aislar a los cadáveres de los pacientes, pensando que de esta manera evitarían la propagación de enfermedades. Este fue el caso del Hospital de San Lázaro, donde las autoridades añadieron una estructura adicional al edificio. En 1782, el arzobispo de Lima don Juan Domingo Gonzales de la Reguera visitó el hospital y lo describió como un “enterratorio con puerta a la parroquia con que se preserva a la iglesia de la fetidez por los muchos que allí se han enterrado”.<sup>22</sup> Sin

---

20. Registros incompletos de entierros, costos de entierros y servicios funerarios en hospitales se encuentran en AAL, *Hospitales*, Legajo 4, Expedientes 11, 12, 13, 16; Legajo 5, Expedientes 2, 4. Disputas entre párrocos sobre quien tenía derecho a realizar funerales en los hospitales pueden verse en AAL, *Hospitales*, Legajo 5, Expediente 1.

21. Dichas prácticas llevaron a numerosas disputas legales. Véase AAL, *Hospitales*, Legajo 5, Expedientes 7, 9.

22. Archivo General de Indias (AGI) Audiencia de Lima 908, “Relación diaria de la visita de esta diócesis de Lima que hizo su Arzobispo Don Juan Domingo González de la Requera, y la empezó el día 1 de mayo de 1782 [...]”.

embargo, continuaron los temores acerca de los hospitales como espacios donde los enfermos se enfermaban aún más. Esto reforzaba el argumento de que la higiene podía mejorar las condiciones de la población en general si los muertos eran separados de los vivos. Para lograrlo, no obstante, era necesaria la construcción de un cementerio espacioso y bien ventilado, que se convirtiera en un símbolo de higiene urbana y progreso, y en una herramienta para las reformas médicas.

## 2. Inaugurando el cementerio

El Cementerio General de Lima se inauguró el 31 de mayo de 1808, 19 años después que el primer decreto real llegara a Lima desde España prohibiendo los entierros al interior de las iglesias y ordenando la construcción de un cementerio extramuros, es decir, ubicado fuera de los muros de la ciudad. Cuando llegó a Lima, el decreto original de 1789 sólo llevó a la compilación de un expediente, mas no a la elaboración de planes concretos para su construcción. Decretos reales posteriores, de 1803 y 1804 que reforzaban la decisión tomada en Madrid con respecto a la prohibición de los cementerios eclesiásticos, tampoco tuvieron mucho efecto.

En realidad, el cementerio neoclásico de Lima, construido sobre una colina a extramuros de la ciudad, no fue tanto una consecuencia de la presión que llegaba desde España, sino más bien una respuesta a las intensas campañas y a la influencia política que médicos reformistas criollos como Hipólito Unanue, Pedro Belomo y José Manuel Dávalos ejercieron sobre el recientemente nombrado virrey José Fernando de Abascal y Sousa. Particularmente influyente fue la publicación del estudio médico-climatológico de Unanue, *Observaciones sobre el clima de Lima y sus influencias en los seres organizados, en especial los hombres*, que demandaba de los gobernantes una mayor atención hacia los reclamos de los médicos. Durante su inauguración se proclamó que el Cementerio General representaba el largamente esperado triunfo del movimiento higienista criollo y “[...] el principio sólido del buen

orden político y económico, para la salud, y beneficio público en todos sus ramos”.<sup>23</sup>

La legislación respecto a las operaciones diarias del cementerio y las prácticas funerarias buscaba asegurar que la ciudad quedara libre de los temidos miasmas. El *Reglamento provisional*, elaborado por el virrey Abascal y el arzobispo Bartolomé de las Heras, con el apoyo de Hipólito Unanue, prohibía todo entierro al interior de las iglesias a partir del día anterior a la apertura del cementerio, y ordenaba la destrucción o la inhabilitación de los espacios para los entierros que existían en las iglesias, con el fin de prevenir posibles faltas a las nuevas ordenanzas.<sup>24</sup> Abascal y Las Heras exigieron que toda señal al interior de los templos indicando las funciones previas de dichos espacios fueran removidas, y demandaron a las autoridades inspeccionar todas las iglesias de la ciudad en los quince días siguientes a la prohibición para verificar que no se realizaran entierros clandestinos. Cualquier intento de realizar un entierro dentro de una iglesia sería castigado con una multa de cincuenta pesos. Abascal y Las Heras también demandaron al protomédico que tomara precauciones para prevenir la propagación de infecciones a partir de las tumbas ya existentes en las iglesias.<sup>25</sup>

---

23. Biblioteca Nacional del Perú (BNP), X718 D44, *Relación de la apertura y solemne bendición del nuevo camposanto de esta ciudad de Lima, que se verificó el día 31 de mayo de 1808*. Lima: Imp. de la Casa Real de Niños Expósitos, 1808.

24. En comparación con sus predecesores, Abascal y Las Heras fueron especialmente activos en reformar prácticas médicas e implementar reformas de higiene pública. Abascal, por ejemplo, colaboró con varias medidas destinadas a reestructurar la enseñanza médica en San Marcos, fundó una nueva escuela de Medicina, reformó hospitales y mejoró las condiciones higiénicas de la ciudad. De igual manera, Las Heras colaboró con diversos esfuerzos médicos y fue uno de los más entusiastas en la reforma funeraria dentro de la Iglesia.

25. AAL, Cementerio General, Leg. I, Exp. 34, “Reglamento provisional acordado por el excmo. señor don José Fernando de Abascal y Sousa, Virrey y Capitán General del Perú, con el Ilmo. Señor doctor don Bartolomé María de las Heras, dignísimo Arzobispo de esta santa Iglesia, para la apertura del Cementerio General de esta ciudad”. Lima: Real Casa de Niños Expósitos, 1808.

Además de restringir los entierros en las parroquias y ordenar la destrucción de los cementerios en las iglesias, en el *Reglamento provisional* Abascal y Las Heras diseñaron un sofisticado sistema para transportar de forma higiénica los cadáveres desde las iglesias y los hospitales hacia el cementerio extramuros. La intención era dismantelar las tradicionales prácticas funerarias que exponían a los presentes a los miasmas que emanaban de los cadáveres. Ordenaron a las autoridades enterrar los cadáveres un día después de la muerte de los individuos y permitir que se realice un transporte público solo desde la casa del difunto hasta la parroquia, donde una carroza funeraria lo recogería para llevarlo al cementerio.

Con el fin de prevenir la producción y propagación de miasmas bajo el a veces caluroso cielo del día limeño, el *Reglamento* establecía que los conductores de las carrozas funerarias recogieran los cuerpos de los fallecidos de las parroquias poco después del amanecer; más exactamente a las seis de la mañana. Los conductores entrarían a la ciudad una segunda vez a las 5:30 de la tarde durante el invierno y a las 6 de la tarde durante el verano, para recoger los cadáveres de aquellos que fallecían en los hospitales. Asimismo, Abascal y Las Heras ordenaron a los conductores a cubrir y luego encerrar los cuerpos dentro de las carrozas, transportarlos discretamente al cementerio y evitar las calles y plazas más concurridas. Más aún, solicitaron a los conductores que siguieran una ruta previamente establecida para minimizar que los olores de los cadáveres pudiesen causar daño alguno a la salud pública. Esta ruta recorría calles paralelas a la calle de la Barranca en las afueras de la ciudad hasta llegar al Martinete. Posteriormente había que cruzar el Patio del Martinete y seguir por fuera de las murallas de la ciudad hasta llegar a la Portada de Maravillas y, finalmente, a la entrada principal del cementerio. Basándose en los consejos de Unanue, Abascal y Las Heras consideraron que de esta manera los miasmas que emanaban de los cadáveres en descomposición serían contenidos en las afueras de Lima por las murallas de la ciudad o serían alejados de los habitantes de la capital por las brisas del río Rímac.<sup>26</sup>

Las informaciones sobre la inauguración del cementerio registran el éxito de su establecimiento como un símbolo de renovación urbana, de progreso en la salud pública, y del establecimiento de costumbres más simples y contemplativas. Asimismo, las autoridades gubernamentales celebraron a través de laudatorios discursos los beneficios sanitarios para aquellos que atendían las iglesias, declarando de esta reforma un triunfo sobre los aires pestilentes y la preocupante mortalidad de la población. En uno de estos documentos, una autoridad gubernamental señaló que: “[...] no sean más nuestros templos y hospitales los palacios de la muerte. En el santuario del DIOS VIVO, solo se sienta el olor agradable del incienso; y del bálsamo salúfero en las casas de piedad”.<sup>27</sup> Los médicos criollos, las autoridades eclesiásticas y las autoridades gubernamentales estaban convencidos de que el Cementerio General ofrecía una renovación espiritual, física y sanitaria para los creyentes limeños, al separar a los vivos de los venenosos “vapores miasmáticos” de los muertos. La construcción del Cementerio General también contribuiría a la mejora de la salud de la población colonial en general.

### 3. Funerales, entierros y la vida ritual limeña

Si en teoría los médicos reformistas estaban convencidos que podían disminuir las tasas de mortalidad mediante el control de las prácticas funerarias y la erradicación de los focos miasmáticos en Lima, en la práctica la implementación de dichas medidas resultó sumamente difícil. Esto se debió principalmente a que los funerales y entierros constituían una actividad sumamente importante y planificada de la población, que incluía una serie de ritos destinados a reforzar la importancia que tenían entonces los muertos en el mundo de los vivos. La mayoría de

---

26. Abascal, “Reglamento provisional”.

27. BNP X718 D44. *Descripción del cementerio mandado erigir en la ciudad de Lima, por el Excmo. Señor Don José Fernando de Abascal y Sousa, Virrey y Capitán General del Perú*. Lima: Casa Real de Niños Expósitos, 1808.

limeños compartía una noción que podemos denominar de “buena muerte” que requería que los entierros se realizaran dentro de las iglesias, algo que se oponía a los nuevos conceptos básicos de higiene pública promovidos por los médicos criollos.<sup>28</sup>

Basado en la religiosidad barroca, para la mayoría de limeños el ideal de la “buena muerte” involucraba una sofisticada preparación del cadáver, funerales ostentosos, procesiones que podían tardar días pero que debían estar acompañadas por el cuerpo en descomposición, y sentidas y prolongadas muestras de dolor. Para los médicos criollos reformistas tanto el extendido contacto que los presentes tenían con el cadáver, como los entierros en parroquias pobremente ventiladas, eran causas de gran alarma. Los ciudadanos de Lima, por otro lado, se mostraron reacios a abandonar sus tradicionales rituales funerarios y a adoptar las nuevas formas de entender la higiene y la piedad que emergieron a lo largo del siglo XVIII e inicios del siglo XIX.

Los ritos funerarios eran tradicionalmente el centro de una intensa preocupación y demandaban un largo planeamiento entre los limeños que se acercaban a su muerte. Aquellos con los medios suficientes para plasmar por escrito sus planes, solían dejar detalladas indicaciones para la disposición de sus cuerpos y sus almas, demandando arreglos funerarios cuidadosamente orquestados. Como si fueran un reflejo de la naturaleza piadosa del individuo fallecido, la celebración de funerales ostentosos debía facilitar el tránsito de su alma al cielo. Otras medidas

---

28. Me baso en los estudios de João Reis realizados en El Salvador, Bahía, sobre la idea de la “buena muerte”. Reis muestra como tanto las creencias africanas como portuguesas sobre la muerte ponían mucho énfasis en el ritual funerario. Reis utilizó las nociones de “muerte domesticada” de Ariès y “muerte barroca” de Vöelle, pero enfatizó que en Bahía las creencias sobre la muerte no podían limitarse únicamente a estas categorías. Describió el ideal de la “buena muerte” en Bahía como “caracterizada por una extraordinaria movilización ritual, acorde con las tradiciones religiosas africanas y el catolicismo, que enfatizaba las expresiones externas de fe: pomposidad, festivas procesiones y sofisticados altares”. Reis, João, *Death is a Festival*, pp. 68-69.

tomadas para asegurar el rápido tránsito del purgatorio al cielo fueron la compra de indulgencias y la celebración de misas.

Asimismo, muchos de los testamentarios dejaban instrucciones detalladas sobre cómo debían prepararse sus cuerpos para el entierro. Antes que percibir el cadáver como una potencial amenaza sanitaria, pensaban que el adornarse con símbolos materiales de piedad y devoción elevaría su naturaleza virtuosa ante los ojos de Dios. Comentarios marginales en los testamentos, escritos por los familiares del difunto, muestran como las peticiones elaboradas para adornar los cadáveres a veces escapaban a las estipulaciones del testamentario. Por ejemplo, al dejar en su testamento tres florines y medio para ayudar “[...] a los niños que se mantenían cautivos bajo el poder de los moros”, doña Gregoria Sánchez Cosío requirió en 1770 ser enterrada en la iglesia de La Recolectión vistiendo el hábito de San Francisco. El uso de la vestimenta franciscana era una tradición ibérica que se remontaba a la Edad Media.<sup>29</sup> En su entierro, sin embargo, el cuerpo de Sánchez fue decorado con un ángel con el hábito franciscano, una hoja de palma, y una corona puesta en su cabeza para indicar la ausencia de pecado. Mas aún, durante el funeral su cuerpo fue cubierto con una manta negra de terciopelo y rodeada de ocho velas de cera en una mesa, y finalmente fue enterrada en el Monasterio de San Agustín.<sup>30</sup>

---

29. De acuerdo con João Reis San Francisco ocupaba un lugar especial en la escatología cristiana y era recurrentemente representado en trabajos artísticos rescatando las almas del purgatorio. Más aún, Reis señala que siendo un santo que abandonó la lujuriosa vida propia del hijo de un comerciante para vivir en pobreza, San Francisco representaba la simplicidad cristiana, una actitud que ayudaba a las personas a enfrentarse a la muerte”, Reis, João, *Death is a Festival*, p. 94. Entonces se pensaba que el uso de hábitos en los entierros llamaría la atención de Dios y alentaría su intervención en los pedidos que uno le hiciera. Los hábitos franciscanos eran especialmente populares porque además de ser un poderoso aliado, el hábito franciscano propiamente bendecido por las autoridades locales ofrecía a su portador un indulto no especificado contra los tormentos del purgatorio. Voekel, Pamela, *Alone Before God*, p. 33.

30. Archivo General de la Nación (AGN), *Protocolos notariales*, 526, José de la Hermosa.

En el caso de las familias de clases sociales altas, el ritual de preparación del cadáver era seguido por una procesión desde la casa del difunto hasta la iglesia o capilla donde el entierro se llevaba a cabo. Como un reflejo de las importantes formas externas de la piedad barroca, dichas procesiones variaban en su pomposidad pero usualmente incluían el traslado del cuerpo en un ataúd abierto durante varios días después de ocurrido el deceso. En un espectáculo impactante el cadáver era acompañado por la cruz de la parroquia, el párroco, religiosos, miembros de la familia, esclavos, y algunas mujeres que eran contratadas como lloronas y planideras. Dichos funerales eran usualmente organizados por cofradías, que como las asociaciones de caridad y las hermandades, se habían convertido en importantes actores en la vida social limeña durante el período colonial, principalmente en la organización de rituales y ceremonias piadosas en la capital.<sup>31</sup> Las hermandades llevaban a cabo una misa en la iglesia con el párroco quien la presidía, y con miembros de la familia presentes. Posteriormente enterraban el cadáver en un sector de la iglesia que la cofradía había comprado y separado. El más suntuoso de estos espacios en Lima pertenecía a la Cofradía del Rosario de Españoles que, de acuerdo con Manuel Atanasio Fuentes, un notable escritor y una figura política destacada en las décadas de 1840 y 1850, poseía un lujoso altar en el Monasterio de Santo Domingo.<sup>32</sup> Otros espacios, sin embargo, estaban lejos de ser modestos en su decoración.

Todo indica que durante el siglo XVIII y comienzos del siglo XIX, los rituales funerarios en Lima, para aquellos grupos y familias con suficientes recursos, se habían transformado en representaciones sofisticadas donde enfatizar el estatus social del difunto era más importante que aquello que los modernos partidarios de las ideas jansenistas consideraban una “verdadera piedad religiosa”. Por ejemplo, Manuel Atanasio Fuentes criticaba los funerales, entierros y rituales de luto

---

31. Voekel, Pamela, *Alone Before God*, p. 28.

32. Fuentes, Manuel Atanasio, *Estadística general de Lima*. Lima: Tipografía Nacional de M. N. Corpancho, por J. H. del Campo, 1858.

barrocos como asuntos fuera de lo normal que no eran más que la representación de una falsa piedad. Fuentes argumentó que en el pasado:

[...] no solo se habían introducido actos de etiqueta que llegaban al último punto de lo ridículo, sino que podía decirse que bajo el lúgubre aparato de una melancolía más o menos fingida, se ultrajaba la memoria de la persona misma en cuyo recuerdo se lanzaban hondos suspiros y se vertían abundantes lágrimas.<sup>33</sup>

De acuerdo con Fuentes, los cortejos fúnebres en este período estaban compuestos por una multitud de religiosos, amigos y vecinos ilustres, y por una gran cantidad de curiosos que cargaban velas y seguían la procesión hacia la iglesia para el funeral. Los curiosos y algunos asistentes, ya sean conocidos por las familias dolientes o indiferentes a las mismas, no dejaban de hacer comentarios piadosos acerca de la vida del difunto y del perdón divino de sus pecados. Estas observaciones muestran cómo las procesiones funerarias siguieron siendo una actividad central en la vida urbana y un espectáculo público importante en las primeras décadas de la República.

Más allá de las elites, las prácticas funerarias y los entierros de otros sectores de la población también reflejaban la posición social y étnica de los difuntos y sus familias. Las cofradías y las hermandades que se encargaban de organizar los rituales funerarios también se ocupaban de mostrar la clase social y la “raza” a la que pertenecían los difuntos, de manera tal que no por el hecho de no pertenecer a una clase privilegiada se pusiese en duda la piedad de los pobres o de los que no eran blancos. Las cofradías constituyeron además el actor clave que obstaculizó la implementación de las reformas sanitarias en materia de entierros. Entre estas se encontraban las cofradías de Rosario de Españoles, la más elitista, La Soledad, Nuestra Señora de Aranzazu, La O, La Purísima Concepción, Nuestra Señora de las Mercedes, Santísimo Sacramento,

---

33. Fuentes, Manuel Atanasio, *Lima: apuntes históricos*.

Nuestro Amo, Nuestra Señora de Loreto, Virgen de la Consolación de Utrera, Rosario de Pardos, y Rosario de Naturales.<sup>34</sup> Existían también cofradías exclusivamente para los indígenas, entre las que estaban: Nuestra Señora de la Candelaria, Arcángel San Miguel, Virgen de Copacabana, Niño Jesús, Nuestro Padre San José y San Agotón.

Había también cofradías exclusivas para la población negra. Las cofradías afroperuanas, sin embargo, eran únicas en el sentido que estaban organizadas tanto por el concepto de casta como por el de nación. La “nación” del esclavo dependía del puerto del que habían partido sus antepasados. Estas cofradías se repartían entre varias iglesias, conventos y monasterios. Los esclavos bozales integraban dieciséis congregaciones con el título de cofradía, distribuidos alrededor de los diferentes barrios de la ciudad, entre las que estaban: Terranovas, Lucumés, Mondongos, Minas, Cabundan, Carabalíes, Cangaes, Chalas, Huarochirís, Congos y Musanga.<sup>35</sup> Mientras Huarochirí y Terranovas eran denominaciones de identificación surgidos en el Nuevo Mundo, los otros nombres claramente provenían de regiones de África.<sup>36</sup>

Hacia fines del siglo XVIII e inicios del siglo XIX, los rituales funerarios barrocos no mostraban ningún signo de desaparecer. Su prolongada duración, así como la crítica a la persistencia de la exposición pública del cadáver en los ritos funerarios, se convirtieron en caballos de batalla centrales de los médicos criollos reformistas. Su oposición a las prácticas populares fue particularmente intensa en el caso de rituales que combinaban el catolicismo barroco con otras prácticas culturales.

---

34. Sociedad de Beneficencia Pública de Lima Metropolitana (SBPLM), “Índice de documentos de la Sociedad de Beneficencia Pública de Lima Metropolitana”.

35. Archivo del Museo Naval, Madrid (AMNM), ms. 119, fs. 105-129, Doc 4 (7), “Apuntes instructivos de Ambrosio Cerdán y Pontero, respondiendo a las preguntas de Malaspina. Descripción general de Lima”.

36. Mientras que “Terranova” hacía alusión a uno de los puertos de entrada de esclavos bozales en América, no es claro para los especialistas la relación entre “Huarochirí” y los esclavos bozales.

Un administrador español que había residido en las Américas por catorce años a fines del siglo XVIII, Ambrosio Cerdán y Pontero, nos ofrece una de las más detalladas descripciones del rol de las cofradías negras, blancas y mulatas en la organización de los rituales funerarios y los entierros en el período final del Virreinato peruano. Previamente hay que explicar que en el caso de la población afroperuana, las preparaciones para los rituales funerarios y los entierros variaban considerablemente, pero por lo general se fusionaban rituales católicos con prácticas africanas al momento de enterrar el cuerpo de un difunto. En 1790 Cerdán y Pontero escribió un informe que intentaba explicar qué pensaban estas poblaciones acerca de la muerte, y cómo organizaban y practicaban sus rituales funerarios.<sup>37</sup> Su informe sugiere que los afroperuanos creían que las personas recién fallecidas vivían en un estado semianimado, liminal o transitorio; una creencia que hizo más difícil aceptar las reformas introducidas por los médicos criollos y las autoridades eclesiásticas y gubernamentales.

Cuando un afroperuano de estatus privilegiado fallecía, ya sea un caporal, un miembro de la hermandad conocida como Veinticuatro, o alguna de sus esposas, el cadáver era usualmente llevado a la casa de su hermandad, donde los miembros organizaban una vigilia. Se colocaba el cuerpo del difunto en el centro del cuarto y en cada esquina del mismo se colocaban velas en candelabros de arcilla, junto con pequeños platos de arcilla. Luego con una tasa alimentaban el cadáver con mate, guarapo o aguardiente. Cuando se convencían que el cadáver había tomado un poco, y sin ningún temor hacia la posible propagación de enfermedades, se pasaba luego la taza a la viuda, a los miembros de la familia, y a todos los presentes para que tomaran un sorbo de la misma. El paso de la taza de la boca del cadáver al resto de personas presentes era

---

37. AMNM, ms. I19, fs. I05-I29, Doc 4 (7), "Apuntes instructivos de Ambrosio Cerdán y Pontero, respondiendo a las preguntas de Malaspina. Descripción general de Lima".

organizado como una manera de demostrar el grado de proximidad con el difunto y la edad relativa de los que atendían la ceremonia, puesto que los mayores eran los primeros que tomaban.<sup>38</sup>

Describiendo este mismo ritual y añadiendo un comentario cínico y denigrante de los afroperuanos, así como a su potencial asimilación cultural, un colaborador del *Mercurio Peruano* presentó sus costumbres como desviaciones africanas del ideal católico español. Este colaborador encontró que cuando moría un caporal o un miembro de los Veinticuatro, o alguna de sus esposas, los presentes organizaban una vigilia que demostraba “que el bozal no muda de corazón como de país; pues mantiene entre nosotros, y oculta hasta el sepulcro, su superstición y su idolatría”.<sup>39</sup> El colaborador del *Mercurio Peruano* ofrece otras descripciones interesantes sobre este tipo de rituales. El cuerpo de la persona fallecida era colocado en un féretro y los hijos del difunto se sentaban al pie del féretro, mientras que el resto de los familiares se sentaban a los costados, “apostrofando de tiempo en tiempo al cadáver”.<sup>40</sup> Otros de los presentes circulaban alrededor del féretro saltando y bailando, “parándose algunas veces para murmurar en voz baja algunas preces según su idioma nativo y sus ritos”.<sup>41</sup>

Las descripciones sobre el consumo de alcohol con el muerto confirman lo señalado por Cerdán y Pontero, y demuestran que las comunidades afroperuanas no tenían al contacto con el cadáver de un pariente en descomposición. El autor escribió:

---

38. AMNM, ms. 119, fs. 105-129, Doc 4 (7), “Apuntes instructivos de Ambrosio Cerdán y Pontero, respondiendo a las preguntas de Malaspina. Descripción general de Lima”.

39. “Idea de las congregaciones públicas de los negros bozales”, *Mercurio Peruano*, 16 y 19 de junio de 1791, p. 123.

40. *Ibidem*.

41. *Ibidem*.

[...] antes de beber, arriman la copa llena a la boca del cadáver, y le dirigen una larga conversación como para convidarle: supuesta su libación, pasan el mismo recipiente a los dolientes más inmediatos, y de estos se trasmite hasta el último, guardada siempre la misma escrupulosidad en la preferencia, según el rango de antigüedad de cada uno. Al fin bebiendo, cantando y bailando, acaban esta función que habían empezado con seriedad y con llanto.<sup>42</sup>

Reflexionando acerca de tales prácticas, el autor del artículo enfatizaba tanto una visión peyorativa hacia la población afroperuana como una crítica general hacia las formas externas y exageradas del luto que se practicaban en Lima.

Mientras que los afroperuanos más pobres eran usualmente enterrados en la tierra de los cementerios o en los camposantos menos formales o abandonados en la calle, los afroperuanos más prósperos podían ser enterrados en parroquias, conventos, monasterios o en el hospital de su elección. Lamentablemente, el informe de Cerdán y Pontero no esclarece cuáles eran las distinciones propias de la jerarquía entre esclavos, libertos y castas, o sobre las formas en que estas distinciones influenciaban en las prácticas funerarias y los entierros. Sabemos, sin embargo, que en el caso de la muerte de un esclavo “rey” o una esclava “reina” en la ciudad de Lima, es decir que eran reconocidos como la máxima autoridad de sus “naciones”, se llevaban a cabo procesiones masivas que involucraban a todas las hermandades religiosas afroperuanas. Dichas procesiones eran atendidas por un importante número de personas, a pesar de los esfuerzos de los médicos criollos por disminuir la concurrencia apelando a la amenaza sanitaria que representaban.<sup>43</sup>

---

42. “Idea de las congregaciones públicas de los negros bozales”, *Mercurio Peruano*, 16 y 19 de junio de 1791, p. 124.

43. AMNM, ms. 119, fs. 105-129, Doc 4 (7), “Apuntes instructivos de Ambrosio Cerdán y Pontero, respondiendo a las preguntas de Malaspina. Descripción general de Lima”.

Es claro que las poblaciones afroperuanas claramente empleaban rituales diferentes a los de la población blanca limeña. Sin embargo, ambos grupos coincidían en el uso de formas propias del ritual barroco, tal como el uso de formas externas y extremas de piedad, el énfasis en el contacto con el cadáver y la importancia de los entierros al interior de las iglesias para permitir que el difunto disfrutara de su vida después de la muerte. Las prácticas funerarias constituían rituales vitales para reforzar identidades comunales y sociales, y jugaban un papel en la organización de la vida social y religiosa limeña. Asimismo, a comienzos del período republicano les daban mayor poder a los párrocos e impedían la secularización del naciente Estado peruano. A pesar de los prolongados esfuerzos por controlar y regular los rituales funerarios, estos probaron ser un tema de recurrente conflicto entre los sectores populares y un Estado modernizador que quería pero no podía modificar la actitud y las prácticas de los habitantes de la ciudad con respecto a la muerte, siguiendo los modernos preceptos de la higiene.

#### **4. Restricciones en las prácticas funerarias y los entierros**

Los intentos por modificar los rituales funerarios no surgieron con los higienistas de fines del siglo XVIII. Sin embargo, los esfuerzos anteriores que se dieron en Lima a lo largo de este siglo se habían enfocado en la necesidad de mantener el orden popular, controlar el comportamiento de los párrocos y evitar la desviación de los rituales católicos tradicionales. Esto sugiere que una variedad de prácticas rituales locales había surgido durante este tiempo. Los reformistas creían que dichas desviaciones del protocolo católico tradicional llevarían al caos, al desorden, a una fe impura entre los espectadores y los participantes, y a la recurrencia de epidemias, por no mencionar las impías muestras de riqueza material. En noviembre de 1715, por ejemplo, el arzobispo Antonio de Soloaga ordenó a los párrocos no utilizar tan libremente la cruz de la parroquia en funerales o entierros. Soloaga notó con disgusto “[...] la relajación de llevar los sacristanes de las parroquias solos y

sin el acompañamiento debido las cruces a los entierros por las calles públicas con notoria indecencia y escándalo del estado secular”.<sup>44</sup>

Para Soloaga, y de acuerdo con el ritual católico romano, los párrocos debían estar acompañados por otros religiosos formalmente escoltando la cruz “desde que sale de la iglesia hasta que a ella vuelve”.<sup>45</sup> Soloaga se sentía incómodo por los casos en que los párrocos transportaban solos a pie la cruz de la parroquia hasta la casa del difunto. También notó que en algunos casos los párrocos viajaban en carrozas durante las procesiones, nuevamente violando la ley católica, dando pie a posibles excomuniones.<sup>46</sup>

Curas de la Catedral de Lima y de las parroquias de San Sebastián, San Marcelo y Santa Ana firmaron declaraciones en 1715 donde prometían seguir las órdenes de Soloaga. Sin embargo, un año después, uno de los subordinados de Soloaga tuvo que tomar medidas adicionales para frenar la práctica de procesiones funerarias irregulares en los monasterios de Santo Domingo y San Francisco. Notó que antes de proceder a los entierros en dichos monasterios se realizase un interesante acto coreográfico que se suponía iba a dar orden:

[...] salgan los cuerpos difuntos por la plazuela haciendo pausas en distinto número de postas puestas para este efecto contra el estilo y práctica que se habrá estilado de que se sigue la grave molestia causada a los que asisten.<sup>47</sup>

---

44. Archivo del Cabildo Metropolitano de Lima (ACML), Serie B: Cédulas Reales y Correspondencias, n.º 2, f. 299-300, Lima, 11 de noviembre de 1715, “Autos del arzobispado, previniendo a los curas no sacar la cruz de las parroquias sin acompañamiento debido en los entierros”.

45. *Ibidem*.

46. *Ibidem*.

47. ACML, Serie B: Cédulas Reales y Correspondencias, n.º 2, f. 303-304v, Lima, 14 de marzo de 1716, “Sexto de Pedro Gonzales de Cisneros y Mendoza padrito y vicario general del arzobispado a los curas de las parroquias, sobre la salida de la cruz en los entierros”.

Para remediar tales abusos, la administración de Soloaga ordenó que las procesiones no se detuvieran en la plaza, sino que procedieran directamente a la entrada de la iglesia. Más aún, demandó a los curas que trabajaban en dichas parroquias que declararan por escrito su voluntad a aceptar tales mandatos.

Una segunda ola de intentos por controlar los rituales funerarios barrocos se inició en la década de 1780, motivada tanto por el deseo de promover nociones jansenistas de piedad, más íntimas y contemplativas, como por el deseo de limitar el poder político y económico de la Iglesia.<sup>48</sup> En 1786, 1793 y 1794, legislación proveniente de España y de la Audiencia de Lima intentó frenar y castigar la extravagancia en los funerales y en las muestras de luto, describiendo dichas formas exageradas como una distracción de la fe interior del individuo y, por la tanto, una corrupción de las enseñanzas y del dogma católico. Molesto por la desobediencia a dichas normas, el virrey don Francisco Gil de Taboada elaboró en 1813 una detallada lista de regulaciones para los funerales y los entierros, cinco años después que se prohibieran los entierros al interior de las iglesias. El hecho que lo hiciera entonces sugiere que se seguían haciendo a pesar de la existencia formal del Cementerio General de Lima.

Las regulaciones aprobadas por los gobiernos virreinales antes de 1808 solían ser tan detalladas que establecían quiénes podían llorar al difunto y la dimensión o número de personas que podían acompañar las procesiones funerarias. En el caso de los funerales para personas de la elite, dichas procesiones se habían convertido en importantes espectáculos urbanos, con decenas de participantes y curiosos. Los reformadores restringieron las muestras de luto de los criados y esclavos, que podían atender las procesiones pero tenían que estar vestidos de negro

---

48. Las reformas funerarias fueron parte de los esfuerzos borbónicos por secularizar varias ramas de la Iglesia y limitar su poder. El ejemplo más notable fue la expulsión de los jesuitas en 1767, pero hubo otros esfuerzos más sutiles por secularizar parroquias y entregar a los curas seculares el control de los hospitales.

o azul, lo cual sugiere que usualmente se utilizaba otro tipo de colores en los funerales de individuos de la elite.

La legislación también prohibía el uso de las lloronas y las plañideras, argumentando que su presencia en la procesión era “tan opuesto a los máximos sentimientos de nuestra religión sacrosanta, como contrario a las leyes, al bien del Estado, y al honor de una población civilizada”.<sup>49</sup> Los pobladores de raza negra y otras castas sin lazos cercanos al difunto también fueron prohibidos de atender los funerales, porque se temía que su comportamiento fuese motivo de gran escándalo. Asimismo, se determinó que sólo una comunidad religiosa podía acompañar al cuerpo del difunto y las autoridades limitaron el número de clérigos que podían acompañar la procesión a un máximo de doce.<sup>50</sup>

Los intentos por restringir los rituales funerarios también alcanzaron a la población afroperuana. En 1791, Cerdán y Pontero felicitó al virrey por intentar una mayor moderación en las procesiones y festivales afroperuanos, prohibiendo el uso de las “tocas de fuego”, que solían ser disparadas al aire a lo largo de las procesiones. Cerdán y Pontero sugirió que el disminuir las excentricidades de los rituales afroperuanos, ya sean funerarios u otros, era central para alentar el proceso civilizador en dicha población. Las reformas en las prácticas funerarias y la promoción de la higiene pública, sin embargo, no lograron modificar las costumbres ni cambiar el ideal de “buena muerte” que tenían los afroperuanos.

---

49. Ruiz, D. Bernardino, “Expediente promovido por el Excmo. Ayuntamiento Constitucional de Lima para la Reforma del Luxo introducido en las funciones fúnebres”. Lima: Imprenta de los huérfanos, 1814. Este documento está catalogado en la BNP con: Real Hospital de Santa Ana, *Constituciones y ordenanzas del hospital real de Santa Ana*. Lima: Imprenta de los Huérfanos, 1778.

50. Ruiz, D. Bernardino, “Expediente promovido por el Excmo. Ayuntamiento Constitucional de Lima”.

## 5. Desafiando las restricciones rituales y el control de los entierros

A pesar de los laudatorios discursos acerca de la importancia del Cementerio General para la promoción de hábitos sanitarios, buenas costumbres, contemplación espiritual y la transformación de rituales funerarios, desde su establecimiento las autoridades gubernamentales eran conscientes que surgirían protestas contra los mismos. Esto revela los temores acerca de lo extendidas que se hallaban las formas barrocas y la limitada influencia de los médicos criollos reformistas para diseminar entre la población general sus ideas sobre la higiene pública. Durante la inauguración del Cementerio, por ejemplo, las autoridades tomaron muchas precauciones para evitar “el desorden del vulgo”.<sup>51</sup> Guardias a caballo se colocaron desde el amanecer en la puerta del Cementerio, para evitar que personas a pie, a caballo o en carrozas observaran la ceremonia, entraran al mismo u obstaculizaran las actividades. Los guardias también debían controlar la venta de alimentos y bebidas, pues se temía que esto podía llevar al “desorden y bulla en un lugar y día, que por todas sus serias circunstancias, debía desterrar estos excesos”.<sup>52</sup> Como resultado, diferentes unidades del Regimiento Real fueron colocadas al interior del cementerio para controlar cualquier disturbio que pudiera surgir y “no se permitió entrada a ningún plebeyo, sino a personas distinguidas”.<sup>53</sup>

Los que más hicieron sentir su voz de protesta a las nuevas medidas de higiene pública no fueron, sin embargo, los miembros de la sociedad civil o los plebeyos. Entre 1808 y 1811, las madres superiores de distintos conventos de Lima lanzaron públicamente una campaña contra

---

51. BNP, X718 D44, *Relación de la apertura y solemne bendición del nuevo camposanto de esta ciudad de Lima, que se verificó el día 31 de mayo de 1808*. Lima: Imp. de la Casa Real de Niños Expósitos, 1808.

52. *Relación de la apertura y solemne bendición del nuevo camposanto*.

53. *Ibíd.*

los “promotores criollos de la salud pública”, señalando que la idea de que las epidemias podían ser evitadas si los cadáveres en descomposición eran trasladados fuera de la ciudad era errónea. El conflicto con las madres superiores se inició cuando el 1 de junio de 1808 las autoridades insistieron públicamente en que el cuerpo de una monja carmelita debía ser exhumado y removido de su convento para ser trasladado al Cementerio General. Disgustadas con las autoridades por haber utilizado a una monja para demostrarle al resto de la población la importancia de obedecer las normas gubernamentales, en octubre de 1809 las madres superiores ignoraron al virrey y empezaron a escribir directamente al gobierno español. En sus misivas pedían compasión hacia las monjas: “[...] a fin de que los cadáveres de las religiosas sean sepultados dentro de la clausura, y no en el campo santo nuevamente establecido”. Las monjas argumentaban que las nuevas leyes de higiene constituían una intrusión secular injusta en el convento, tradicionalmente separado del resto de la sociedad.<sup>54</sup>

Actuando como una sola voz, las monjas criticaron varios aspectos de las reformas funerarias. Primero, argumentaron que dado que los muros de sus conventos las aislaban del resto de la sociedad, era razonable pedir que reposen “sus cenizas en los sepulcros propios que les preparó su honestidad en los antecoros de sus iglesias”. Asimismo, señalaron que quienes habían edificado sus monasterios, habían construido los sepulcros subterráneos siguiendo todos los requerimientos de la ley española. Por ende, habían construido espacios higiénicos en el antecoro que eran “distantes de causar contagio ni respirar infección a sus semejantes”. Como mujeres que habían dado “los más acreditados ejemplos” de su fe al resto de la sociedad, los cuerpos de las monjas fallecidas, en opinión de las madres superiores, debían ser enterrados en espacios que reflejaran su estatus y la pureza de su fe. Argumentaron también que los oficiales gubernamentales y los reformistas criollos carecían de

---

54. AGI Audiencia de Lima 1014A, “Informe del consejo, Cádiz, 24 julio 1811”.

la autoridad para legislar prácticas que ocurrían al interior de los conventos. Las madres superiores demandaron que “se hiciese la humación [es decir el entierro] de los cadáveres de las religiosas en el modo y forma que antes se había ejecutado trasladándoles a los sepulcros propios los que están fuera de ellos”.<sup>55</sup>

En enero de 1811, un fiscal que revisó el caso en España señaló que aunque las monjas habían esgrimido argumentos importantes y habían demostrado lo penoso que resultaban las exhumaciones en los monasterios, ninguno de sus motivos era lo suficientemente convincente como para suspender las medidas higiénicas o para hacer excepciones en el caso de los religiosos.<sup>56</sup> El concejo encargado del caso tomó la posición del fiscal y pidió al virrey “llevar a efecto sus disposiciones para que no se entierren en otro paraje que [no sea] el Cementerio General, las religiosas de aquellos monasterios”.<sup>57</sup> El veredicto del concejo no permitía apelaciones.

Sin embargo, estas órdenes no lograron convencer a los religiosos de Lima que supuestamente debían acatar las reformas funerarias dictadas por las máximas autoridades. Estos religiosos tampoco aceptaron la autoridad de los funcionarios gubernamentales sobre las costumbres y rituales religiosos. Documentos del Archivo del Arzobispado de Lima indican que el gobierno republicano, que surgió con la Independencia en 1821, diez años después del veredicto contra las monjas, tuvo que seguir legislando para recordarle a las órdenes religiosas que las regulaciones del Cementerio explícitamente prohibían el entierro de monjas y curas en los conventos. El Convento de Santa Clara parece haber sido un caso particularmente difícil para el naciente Estado en este aspecto,<sup>58</sup> y documentos posteriores sugieren que el Monasterio de los Descalzos continuó con los entierros dentro de su iglesia hasta 1827, a

---

55. AGI Audiencia de Lima 1014A, “Informe del consejo, Cádiz, 24 julio 1811”.

56. AGI Audiencia de Lima 1014A, “Informe del fiscal, Cádiz, 10 enero 1811”.

57. AGI Audiencia de Lima 1014A, “Informe del consejo, Cádiz, 24 julio 1811”.

58. AAL, Notas del Supremo Gobierno, Leg. I, Exps. 20, 47.

pesar de las críticas de que esto representaba un grave riesgo para la salud pública.<sup>59</sup> Regulaciones adicionales aprobadas en 1848 especificaban los castigos para las monjas que continuaran con los entierros en las iglesias.<sup>60</sup> El entierro de miembros de la sociedad civil en los Monasterios de Santo Domingo y La Buenamuerte continuó, al parecer, hasta la década de 1850, cuando la prensa descubrió cementerios clandestinos en los mismos.<sup>61</sup> Finalmente, en 1854, mientras se hallaba en su lecho de muerte, el arzobispo de Lima, don Francisco Javier de Luna Pizarro, pidió una excepción a las normas de higiene y demandó ser enterrado en la Catedral de Lima. Luna Pizarro argumentó que la legislación nunca había obligado a los arzobispos a enterrarse en el Cementerio General. Como en el caso de las monjas, señaló que enterrarse en la Catedral era lo adecuado para él, pues así se denotaba su estatus dentro de la Iglesia. Asimismo, señaló que las leyes cristinas originales avalaban su posición al respecto.<sup>62</sup>

Fuera del mundo de los conventos y los monasterios, sectores de la sociedad civil limeña respondieron en diversas formas a las reformas en los entierros y a los llamados a la higiene pública, pero en ningún momento alcanzaron la forma de una protesta ni se articularon con la oposición tenaz pero silente de los religiosos. De hecho, muchos sectores de la sociedad limeña no resistieron abiertamente las nuevas medidas ni los entierros en el Cementerio General, sino que decidieron simplemente ignorar las restricciones en los rituales funerarios, en las procesiones funerarias, y en las condiciones de higiene en el traslado de los cuerpos de las personas que fallecían. Para la mayoría de los residentes limeños el entierro en el Cementerio General ofrecía poca dignidad a los difuntos.

---

59. AAL, Notas del Supremo Gobierno, Leg. III, Exp. 84.

60. AAL, Cementerio General, Leg. I, Exp. 34.

61. *El Comercio*, 17 de enero de 1859, p. 2. Agradezco a Carlota Casalino por esta referencia.

62. ACML, *Correspondencia y otros papeles*, Tomo 8, fs. 18-20v. Véase también ACML, *Correspondencia y Otros Papeles*, tomo 8, f. 17-17v.

En la primera mitad del siglo XIX, la mayoría de la vida social de Lima se centraba en las prácticas y los rituales religiosos. Muchos de estos rituales involucraban representaciones barrocas de piedad, incluyendo los rituales funerarios. En 1829 Charles Samuel Stewart describió la ciudad como una en donde:

[...] la devoción de la población al catolicismo se manifiesta casi diariamente en las procesiones en las cuales se exhibe la más incongrua mezcla de esplendor y pobreza en el número de sacerdotes todavía en aparente situación de poder e influencia en las numerosas capillas, en las calles y en las colectas públicas en las esquinas para salvar las almas del purgatorio.<sup>63</sup>

Las fuentes utilizadas para este trabajo sugieren que los rituales funerarios se hicieron más exagerados cuando se obligó a realizar los entierros en el Cementerio General, donde la estructura de los nichos no permitía mayores distinciones de clase social. De acuerdo con los miembros de la élite esta distinción era necesaria, pues el cementerio se hallaba muy lejos de las imágenes de Dios y los santos que sí se podían encontrar en las iglesias. Basándose en nociones barrocas de piedad, argumentaron que la ausencia de imágenes sagradas, la inadecuada provisión de capillas en el cementerio y el ambiguo estatus del mismo amenazaban el tránsito del alma de los difuntos del purgatorio al cielo.

Las reacciones a las reformas funerarias se podían observar también en los testamentos, en donde los individuos solían detallar los planes de sus entierros. El hábito de planear celebrar misas como muestras de religiosidad en honor de los muertos, por ejemplo, continuaron después de las reformas de 1808, a pesar de las constantes y vigorosas campañas contra las formas barrocas de religiosidad. Dada la existencia de una serie de decretos reales sobre la materia, las reformas funerarias no

---

63. Stewart, Charles Samuel, Carta V: "Visita al Padre Arrieta y estado del sacerdocio", p. 344.

apuntaron directamente a dichas prácticas, aunque las ventas de misas al interior del Cementerio sí estuvieron prohibidas. Para muchos limeños la compra de indulgencias era una forma de compensación por entierros más modestos y sombríos. Por ejemplo, el contador mayor de la Real Casa de Aduanas de Lima, don Josef Darregueyra, dejó detalladas descripciones sobre el relativamente modesto funeral que quería, pero pidió que se realicen 69 misas en su honor a lo largo de seis días en la parroquia de Huérfanos y en el colegio de Nuestra Señora de Guadalupe. Estas misas, pensó Darregueyra, constituían un gasto necesario para el alma, pues “con cuyo gasto útil al alma queda compensado el que se impende en la pompa fúnebre de honras que se acostumbran hacer al que fallece, y omitiré mi albacea”.<sup>64</sup>

Asimismo, aunque doña Nicolasa Guerrero y Vázquez pidió que su cuerpo fuera llevado a Ica para un funeral modesto,

[...] ahorrando de vanidades, y pompas mundanas”, también pidió “que el día de mi entierro y honras, se me digan todas las misas rezadas que puedan celebrarse a beneficio de mi alma en la iglesia en que solemnizase mi funeral [...]”.

Más aún, Guerrero y Vázquez demandó que todos los días se celebrase una misa en su honor, además de servicios religiosos en la Congregación de Nuestra Señora de la O, a la cual ella pertenecía. Las formas barrocas de religiosidad, que contemplaban la celebración de misas, la compra de indulgencias y elaborados rituales, no desaparecieron en los años inmediatamente posteriores a las reformas de 1808.<sup>65</sup> Al igual que en el caso de Ciudad de México y Veracruz, estudiados por Pamela Voekel, entre la elite de Lima los requerimientos de enterrarse lejos de las imágenes de santos y fuera de las iglesias llevó tanto a preocupaciones espirituales acerca de la vida en el “otro mundo”, como a preocupaciones

---

64. AGN, Protocolos Notariales, Juan Pío de Espinoza.

65. *Ibidem*.

sociales acerca de las representaciones simbólicas sobre su estatus en el mundo de los vivos.<sup>66</sup>

Las nociones de piedad barroca, sin embargo, no sólo persistieron en términos de la elaboración de planes de celebración y la compra anticipada de misas e indulgencias. Después de la apertura del Cementerio General, los rituales funerarios y de luto de la elite continuaron siendo excesivamente opulentos, desafiando las regulaciones de higiene pública que prohibían mostrar el cuerpo de la persona que había fallecido. De acuerdo con Manuel Atanasio Fuentes, el cuerpo del difunto era llevado a la iglesia recién después de la segunda noche de muerto, infringiendo las estipulaciones relativas al tiempo en que debían realizarse los entierros. Usualmente el funeral se llevaba a cabo a las diez u once de la mañana, lo cual significaba que el cuerpo era trasladado al cementerio antes del calor del mediodía, cuando según las teorías médicas este era el momento menos idóneo porque entonces era más factible la mayor producción y difusión de los temidos miasmas. Una vez que el funeral terminaba, los más cercanos al difunto se juntaban en la puerta a observar el momento en que el cuerpo del fallecido abandonaba el edificio.

Posteriormente, algunos de los presentes tomaban sus carrozas para acompañar el cadáver al cementerio. Otros, entre ellas la esposa y las mujeres de la familia, en caso que el difunto fuera un hombre, regresaban a la casa de la familia para esperar la llegada de quienes partieron hacia el cementerio. Las mujeres usualmente esperaban en un cuarto completamente oscuro acompañadas de amigos y parientes, dejando abiertas una o dos ventanas. Las cortinas se abrían sólo cuando el primer grupo hubiese retornado del cementerio, que es cuando se les permitía hablar nuevamente, y quebrar el silencio sepulcral que habían guardado por dos o tres horas. Recién entonces los presentes estaban permitidos de hablar, aunque en una voz baja, casi imperceptible.<sup>67</sup>

---

66. Voekel, *Alone Before God*.

67. Fuentes, Manuel Atanasio, *Lima: apuntes históricos*, pp. 132-133, 1867.

En las décadas inmediatamente posteriores a la apertura del cementerio, las muestras de luto solían observarse todos los días por aproximadamente un mes después del funeral, aunque el número de presentes iba disminuyendo cada día. En ellas los hombres ocupaban la antesala, donde se podía hablar, aunque suavemente. Las mujeres en cambio vestían de negro, guardaban silencio o lloraban, y eran ubicadas en un cuarto pobremente iluminado por una sola lámpara cubierta por una tela negra. Fuentes, un crítico de la piedad barroca, escribió que en dicho cuarto:

[...] no se oían en la cuadra sino suspiros y exclamaciones más o menos fingidas; la viuda o la madre lloraba y sollozaba, y era un deber en las asistencias dejar oír por todos los ángulos del salón: ¡Ay! ¡Aiii! ¡Aiiii! y el sonido de algún pañuelo como de quien se aprieta con las narices [...]<sup>68</sup>

Según este testimonio, los presentes en dichas ceremonias se quedaban todos los días hasta las ocho de la noche, cuando “tocan las campanas de todos los templos una especie de plegaria, y las personas devotas rezan algunas oraciones que, en esa hora, producen el efecto de sacar almas del purgatorio”.<sup>69</sup> Es decir la naturaleza comunal de la religiosidad barroca persistió claramente después de la prohibición de realizar entierros en las iglesias.

En general, las autoridades tuvieron poco éxito en diseminar nociones contemplativas, menos ostentosas, y más íntimas de religiosidad. Las prácticas funerarias y de luto entre la elite tendieron a mantener la pompa y la ostentación barrocas por décadas. Esto fue particularmente cierto para el acto de la muerte en sí misma y para las procesiones funerarias, que cambiaron poco hasta por lo menos la década de 1860. Fuentes nos brinda una detallada descripción de la extrema unción entre los sectores más acomodados, y nota que los hombres y las mujeres

---

68. *Ibidem.*

69. *Ibidem.*

de toda edad y condición pasaban por la casa, descubriendo sus cabezas y arrodillándose “mientras tienen a la vista la comitiva que acompaña al Santísimo”.<sup>70</sup>

Los rituales funerarios para un miembro de la clase alta normalmente incluían una misa que era atendida por los familiares, amigos y vecinos ilustres. La cantidad de gente que asistía a dichas misas variaba de acuerdo con las redes sociales del difunto o de su familia, y se entendía que mientras mayor el número de gente que atendía el funeral era mayor el estatus social del difunto. Aunque algunos documentos sugieren que el número de personas que participaban en los funerales disminuyó en el siglo XIX, Fuentes señala que en la década de 1860 era común invitar no sólo a los familiares, sino también “a todas las personas visibles de la capital”, lo cual refleja la persistencia de hábitos barrocos.<sup>71</sup>

El uso de trajes franciscanos para atender los entierros, como un componente central en el ideal de la “buena muerte”, también persistió hasta mediados del siglo XIX, a pesar de las críticas que señalaban que dicha costumbre era una burla de las enseñanzas católicas y una manifestación externa de vanidad y falsa piedad. En un publicitado ataque contra esta práctica, un cura limeño se burló de la hipocresía de la alta clase al seguir tales hábitos. En 1829 señaló que:

[...] la que fue insignia de devoción y de penitencia cubre el cadáver de quien no pensó jamás en ser devoto y penitente. El ambicioso, el avaro, el voluptuoso se expone en el féretro con el traje de la humildad, de la pobreza, de la mortificación: y esto muchas veces, aún llevando sus desórdenes hasta la sepultura.<sup>72</sup>

Entre 1828 y 1829, numerosos desacuerdos acerca de los derechos para vender las vestimentas franciscanas con afán de lucro enfrentaron al

---

70. Fuentes, Manuel Atanasio, *Lima: Apuntes históricos*, p. 108, 1867.

71. *Ibíd.*, p. 134.

72. *La mortaja o examen de la costumbre*.

Monasterio de San Francisco con el Monasterio de los Descalzos. Los Descalzos vendían una versión blanca de la vestimenta que resultó especialmente popular, lo cual afectaba los intereses económicos de San Francisco.<sup>73</sup> Es interesante anotar que las vestimentas franciscanas se hallaban disponibles de primera y segunda mano y en varias tallas y precios en Lima.<sup>74</sup> El uso de una vestimenta franciscana de calidad se terminó convirtiendo en un símbolo de distinción y ostentación, antes que una muestra de pobreza y humildad.

Como lo demuestran los testamentos revisados para este estudio, entre 1770 y 1850, el uso del traje franciscano para el entierro se mantuvo como una costumbre popular entre los limeños de distintas clases sociales. Entre 1770 y 1771, 36 de 52 testamentarios pidieron utilizar el traje franciscano; entre 1810 y 1811, 39 de 42; y entre 1850 y 1851, 28 de 41. Algunos testamentarios pidieron ser enterrados con otras vestimentas, entre ellas los hábitos mercedarios y las vestimentas utilizadas por curas seculares. En 1850 un testamentario pidió específicamente la vestimenta franciscana hecha de tela blanca. Curiosamente, el uso de las vestimentas franciscanas se extendió también al momento de mostrar los cadáveres y era utilizado tanto en personas con buena reputación como entre criminales, al margen que fueran posteriormente enterrados en ellos o se volvieran a utilizar. Este era el caso, por ejemplo, en las ejecuciones militares. En 1826 Hugh Salvin notó que la ejecución de un peligroso criminal y sus secuaces, con cuatro tiros cada uno en la Plaza Mayor, fue seguida por la presentación hasta el atardecer de los cuerpos inertes, colgados de una horca colocada al costado de la pileta de la plaza, vestidos con el hábito de San Francisco.<sup>75</sup>

En el caso de muertes un poco más dignas, las cofradías organizaban rituales y altares ostentosos, práctica que se mantuvo hasta por lo menos mediados del siglo XIX. De acuerdo con Fuentes, la más

---

73. AAL, Notas del Supremo Gobierno, Leg. IIIA, Exps. 246, 280, 311.

74. *Ibíd.*

75. Salvin, Hugh, *Diario del Perú*, 15 de abril de 1826.

exagerada de las muchas cofradías y hermandades de Lima era la Cofradía de Nuestra Señora del Rosario de Españoles. En 1858 escribió que dicha cofradía recién estaba empezando a moderar su pompa, pues:

[...] la piedad de nuestros mayores se ostentó con esplendidez, proveyendo de alhajas y de cuanto fue necesario a la imagen de su devoción, y llegó la profusión en los dones hasta el extremo de que en la capilla y altar no se ofrecieran a la vista sino plata, diamantes y toda clase de piedras preciosas.<sup>76</sup>

Aunque ninguna de las cofradías podía igualar la pompa de la Cofradía de Nuestra Señora del Rosario de Españoles, todas compartían el gusto por los excesos barrocos.

Efectivamente, en las décadas inmediatamente posteriores a las reformas higiénicas, y actuando en cooperación con las cofradías, las autoridades eclesiásticas y gubernamentales relajaron las restricciones funerarias para los miembros de la elite, permitiendo que dichos rituales se mantuvieran como representaciones simbólicas del estatus social del difunto. Esto se logró mediante la dación de legislación que distinguía entre un miembro de la elite y un “plebeyo”, y mediante una implementación selectiva de la ley. Así, por ejemplo, mientras se permitió que en los féretros de un miembro de la elite se colocaran cuatro velas, sólo se permitieron dos velas en el caso de una persona de baja condición social.<sup>77</sup> De igual manera, se prohibió que se tocaran las campanas de las iglesias en honor de un difunto, excepto cuando se pagaba un precio muy alto, accesible únicamente a una familia muy acomodada, pero incluso en dicho caso sólo se permitía que los campanazos provinieran de la iglesia donde se realizaba el funeral.<sup>78</sup> Las autoridades

---

76. Fuentes, Manuel Atanasio, *Estadística general*, p. 559, 1858.

77. Ruiz, D. Bernardino, “Expediente promovido por el Excmo. Ayuntamiento Constitucional de Lima”.

78. Sólo en el caso de obispos, arzobispos o algún miembro de la familia real, se permitió que múltiples iglesias tocaran sus campanarios.

buscaron de esta manera apaciguar a la elite, continuar con los entierros en el Cementerio General y prevenir la aparición de epidemias.

No obstante, la legislación lo consideraba un hábito pernicioso y aun a pesar de las multas, el uso de elaborados sistemas de campanazos en honor de los difuntos aumentó después de 1808 y continuó incluso después de la Independencia.<sup>79</sup> En 1834 el uso de campanazos en los funerales había llegado a tal extremo que el gobierno ordenó de manera temporal clausurar todos los campanarios.<sup>80</sup> Sin embargo, en abril de 1835 el gobierno aceptó el uso de campanazos durante los funerales aunque estos no debían exceder los cinco minutos.<sup>81</sup>

Los documentos revisados en nuestra investigación muestran, sin embargo, que muchas de las antiguas costumbres funerarias, no sólo las relativas a los campanazos, se siguieron practicando entre los miembros de la clase alta después de la apertura del cementerio.<sup>82</sup> En 1813, en una carta dirigida al virrey, el Ayuntamiento de Lima requirió que antes de volver a imprimir las leyes de 1794 se incluyese un artículo limitando el número de carruajes que podían acompañar el cadáver al cementerio. El número de los carruajes había aumentado considerablemente desde que se prohibieron los entierros al interior de las iglesias. Carruajes especialmente diseñados para la ocasión servían para mostrar el origen elitista del difunto, contraviniendo así la idea de entierros más igualitarios en el Cementerio General. Dichas prácticas continuaron a pesar que las normas estipulaban que “aunque sean de la primera nobleza, no se han de poder traer coches de luto, ni menos hacerlos fabricar

---

79. Ruiz, D. Bernardino, “Expediente promovido por el Excmo. Ayuntamiento Constitucional de Lima”; AAL, Notas del Supremo Gobierno, Leg IV-A, Exp. 188, Exp. 188-A, Exp. 275-A, 293-A; Leg. VI, Exp. 227-A, Exp. 236.

80. AAL, Notas del Supremo Gobierno, Leg. IV-A, Exp. 296-A.

81. AAL, Notas del Supremo Gobierno, Leg. V, Exp. 17-A.

82. Ruiz, D. Bernardino, “Expediente promovido por el Excmo. Ayuntamiento Constitucional de Lima”.

**Tabla I**  
**COSTOS DE LOS FUNERALES PAGADOS AL CEMENTERIO**  
**POR PARROQUIA, 1825**

PARROQUIA	TRANSPORTE AL CEMENTERIO	CARRO DE DISTINCIÓN	NICHOS	TOTAL
Santa Ana	304	86	335	725
Cercado	204	38	40	282
Sagrario	642	284	446	1372
San Marcelo	136	40	105	281
San Lázaro	476	102	164	742
San Sebastián	138	90	330	558
Militares	154			154
Religiosos en general	62			62
Orfanato				
Bebés abandonados				
9 nichos vendidos a 10 pesos			90	90
200 pesos por un nicho perpetuo			200	200
<b>Total</b>	<b>2116</b>	<b>640</b>	<b>1710</b>	<b>4466</b>

*Fuente:* AAL, *Entierros y sepulturas*, Legado Cementerio General, exp. 7.

para este efecto; permitiéndose solo a las viudas que puedan andar en sillas negras”.<sup>83</sup>

Mientras la gente del común pagaba dos pesos en 1825 para el transporte de sus difuntos al Cementerio General en la carroza fúnebre,

83. Ruiz, D. Bernardino, “Expediente promovido por el Excmo. Ayuntamiento Constitucional de Lima”.

los miembros de la elite reforzaban su posición de clase pagando un costo adicional para que sus difuntos fueran transportados en el “carro de distinción” y sean enterrados en nichos especiales. El costo por el “carro de distinción” era de 10 pesos en 1825, aunque las autoridades señalan que los miembros de las órdenes religiosas frecuentemente estaban al cementerio pagando sólo la tarifa de dos pesos.<sup>84</sup> Las autoridades del Cementerio de Lima aparentemente ganaban también un dinero extra al vender nichos especiales. En 1825 se produjo, por ejemplo, la venta de nueve nichos especiales al doctor Camilo Vergara a un costo de 10 pesos cada uno, y la venta de un nicho perpetuo de 200 pesos para el cadáver del doctor Miguel Tadeo Fernández de Córdova.<sup>85</sup>

Conscientes de su limitado poder y autoridad, los oficiales del cementerio se confabularon con los intereses de la elite, y en 1840 diseñaron un sistema de transporte compuesto de cuatro clases de carruajes funerarios que variaban en términos de suntuosidad y costo, permitiendo así que la procesión al cementerio reflejara claramente el estatus social del difunto. Se acordó que el alquiler del carruaje más lujoso costaría veinte pesos, “sin perjuicio de que puedan aumentarse los decretos cuando el estado de las rentas permita construir otro más suntuoso”. El segundo carruaje costaría diez pesos, el tercero seis pesos y el cuarto dos pesos por difunto.<sup>86</sup> De acuerdo con las autoridades, después de arreglar con el cura los detalles del entierro, los familiares debían indicar el tipo de carruaje que utilizarían.<sup>87</sup>

En respuesta a las continuas demandas por los carruajes más suntuosos y la persistencia de las formas barrocas de religiosidad, algunos años después las autoridades desarrollaron seis clases de carruajes, fijándose el precio del carruaje más ostentoso y lujoso en 50 pesos. Los

---

84. AAL, *Entierros y sepulturas*, Leg. Cementerio General, Exp. 8.

85. *Ibíd.*, Exp. 7.

86. AAL, Cementerio general, Leg. I, Exp. 34.

87. *Ibíd.*

costos para los nichos también se incrementaron. Los nichos perpetuos se fijaron en 100 pesos para adultos y 50 pesos para niños, mientras que los nichos temporales se fijaron en 10 pesos por adulto y 5 pesos por niño. A estas categorías se añadió el costo de un peso y cuatro reales para las personas pobres que deseaban enterrarse en una “tumba privilegiada”. Los entierros en las fosas comunes se mantuvieron gratuitos.<sup>88</sup> De esta manera el cementerio de la capital empezó a reflejar las clases sociales de la población que habitaban la ciudad.

En 1848, el arzobispo de Lima emitió un informe donde señaló que a pesar que las regulaciones originales prohibían el uso de carruajes para pasajeros en el traslado del cadáver al Cementerio, las autoridades permitían que al menos un carruaje para pasajeros siguiera al difunto durante las procesiones funerarias.<sup>89</sup> La legislación que se produjo como consecuencia de este informe, sin embargo, no insistió en prohibir el uso de carruajes para pasajeros, pero demandó que dichos carruajes no entraran al Cementerio, para evitar que arruinaran las instalaciones del mismo. Con idéntico espíritu se prohibió a los visitantes que treparan las paredes del Cementerio o que se subieran a los nichos para observar los entierros, advirtiendo que los infractores serían llevados a la policía. A pesar de tales medidas, este problema persistió por muchos años sin que las autoridades pudieran controlarlo, lo cual demuestra que los entierros siguieron funcionando en Lima como importantes espectáculos públicos.<sup>90</sup>

Frente a la constante presión de la elite, los administradores del Cementerio también empezaron a permitir, a partir de la década que se inició en 1840, la construcción de nichos y mausoleos familiares más elaborados. Los reformistas eclesiásticos y civiles aceptaron que dicha medida era mejor a las antiguas formas, señalando que:

---

88. Fuentes, Manuel Atanasio, *Estadística general*, 1858.

89. AAL, *Cementerio general*, Leg. I, Exp. 34.

90. *Ibidem*.

[...] la nueva creación de sepulcros de familia apropiados para mausoleos es una mejora, cuya adopción, aún prescindiendo de la ventaja económica, sería vergonzoso diferir por más tiempo.<sup>91</sup>

Los oficiales celebraron los aspectos estéticos de dichas tumbas y mausoleos, y señalaron: “Estos monumentos no solo hermean y harán menos lúgubre el aspecto de ese asilo de nuestros mayores y nuestra futura e inevitable mansión, sino que con esa especie de culto que invocan a rendir a la memoria de los muertos”.<sup>92</sup> Se pensaba también que dichos mausoleos ofrecían:

[...] ocasiones para frecuentar el campo del único verdadero reposo de la humanidad, como que harán menos penoso el tránsito de la vida a la muerte, menos amarga la pérdida de los objetos queridos, y menos completa y absoluta su ausencia de nuestro lado.<sup>93</sup>

Sin embargo, las autoridades del cementerio prohibieron el uso de varias formas de decoración en nichos y tumbas más comunes que buscaban hacerlas menos anónimas, reforzando de esta manera las diferencias jerárquicas. También prohibieron a los visitantes cometer “ninguna violación de este reglamento, maltratar el edificio, arranquen flores o plantas, o se entreguen a cualquiera desacato”.<sup>94</sup>

Las nociones limeñas de religiosidad, ritos funerarios y la “vida en el más allá”, claramente no se ajustaban a las demandas de una piedad más contemplativa y una mayor atención a la higiene pública. Voekel ha mostrado cómo los residentes de Ciudad de México y Veracruz sí aceptaron las reformas funerarias dentro de las dos décadas siguientes a su implementación en la década de 1790.<sup>95</sup> En Lima, en cambio, se

---

91. AAL, *Cementerio general*, Leg. I, Exp. 34.

92. *Ibíd.*

93. *Ibíd.*

94. *Ibíd.*

95. Voekel, Pamela, *Alone Before God*.

rechazaron las reformas propuestas por los higienistas criollos, y los funerales se hicieron cada vez más ostentosos, por lo menos en las tres décadas inmediatamente posteriores a la apertura del Cementerio. La exageración de los rituales funerarios actuó como una forma de enfatizar y en cierta medida de “compensar” al difunto por la ausencia de representaciones simbólicas en los ritos funerarios que los acompañaban que permitieran reflejar el estatus social del difunto en el Cementerio General. Este nuevo establecimiento era democratizador, pero al parecer solo en teoría. Asimismo, la exageración en los funerales era una forma de compensar la falta de proximidad a Dios y los santos que tenían los cadáveres enterrados del cementerio. Los nuevos nichos y mausoleos, construidos para hacer más visible la posición social del difunto, muestran cuán conscientes eran los limeños y sus autoridades acerca de las jerarquías sociales, incluso después de la Independencia y de la muerte de sus seres queridos.

Las procesiones funerarias empezaron a hacerse más modestas a fines de la década de 1840. Sin embargo, dicho cambio fue resultado más de la creciente presión de las autoridades gubernamentales y religiosas por hacer cumplir la legislación, así como de los medios materiales para imponerla, antes que el producto de una exitosa difusión de nuevas formas de religiosidad basadas en la reflexión individual y en la contemplación divina.

## **6. Conclusión**

La apertura del Cementerio General de Lima en 1808 fue parte de una reforma médica destinada a prevenir la propagación de epidemias mediante la transformación de las condiciones higiénicas de Lima, las costumbres funerarias, y el significado y percepción popular de lo que significaba una “buena muerte”. Sin embargo, también fue parte de un proyecto de reforma urbana del periodo virreinal tardío. En un artículo reciente, Ramón argumenta que las reformas urbanas borbónicas posteriores al terremoto de 1746 siguieron un plan destinado a “encerrar”

muchas prácticas populares en edificaciones públicas, redefiniendo así el rol de la calle y la naturaleza de los rituales en la capital. Por ejemplo, las peleas de gallo y las corridas de toro fueron retiradas de las calles hacia inicios del siglo XIX, y trasladadas a los coliseos de gallos y plazas de toros respectivamente. De esta forma, los rituales populares se pudieron regular, contener, controlar mejor y hacer menos visibles en espacios contenidos.<sup>96</sup>

Este artículo ha mostrado lo complejo que puede resultar un proyecto médico y político destinado a regular y contener rituales funerarios y religiosos. Las reformas funerarias y médicas no lograron hacer que la población limeña aceptase la importancia de adoptar costumbres más modestas y nociones más íntimas de religiosidad. Por el contrario, generaron una serie de conflictos entre autoridades eclesiásticas, médicos criollos reformistas, autoridades gubernamentales y la sociedad en general. Esto se debió en gran parte a que dichas reformas se enfrentaron con convicciones religiosas bastante extendidas con respecto a la muerte de los seres queridos, la vida después de la muerte y la piedad.

Los esfuerzos por reformar y controlar dichas costumbres no lograron tampoco diseminar modelos borbónicos de orden público, y por el contrario llevaron a la población a exagerar aún más los rituales funerarios barrocos y magnificaron las diferencias entre ricos y pobres, características de Lima, en lo que respecta a la construcción de nichos y mausoleos. Los esfuerzos fallidos por reformar los ritos y prácticas funerarias revelan las limitadas capacidades de los médicos criollos y las autoridades eclesiásticas y virreinales para rediseñar la vida urbana, de promover nuevas ideas de higiene y diseminar su noción de “progreso”. Indican asimismo un importante factor de continuidad hasta bien avanzado el período republicano.

---

96. Ramón, Gabriel. “Urbe y orden”, pp. 295-324. Un estudio similar para el caso mexicano es Juan Pedro Viqueira Albán, *Propriety and Permissiveness*.

### III

## LA CIENCIA MÉDICA Y LA SALUD PÚBLICA EN EL PERÚ DECIMONÓNICO: **la visión del médico británico Archibald Smith**

JORGE LOSSIO<sup>1</sup>

EL PERSONAJE CENTRAL de este texto es el médico británico Archibald Smith (1798-1870), quien pasó aproximadamente cuatro décadas —entre 1820 y 1860— viajando por el Perú y haciendo observaciones sobre los distintos climas, pueblos y enfermedades que encontró a su paso.<sup>2</sup> Los escritos de Smith, además que constituyen una fuente sumamente valiosa para el estudio de la Medicina peruana en la primera mitad del siglo XIX, uno de los periodos menos desarrollados por la historiografía local, muestran la influencia y permanencia de las perspectivas ambientalistas de Hipólito Unanue en la comunidad médica peruana a lo largo del siglo XIX. Asimismo, la historia de Smith muestra la conflictiva relación entre los médicos peruanos y los médicos europeos, quienes se disputaban el reducido mercado médico limeño, en una época en que los curanderos andinos, herbolarios chinos y charlatanes dominaban el mercado de la Salud.

- 
1. Profesor de la Pontificia Universidad Católica del Perú y de la Universidad San Ignacio de Loyola. Una versión preliminar del presente artículo apareció en *Historia*, 28: 2 (2004).
  2. El presente trabajo se basa en un capítulo de mi tesis de maestría titulada *British Medicine at High-Altitudes: The Travels of Archibald Smith M. D. through the Peruvian Andes*, presentada al Centro de Historia de la Medicina, Ciencia y Tecnología de la Universidad de Manchester, en diciembre del 2003. Quiero agradecer a Marcos Cueto, Mick Worboys, José Carlos de la Puente, Eduardo Torres y Emilio Candela por los valiosos comentarios.

## I. Archibald Smith en el Perú (1820-1860)

Archibald Smith llegó al Perú en 1826 procedente de la prestigiosa Facultad de Medicina de la Universidad de Edimburgo, contratado por la Anglo Pasco Peruvian Mining Company, una empresa de capital británico dedicada a la extracción de plata de las minas de Cerro de Pasco. Si bien el trabajo de Smith tenía como objetivo inicial el de “asistir a los mineros y administradores británicos en el proceso de adaptación a la altura”, una vez en Pasco sus labores se extendieron a atender pacientes “de todas las nacionalidades con toda clase de enfermedades”.<sup>3</sup> Al año siguiente de su llegada, la Anglo Pasco Mining Company se declaró en bancarrota, por lo que Smith, al igual que otros antiguos empleados de esta empresa, decidió alquilar unas tierras en Huánuco y dedicarse al cultivo de caña de azúcar. En Huánuco ocupó, junto a su esposa, Elizabeth Peers, y su hija, la hacienda Andahuaylas. En sus memorias, el médico británico da cuenta de las múltiples adversidades que tuvo que enfrentar en sus afanes agrícolas, entre ellas la destrucción de los canales de irrigación de su hacienda por parte de la población local, que lo acusaba de ser “una especie de duende o demonio”, y el reclutamiento forzoso de sus empleados por autoridades militares locales.<sup>4</sup> Estas dificultades convencieron a Smith de la necesidad de retornar a la práctica médica.

A propósito de lo anterior, es importante señalar que el médico escocés llegó al Perú en un período de alta inestabilidad política y económica. Un país marcado por la fragmentación social, la inexistencia de un grupo social capaz de legitimarse como conductor del Estado, el desorden fiscal y recurrentes conflictos civiles y militares. Smith fue testigo de esta dramática situación; en sus escritos son constantes las referencias a la fragilidad de la política peruana, así como a las marcadas

---

3. Smith, Archibald, “Practical Observations on the Diseases of Peru”, p. 298, 1840.

4. Smith, Archibald, *Peru As It Is*, p. 161, 1839.

distancias sociales y culturales que separaban a los diversos grupos que cohabitaban en el territorio nacional. De acuerdo con el médico británico, esta fragmentación social y el poco interés de los médicos universitarios capitalinos por adentrarse al interior del país, impedía a la comunidad médica de Lima entender y afrontar apropiadamente los problemas de salud pública de la mayoritaria población andina.

En 1830, alentado por su “buen amigo”, el general William Miller, Smith decidió mudarse a Lima. A pesar de estar favorecida por un clima templado, el médico británico encontró que las tasas de mortalidad en la capital eran sumamente altas, “tres veces mayores que las de Manchester y Londres”, algo que atribuyó a las pésimas condiciones sanitarias de la ciudad (descuido de las acequias, acumulación de basura, falta de higiene en los mercados), los recurrentes conflictos militares y la “delicada” constitución física de la población “criolla” limeña.<sup>5</sup>

En Lima, Smith fue contratado como médico principal del Hospital Militar de Santa Ana, “con el fin de disminuir la elevada tasa de mortalidad por disentería entre los soldados”, y como médico consultor para pacientes norteamericanos e ingleses internados en el Hospital de San Andrés. El médico escocés esgrimió críticas bastante duras respecto a la situación de los hospitales en Lima. La administración de estas instituciones, que durante el período virreinal estuvo en manos de diversas órdenes religiosas, fue trasladada, con la llegada de la República, a la Sociedad de Beneficencia Pública. Esta “apropiación estatal” respondía no solo a los cambios políticos producidos en el Perú, sino también a una transformación en la forma de entender la función del hospital, de una casa para el alivio espiritual de los enfermos menos acomodados a centros para el tratamiento de enfermedades, la experimentación científica y la educación médica. Ello, sin embargo, no conllevó ninguna mejora en la administración de los mismos. De acuerdo

---

5. Smith, Archibald, “Practical Observations on the Diseases of Peru”, p. 310, 1840.

con el médico británico, los hospitales de Lima se hallaban siempre hacinados, carentes de recursos y en pésimas condiciones higiénicas.<sup>6</sup>

Smith desempeñó también la práctica médica privada, y logró atraer una importante clientela entre los comerciantes y diplomáticos extranjeros residentes en la capital. Su relación con las casas comerciales inglesas le permitió recorrer gran parte de la Costa y la Sierra del Perú. A diferencia de Lima, nuestro personaje encontró que en la Sierra la población era sana, activa y más resistente a las enfermedades, algo que atribuyó a la salubridad de los climas de altura. El médico escocés reproducía así una idea muy arraigada en círculos médicos europeos, que asociaba a los países tropicales como países patológicos. Dentro de esta misma corriente, se entendía que, dentro de las regiones tropicales, los climas de altura eran más saludables y convenientes para la aclimatación de los europeos que el de los llanos. El aire de las montañas era considerado más puro y libre de miasmas, y la altura era concebida como una barrera médica natural contra las enfermedades tropicales más temidas como la malaria y la fiebre amarilla. Los climas templados de las alturas, además, eran considerados más similares a los de Europa y, por ende, climas superiores en términos de salud y moral (temperamento, resistencia física, posibilidad de desarrollo intelectual, entre otros).<sup>7</sup>

Durante sus viajes por el interior del Perú, Smith desarrolló mucho interés por las tradiciones médicas nativas, el uso de plantas medicinales locales y la cosmovisión médica andina. Rescató, por ejemplo, el uso de las limonadas heladas para los males estomacales en el Cuzco, y la costumbre de cubrir a los enfermos con hojas frescas de coca en Huánuco, una práctica que calificó de “infalible”.<sup>8</sup> Smith no fue una excepción en este sentido, pues fue una práctica común entre los médicos europeos que optaban por desarrollar una carrera profesional en la India o en el África, durante la primera mitad del siglo XIX, el intentar

---

6. Smith, Archibald, *Peru As It Is*, p. 170, 1839.

7. Smith, Archibald, “Observations on the Inca”, p. 35, 1863.

8. Smith, Archibald, *Peru As It Is*, p. 210, 1839.

rescatar y aprender de las tradiciones médicas locales. Este interés se empezó a perder hacia la segunda mitad del siglo XIX, a medida que la medicina occidental impuso su hegemonía y el interés por las culturas médicas no occidentales se tornaba meramente antropológico.<sup>9</sup> Más conflictiva fue su relación con los médicos universitarios de Lima, a quienes Smith descalificó tanto por sus prácticas curativas como por sus, según él, desfasadas teorías médicas.

## 2. “No conoce nuestro clima”: el debate Smith-Valdés

Hacia comienzos de 1830, el embajador mexicano en el Perú cayó víctima de disentería, y siguiendo una práctica común de las familias peruanas más acomodadas, llamó a una junta médica para que le recomendaran el tratamiento a seguir. De acuerdo con Smith, las juntas médicas, que usualmente estaban conformadas por cuatro o cinco doctores, no eran más que “exhibiciones de oratoria”, en donde “las más acaloradas polémicas terminan en los más simples tratamientos”. De acuerdo con Smith quienes llamaban a juntas médicas lo hacían simplemente como “una muestra de ostentación”, con el fin de imitar “a los acaudalados y poderosos”.<sup>10</sup> En la junta médica convocada por el embajador mexicano coincidieron Smith y el protomédico José Manuel Valdés (1767-1843). Valdés, reconocido en Lima por sus estudios epidemiológicos y su conservadurismo católico, representaba a la generación de médicos que había vivido el tránsito entre la época virreinal y la republicana. Mientras el médico peruano recomendó sangrar al embajador, Smith señaló que el paciente se encontraba demasiado débil para sangrarlo y que era mejor recurrir al calomel, un derivado del mercurio. De todas formas, el médico británico asumió una posición escéptica respecto de las posibilidades del embajador de recuperarse, un escepticismo que probablemente desarrolló en su práctica hospita-

---

9. Harrison, Mark, *Climates and Constitutions*.

10. Smith, Archibald, *Peru As It Is*, p. 98, 1839.

laria. La junta decidió seguir la recomendación de Valdés y, a los pocos días, el embajador se recuperó.<sup>11</sup>

El conflicto entre Valdés y Smith se incrementó en los años siguientes, como se desprende de los debates públicos que protagonizaron. En 1834 y 1835, Smith escribió dos artículos para el diario *El Rejenerador*, en los cuales desarrolló su visión del estado de la ciencia médica en el Perú. En su opinión, la ciencia médica en nuestro país se hallaba sumamente atrasada. Más aún, argumentó que solo existían dos médicos confiables en todo el territorio nacional. Criticó, asimismo, la obsesión de los médicos peruanos por las sangrías y el sinfín de errores que se cometían en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades dentro de los hospitales. Smith cuestionó, de igual manera, una popular creencia médica limeña, reflejada en el refrán “no conoce nuestro clima”, según la cual los médicos extranjeros estaban incapacitados para ejercer su arte en el Perú, dada su ignorancia con respecto de las peculiaridades geográficas y climáticas locales; una idea promocionada por Hipólito Unanue a fines del siglo XVIII, que no se abandonó sino hasta muy entrado el siglo XIX. Sin negar la importancia de los factores climáticos y geográficos en la práctica médica, Smith defendió la universalidad de los tratamientos médicos y, en el caso particular de la disentería, señaló que el mercurio era el remedio más útil “tanto para los británicos en [la] India como para los peruanos en el Perú”.<sup>12</sup> Con esta cita, el médico escocés quería rebatir la idea de que en el Perú las enfermedades eran de un carácter fundamentalmente distinto al de otros países y, por ende, incomprensibles para los médicos foráneos. Esta visión localista de la salud que ponía énfasis en los climas y constituciones locales, fue una forma de entender la Salud que estuvo vigente en Europa en los siglos XVII y XVIII, pero que en el Perú se mantuvo vigente a lo largo del siglo XIX, en gran parte, como señalamos anteriormente, por la prolongada influencia de las ideas de Hipólito Unanue, cuyos

---

11. Valdés, José Manuel. *Al público peruano*.

12. Smith, Archibald, “Practical Observations on the Diseases of Peru”, p. 158, 1840.

seguidores se negaban a abandonar. Smith, además, envió una carta al cónsul británico en el Perú solicitando una queja formal contra el protomédico Valdés por “difamar a la ciencia británica”, por “sobrecargar a sus pacientes”, y por la muerte de cientos de enfermos en los hospitales de Lima como consecuencia de la prohibición que decretó del uso del mercurio para el tratamiento de la disentería.<sup>13</sup>

En respuesta, Valdés publicó un folleto titulado *Al público peruano el Protomédico General de la República en contestación a la diatriba del D. D. Archibaldo Smith, impresa en los números 38 y 39 del periódico titulado El Rejenerador* (1835). Valdés acusó a Smith de desconocer la realidad geográfica y climática del Perú (en el Perú predominaba aún una visión “ambiental” de la salud, que relacionaba la aparición de enfermedades con el clima, y la constitución física de las personas y su vulnerabilidad a ciertas enfermedades con sus regiones de origen), y le sugirió que antes de atender pacientes y recomendar tratamientos se hiciera aconsejar siempre por un médico local. El médico peruano defendió, además, la prohibición que decretó: utilizar derivados del mercurio para los pacientes con disentería, argumentando que este remedio no tenía efectos positivos entre la población criolla. También criticó las observaciones hechas por Smith según las cuales solo los nativos del Ande podían resistir de forma recurrente las sangrías, dada su mayor robustez física. En opinión de Valdés, estas erradas observaciones demostraban el poco conocimiento que el médico británico tenía sobre las peculiaridades fisiológicas de las poblaciones locales, puesto que si bien los habitantes del Ande tenían mayor resistencia física “para caminar descalzos o resistir el frío”, su constitución era la más débil al momento de recibir tratamientos médicos o resistir enfermedades. Una vez enfermos, escribió Valdés, “se transforman en la raza más débil de todas”. El médico peruano, además, hizo la siguiente pregunta: “¿Acaso presume Smith saber más de las enfermedades en el Perú

---

13. Lastres, Juan, *Historia de la Medicina peruana*, p. 170.

que los Aguirre, los Bueno, Unanues y Tafures? Solo en un estado de delirio pretende este profesor reformar la Medicina peruana”.<sup>14</sup> Finalmente, sería el Gobierno el que diera por concluido el debate, al decretar que la prohibición hecha por el Protomédico respecto del uso del mercurio para tratar la disentería solo se aplicaría a los pacientes peruanos. Los pacientes ingleses quedaban libres de recurrir al tratamiento que considerasen más conveniente.<sup>15</sup>

El debate entre Valdés y Smith refleja la importancia asignada al conocimiento de los climas y condiciones geográficas locales para la práctica médica entre los médicos peruanos. Lo cual a su vez refleja la prolongada permanencia e influencia de la figura de Hipólito Unanue. Es importante considerar también, como señala Marcos Cueto, que el rechazo a la presencia de médicos extranjeros en el Perú reflejaba la necesidad de proteger un mercado sumamente reducido para los médicos universitarios, dada la popularidad de los charlatanes, curanderos andinos y herbolarios chinos.<sup>16</sup> Un ejemplo de la importancia del factor económico en las conflictivas relaciones entre los médicos locales y extranjeros en la primera mitad del siglo XIX lo da la acusación formulada contra Smith, en 1838, de “acumular una enorme fortuna en muy poco tiempo sin ningún mérito para ello”.<sup>17</sup> Es decir, la disputa con los médicos peruanos no era únicamente debida a diferentes concepciones en la práctica médica sino también una disputa por prestigio y reputación académica y el mercado de Salud.

### 3. Los efectos de la altura en la salud

Uno de los aspectos que más interesó a Smith fue el de la geografía médica, en particular “determinar cuáles eran las enfermedades más

---

14. Valdés, José Manuel, *Al público peruano*, p. 11.

15. Indelicato, J., *Ensayo sobre el Mercurio Dulce*.

16. Cueto, Marcos, ed., *Saberes andinos*.

17. Indelicato, J., *Refutación de un Informe del doctor don J. Gastañeta*, p. 3.

recurrentes en cada región del Perú” y cómo los patrones epidemiológicos “eran modificados por los distintos climas y por la altura”.<sup>18</sup> Estos estudios, elaborados principalmente durante las décadas de 1840 y 1850, resultaron en una serie de artículos que fueron publicados bajo el título de *La geografía de las enfermedades en los climas del Perú*, primero en revistas británicas y, luego, traducidos al español por la *Gaceta Médica de Lima*. Siguiendo la más común concepción geográfica decimonónica, Smith dividió al Perú en tres regiones: Costa, Sierra y Montaña. A la Sierra, además, la subdividió en climas de grandes alturas y climas de alturas moderadas. Como muchos de los médicos europeos que elaboraron mapas epidemiológicos y geografías médicas del África, la India y América durante el siglo XIX, Smith elaboró sus estudios pensando en posibles zonas de colonización para inmigrantes europeos.

Según el médico británico, la región con el clima menos saludable del Perú era la Costa. Esta insalubridad, producto de la letal combinación de un clima cálido y húmedo, con el absoluto abandono de las condiciones higiénicas de los espacios públicos y privados, se reflejaba en la débil constitución física de la población “blanca criolla” y en la alta tasa de enfermedades nerviosas, estomacales y respiratorias, tales como el asma, la bronquitis y la tisis. En el caso de Lima, ciudad a la que comparó con un “hospital de convalecientes”, Smith señaló la mala calidad del agua que se consumía como la principal causa de la recurrente aparición de epidemias de disentería, y la poca circulación del aire como la causante de los males respiratorios. En opinión del médico escocés, en Lima los inmigrantes europeos y sus descendientes se tornarían “flojos, débiles y afeminados”.<sup>19</sup> Estos comentarios generaron la respuesta de la comunidad médica local, que desde el período colonial tardío venía defendiendo la habitabilidad del espacio peruano. El médico Leonardo Villar (1825-1900), profesor de Anatomía en la

---

18. Smith, Archibald, “Influence of the Climates of Peru”, pp. 479-480, 1856.

19. Smith, Archibald, “Practical Observations on the Diseases of Peru”, p. 299, 1840.

Universidad de San Marcos, escribió para la *Gaceta Médica de Lima* un artículo titulado “Reflexiones sobre la geografía de las enfermedades y climas del Perú del doctor Archibald Smith” (1858). En este artículo, Villar preguntó a Smith si había realizado “algún tipo de examen químico que pueda demostrar la pobreza del agua de Lima”. Además, señaló que muchas de las hipótesis formuladas por el médico británico no tenían ningún sustento experimental y, por ende, carecían de validez (lo que refleja, asimismo, la creciente importancia de la experimentación en la práctica médica durante el siglo XIX). El médico peruano también criticó a Smith por presentar como propias de la Costa enfermedades que, en realidad, eran más comunes en la Sierra y entre los pobladores andinos, como el asma. Con esta observación, Villar enfatizaba la ignorancia de Smith respecto de la geografía médica peruana.<sup>20</sup>

Otro clima sumamente hostil era también el de las grandes alturas andinas. Smith experimentó los efectos del “aire rarificado” cuando viajó por primera vez a Cerro de Pasco. Sobre su primer “encuentro” con la altura, escribió: “Mi dolor de cabeza era moderado, pero sufrí de un malestar general, y una sensación de opresión en el corazón y el estómago [...] mi respiración se hizo muy difícil”.<sup>21</sup> Como muchos de los médicos extranjeros residentes en el Perú, Smith estuvo fascinado por la geografía peruana y, en especial, por “la influencia de la altura en la fisiología y patología humanas”.<sup>22</sup> Aunque algunos de los malestares iniciales desaparecían a los pocos días, Smith señaló que la aclimatación a las grandes alturas nunca era completa, y para un europeo no era posible alcanzar los niveles de fortaleza física que se podían alcanzar en el llano. Entre los residentes europeos “la sensación de asfixia y el paso

---

20. Villar, Leonardo, “Reflexiones sobre la geografía de las enfermedades”, pp. 287-295.

21. Smith, Archibald, *Peru As It Is*, pp. 274-275, 1839.

22. Smith, Archibald, “Influence of the Climates of Peru”, p. 479, 1856.

acelerado del corazón se activan al más mínimo esfuerzo”.<sup>23</sup> Más bien, el médico británico quedó sorprendido por la habilidad de los pobladores nativos para realizar grandes esfuerzos físicos en condiciones climáticas extremas, y atribuyó esta capacidad a los cambios fisiológicos y anatómicos desarrollados durante el proceso de aclimatación a la altura. Smith señaló el amplio tórax de los pobladores nativos como uno de los principales mecanismos en dicho proceso de aclimatación.<sup>24</sup> En cuanto a las enfermedades, en las grandes alturas andinas eran comunes la hepatitis, las “congestiones cerebrales”, y las enfermedades respiratorias como la bronquitis y la neumonía, males que atribuyó al “efecto combinado de un aire rarefacto y bajas temperaturas”.<sup>25</sup>

La región más sana del Perú estaba comprendida por las alturas moderadas, en particular los valles andinos ubicados entre los 1500 y 3000 metros sobre el nivel del mar. Además de poseer un clima templado y “sin cambios bruscos de temperatura”, en estos valles la altura actuaba como una barrera contra la propagación de las más letales “enfermedades tropicales” como la malaria, la fiebre amarilla y el cólera. De acuerdo con Smith, una de las enfermedades más comunes de estos valles era el cretinismo, mal considerado típico de las zonas montañosas en todo el mundo. Había otras enfermedades, como la viruela y el tifus, que eran comunes en los valles andinos, pero estas eran el resultado no de malas condiciones ambientales, sino de la falta de asistencia médica y las pobres condiciones de vida de la población nativa. De otro lado, los valles andinos no solo eran los más favorables para la aclimatación de los colonos europeos, sino que además poseían propiedades terapéuticas para la cura de la tuberculosis y la recuperación de pacientes con problemas circulatorios, digestivos y nerviosos. En diversos artículos, publicados durante las décadas de 1840 y 1850, Smith defendió las

---

23. Smith, Archibald, “Climate of the Swiss Alps”, pp. 341-353, 1866.

24. *Ibidem*.

25. Smith, Archibald, “Practical Observations on the Diseases of Peru”, p. 56, 1840.

bondades curativas del clima de los Andes y él mismo envió a muchos de sus pacientes a residir por seis meses a un año en Jauja, “con resultados positivos”. En 1856, escribió: “El cambio del clima de Lima hacia el clima de las montañas hará mejor a la recuperación de los pacientes que todas las drogas del mundo”.<sup>26</sup>

La climatoterapia, o el cambio de clima para la cura de enfermedades, era una práctica bastante extendida en el siglo XIX. El uso de las alturas para la cura de la tuberculosis se basaba en la noción de que el aire de las montañas era más puro, más seco y poseía una mayor cantidad de ozono. El ozono u “oxígeno electrificado” servía para medir los niveles de contaminación ambiental de una región. A mayor cantidad de ozono, menor era la cantidad de “miasmas” de una localidad. Como lo observara el estudiante de medicina Manuel Rosa Fernández:

[...] el aire del campo, que es preconizado como el mejor para los individuos predispuestos, obra no solamente en razón de su pureza, sino también por el ozono, [que cumple] con relación a la atmósfera el mismo rol que el cloro en nuestros hospitales.<sup>27</sup>

Asimismo, existía la idea de que en ambientes con “bajos niveles de oxígeno” la respiración se hacía más profunda, lo cual ayudaba a dilatar los pulmones y expandir el pecho, y de esta manera se erradicaban los “tubérculos” o tumores enquistados en los pulmones. En 1866, en su tesis de bachillerato titulada *Influencia perniciosa del clima de Lima en la tisis pulmonar tuberculosa*, el médico José María Zapater escribió: “Hemos probado, en efecto, que el oxígeno es un elemento destructor del tísico, por consiguiente, los lugares que por su altura tengan en un mismo volumen menor cantidad de este gas, convendrán más para esta afección”.<sup>28</sup> De otro lado, los cambios de clima no eran recomendados

---

26. Smith, Archibald, “Influence of the Climates of Peru”, p. 485, 1856.

27. Rosa Fernández, Manuel, “Profilaxis de la tisis”, pp. 79-80.

28. Zapater, José María, “Influencia perniciosa del clima de Lima”, p. 15.

únicamente para solucionar problemas relacionados a la tuberculosis. Un alejamiento de los grandes centros urbanos permitía a los pacientes escaparse del estrés, hacinamiento, degeneración moral y el sedentarismo propio de las grandes ciudades. En el campo, el apetito, el sueño y el afán por hacer ejercicio se incrementaban, con lo cual se aceleraba la recuperación de los pacientes.

Hacia la segunda mitad del siglo XIX, el valle de Jauja sería idealizado como una especie de panacea para la erradicación de las enfermedades respiratorias en el país. En 1858, el abogado Manuel Atanasio Fuentes estimó en un 80% la efectividad de dicho lugar en la cura de males respiratorios, atribuyendo los casos fallidos a los pacientes que llegaban a Jauja en un estado muy avanzado de la enfermedad.<sup>29</sup> En 1860, en sus *Estudios sobre la provincia de Jauja*, escritos con el fin de promocionar la construcción del ferrocarril de Lima a esa región, Manuel Pardo señaló:

[...] se podría trasladar a Jauja la mayor parte de los establecimientos de instrucción pública superior con lo cual al mismo tiempo que la salud no ganaría poco la educación moral de nuestra juventud. Allí encontraríamos un clima sano y tónico, baratura de la vida y ausencia de los elementos de corrupción de las grandes poblaciones.<sup>30</sup>

Al año siguiente, en un intento por hacer decrecer los altos índices de mortalidad por tuberculosis entre los soldados peruanos, se construyó en Jauja el primer hospital militar para soldados nativos de la Sierra que adquirieron la tuberculosis en la Costa.<sup>31</sup> En décadas siguientes se construirían, además, un hospital privado, El Nueve de Diciembre, y un hospital público, el Sanatorio Olavegoya, que dieron alojamiento

---

29. Fuentes, Manuel Atanasio, *Estadística general de Lima*.

30. Pardo, Manuel, "Estudios sobre la provincia de Jauja", pp. 15-21, 56-61, 147-156, 199-206, 345-50, 393-99, 441-53.

31. En 1861 se registraron 50 pacientes en dicho hospital.

tanto a pacientes de Lima como a visitantes norteamericanos y europeos que llegaron a Jauja convencidos de sus propiedades terapéuticas. A comienzos del siglo XX, el renombrado médico alemán Hermann Weber escribió:

[...] el uso de las alturas suizas para la cura de la tuberculosis se puede decir que empezó alrededor de 1865, muchos años después de que Archibald Smith hubiera demostrado las bondades de los climas de los valles andinos.<sup>32</sup>

Aunque no es acertado afirmar que Smith “descubrió” las propiedades curativas de los valles andinos, esta cita ilustra el importante rol que el médico escocés cumplió en la “internacionalización” de Jauja como un sanatorio para pacientes con males respiratorios.

Hacia el final de su estancia en el Perú, Smith reorientó su atención hacia una enfermedad en particular: la fiebre amarilla. Aunque esta había existido en forma endémica en varias ciudades americanas desde el siglo XVII, en Lima la enfermedad recién apareció hacia la década de 1850, desatando un enorme interés profesional por conocer sus orígenes. El interés de Smith por la fiebre amarilla respondía tanto a factores profesionales como personales. Su esposa y su hija fueron afectadas por esta enfermedad, y aunque lograron sobrevivir, inmediatamente después de recuperarse decidieron retornar a Escocia. Como médico residente en dos de los hospitales más grandes de Lima —San Andrés y Santa Ana— y médico privado de muchos residentes extranjeros en la capital, Smith tuvo la oportunidad de observar directamente algunos de los primeros casos de fiebre amarilla, así como la rápida forma en que la enfermedad se propagaba. Durante la década de 1850, el médico británico publicó una serie de artículos sobre la fiebre amarilla en el Perú en la prestigiosa *Transactions of the Epidemiological Society of London*. Más importante para este ensayo, Smith se convertiría en un

---

32. Weber, Hermann, *Climatotherapy and Balneotherapy*, p. 134.

personaje central en las polémicas que surgieron en la comunidad médica local sobre la capacidad de la fiebre amarilla —una enfermedad considerada propia de lugares tropicales— de propagarse en las alturas andinas.

#### **4. ¿Fiebre amarilla en las alturas andinas?: la tropicalidad de los Andes**

Durante la década de 1850 —específicamente entre 1853 y 1857— varias epidemias de origen desconocido, inicialmente calificadas de “peste” o “peste maligna”, empezaron a expandirse por el interior del país y a diezmar a la población andina.<sup>33</sup> Estas epidemias fueron especialmente impactantes en la ciudad del Cuzco, donde cobraron la vida de aproximadamente 12,000 personas, 30% de la población total, de acuerdo con Smith.<sup>34</sup> Las epidemias andinas de la década de 1850, y las reacciones que suscitaron, merecen un estudio exhaustivo, pues reflejan aspectos centrales de la situación de la salud pública peruana. Entre estos aspectos tenemos: el importante rol de la Iglesia en el manejo de la Salud (en muchos casos los enfermos no pedían el auxilio de los médicos sino la visita de un párroco); los conflictos entre autoridades políticas y religiosas (por ejemplo, los prefectos acusaban a los párrocos de no proceder al entierro de las víctimas hasta no recibir algún tipo de pago, con lo cual de acuerdo con los médicos se propagaban con mayor rapidez las epidemias); las carencias institucionales (como el pobre papel desempeñado por las sociedades de beneficencia); las pésimas condiciones higiénicas de las ciudades del interior del país, como el Cuzco; y cuestionadas reacciones populares, como la práctica de

---

33. Según Smith, estas epidemias causaron la muerte de aproximadamente una cuarta parte de la población andina. “On the Rise and Progress of Yellow Fever in Peru”, p. 168, 1855.

34. Smith, Archibald, “On the Rise and Progress of Yellow Fever in Peru”, p. 168, 1855.

realizar procesiones en tiempos de epidemia. Los debates acerca del origen de estas epidemias son también interesantes porque reflejan diversos aspectos del pensamiento médico decimonónico, tales como la relación entre raza, clima y enfermedad.

Mientras la mayoría de los miembros de la Sociedad Médica de Lima postuló que se trataba de epidemias de tifus que habían surgido de forma aislada a las epidemias de fiebre amarilla de las ciudades de la Costa, Smith adoptó una posición contraria. En su opinión, las epidemias de los Andes no habían surgido de forma “espontánea”, sino que habían sido importadas desde la Costa, y más aún, argumentó que eran epidemias de fiebre amarilla aunque con peculiaridades únicas, las cuales habían sido adquiridas en el paso del clima de la Costa al clima de las alturas.<sup>35</sup> El médico británico señaló, además, que no era posible que estas epidemias hubieran surgido de forma espontánea en los Andes, dado que no se había registrado ningún “cambio atmosférico” importante en la región que pudiera ser relacionado con su aparición. Aunque es una idea que se remonta a siglos atrás, es interesante notar la permanencia de la relación entre cambios climáticos o desastres naturales y la aparición de epidemias hasta muy entrado el siglo XIX.<sup>36</sup> Según Smith, el origen de estas epidemias era el recurrente movimiento de tropas de la Costa a la Sierra y viceversa. Los soldados, aunque partían de sus hogares con buena salud, usualmente regresaban portando diversas enfermedades, entre ellas el paludismo y la disentería, convirtiéndose en agentes principales en la transmisión de las mismas. Aunque el médico escocés era consciente de que no todas las víctimas presentaban los síntomas “típicos” de la fiebre amarilla, como el color amarillento de la piel, “la sequedad del hígado”, o el vómito negro, atribuyó esto a la

---

35. De acuerdo con la ciencia médica actual la posición de Smith estaba equivocada, dado que los mosquitos transmisores de la fiebre amarilla no sobreviven a más de 1500 metros sobre el nivel del mar.

36. Aunque en la actualidad pueda parecer extraño, hasta mediados del siglo XIX, los médicos solían indagar en posibles causas meteorológicas para explicar la aparición de una epidemia.

influencia de la altura y las condiciones climáticas de los Andes, que, como ya se ha dicho, habían generado “peculiaridades únicas” en la enfermedad. En 1857, señaló:

Debo remarcar que el aspecto más interesante de estas epidemias es la influencia que tuvo la altura en su desarrollo. Las pestes de los Andes son esencialmente del mismo origen o un resultado de las epidemias de fiebre amarilla de la Costa.<sup>37</sup>

En otros casos, Smith sí encontró el color amarillento de la piel entre las víctimas, y señaló que la fiebre amarilla sí podía propagarse a moderadas alturas, aunque en forma “modificada”, una explicación que no fue aceptada por los miembros de la Sociedad Médica de Lima.

Ante las dudas surgidas con respecto al origen de estas epidemias, la Sociedad Médica de Lima decidió enviar al Cuzco una comisión, dirigida por José Mariano Macedo (1825-1894), destinada a determinar si se trataba de fiebre amarilla o de tifus. Después de visitar poblados afectados por la epidemia y observar directamente a algunos de los enfermos, Macedo, profesor de Patología General de la Universidad de San Marcos, concluyó que se trataba de epidemias de tifus. Según Macedo, no era posible que fueran epidemias de fiebre amarilla, dado que esta enfermedad solo brotaba en lugares cálidos y nunca en lugares elevados. Además, la fiebre amarilla solía generar una mayor mortandad entre la población extranjera, y, en el caso de estas epidemias, el mayor número de víctimas se registró entre la población nativa. En cuanto a los síntomas observados, en opinión del catedrático sanmarquino, estos correspondían al tifus, debido a que pocas de las víctimas presentaban el color amarillento típico de la fiebre amarilla. Finalmente, la comisión dirigida por Macedo consideró “natural” que el tifus se propagara en forma epidémica en los Andes, dada la falta de higiene entre la población nativa y la alta susceptibilidad de la “raza” indígena hacia

---

37. Smith, Archibald, “Typhoid Fever in the Andes”, p. 382, 1857.

esta enfermedad.<sup>38</sup> Es importante señalar que, hasta mediados del siglo XX, fue común la creencia de que ciertas “razas” eran inherentemente más susceptibles a ciertas enfermedades que otras. Este era el caso, por ejemplo, de la población negra con la viruela, la población china con la fiebre amarilla y la población andina con el tifus.

Smith cuestionó la noción de la población andina como racialmente más vulnerable al tifus, y atribuyó la alta tasa de mortalidad en esta a factores socioeconómicos. En 1861, escribió: “Ha sido una vana invención calificar a estas epidemias como peculiares a la raza indígena [...]. Dadas sus condiciones de vida, solo los indios pudieron haber sido las víctimas”.<sup>39</sup> En efecto, el médico escocés criticó duramente la poca atención que se prestaba a las condiciones de vida, la educación higiénica y las condiciones sanitarias de la población de los Andes. En su opinión, las tasas de mortalidad entre la población nativa hubiesen sido bastante menores de gozar “[...] los pobres indios de las mismas condiciones de vida que los *Dons*, de vivir en casas en vez de chozas, y de poseer cuartos separados en donde acomodar a los enfermos”.<sup>40</sup> Las erradas observaciones de los médicos de Lima con respecto a la causa de estas epidemias eran consecuencia de su falta de interés y poco conocimiento del mundo andino. Durante sus viajes por los Andes, Smith pudo observar la escasez de médicos profesionales en el interior del país, algo que atribuyó a “[...] los poco favorables efectos del clima de las alturas sobre la delicada constitución y hábitos de la elite médica de la Costa”.<sup>41</sup> Con esta cita, Smith enfatizaba de forma irónica la poca disposición de los médicos de Lima por adentrarse al interior del país y su limitada experiencia fuera de la capital.

A pesar de las polémicas, Archibald Smith fue reconocido por la elite médica local como una importante autoridad en materia de epide-

---

38. Macedo, José Mariano, “Carta al doctor Smith”, pp. 222-224.

39. Smith, Archibald, “On the spotted-haemorrhagic yellow fever”, p. 297, 1861.

40. *Ibidem*.

41. Smith, Archibald, *Peru As It Is*, p. 191, 1839.

miología, como lo demuestra su nombramiento, en 1858, como miembro corresponsal, y en 1860, como miembro permanente de la Comisión de Epidemiología de la Sociedad Médica de Lima. Sobre este último nombramiento, señaló: “Fui puesto en una posición privilegiada que me permitió analizar con más detalle las causas y propagación de las enfermedades en el Perú, en especial de la fiebre amarilla”.<sup>42</sup> En diciembre de 1860, el médico británico decidió retornar a Escocia para reencontrarse con su esposa, quien, como ya se ha dicho, algunos años atrás había dejado el Perú debido a su delicado estado de salud.<sup>43</sup>

El caso de Smith no fue, en lo absoluto, único. Como él, durante el siglo XIX, muchos médicos europeos decidieron, por múltiples motivos, seguir una carrera profesional en la India, África y América Latina. Este artículo ha buscado mostrar cómo las vidas y carreras profesionales de estos médicos brindan oportunidades magníficas para adentrarse en las prácticas sanitarias decimonónicas. Asimismo, en el caso de Smith y el Perú nos permite observar la fragilidad de las instituciones sanitarias y las condiciones de salud pública locales, las cambiantes actitudes de los médicos peruanos respecto a la presencia de médicos extranjeros, y las conflictivas percepciones en relación con la salubridad de los climas y poblaciones locales.

---

42. Smith, Archibald, “On the spotted-haemorrhagic yellow fever”, p. 282, 1861.

43. Smith, Archibald, Personal Papers, MS 9516, National Library of Scotland.

## IV

### ENTRE LA MEDICINA, EL COMERCIO Y LA POLÍTICA: el cólera y el Congreso Sanitario Americano de Lima, 1888

MARCOS CUETO Y BETTY RIVERA<sup>1</sup>

LA HISTORIA de la Salud Pública internacional es un tema importante que ha sido poco tratado en el Perú.<sup>2</sup> El propósito de este artículo es estudiar un hecho de esta historia; el Congreso Sanitario Americano de Lima, llevado a cabo en 1888 durante el periodo de la historia peruana conocido como la Reconstrucción Nacional. Este Congreso tuvo como tema central la amenaza de la propagación del cólera desde Chile al resto de la región del Pacífico de Sudamérica y en el mismo participaron delegados de Perú, Chile, Bolivia y Ecuador. La epidemia de cólera que llegó a Chile —una enfermedad cuyos síntomas eran dramáticos: diarreas incontrolables y vómitos que deshidrataban al enfermo quien podía morir en pocas horas—, fue parte de lo que se considera la quinta pandemia mundial que se desató en 1881 en la India (la primera de estas epidemias internacionales comenzó en 1817), y que inicialmente se había ensañado con las costas mediterráneas de

- 
1. Profesor principal de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y estudiante de Historia de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, respectivamente. Los autores quieren agradecer a Hugo Pereyra por sus valiosos comentarios.
  2. Un panorama general de la Salud Pública en el Perú aparece en Bustíos Romaní, Carlos, *Cuatrocientos años de la salud pública*. Estudios sobre la salud internacional para otras regiones son por ejemplo: Saralegui, José, *Historia de la sanidad*; Howard-Jones, Norman, "The scientific background", pp. 455-470, y Hardy, Anne, "Cholera, the Quarantine", pp. 250-269.

Europa, pero que después se extendió a Rusia, Alemania, Japón, China y América Latina.<sup>3</sup>

Desde diciembre de 1886 hasta abril de 1888 Chile fue sacudido por epidemias de cólera que eran la extensión de brotes aparecidos pocos años antes en Argentina y Uruguay. Las alarmantes noticias de esta enfermedad eran conocidas por las elites médicas y políticas peruanas, debido a las recurrentes epidemias de cólera que habían atravesado países europeos, los Estados Unidos, y otros países americanos durante el siglo XIX.<sup>4</sup> El cólera fue el motivo, en otras partes del mundo, de reuniones, códigos de sanidad marítima, cuarentenas, cierre de puertos, y construcción de lazaretos (hospitales de aislamiento) que buscaban proteger a los países que pudiesen ser afectados. A fines del siglo XIX estas medidas buscaron modernizarse y armonizar sus objetivos con los del comercio, que a veces parecían opuestos. Es decir se trató de conjugar la protección tanto del creciente comercio internacional como la salud de los habitantes de los puertos y ciudades. Para lograr esta articulación fue necesaria la colaboración entre médicos y políticos, y la realización de congresos como el que examinamos en este artículo.

Para la historia de la Medicina peruana el Congreso Sanitario fue importante porque contribuyó a la consolidación de una nueva Facultad de Medicina en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, fue la primera reunión de este tipo realizada en el país, y uno de los primeros esfuerzos por coordinar la sanidad marítima sudamericana; que ocurrió antes del establecimiento en 1902 de una agencia permanente de Salud Pública en el hemisferio occidental (que hoy es conocida como la Organización Panamericana de la Salud).<sup>5</sup> Al mismo tiempo, este suceso también es relevante para la historia médica peruana porque reflejó la transición entre dos paradigmas médicos sobre las enferme-

---

3. Speck, Reinhard S., "Cholera", pp. 642-649, y Pollitzer, Robert, *Cholera*.

4. Rosenberg, *The cholera years*. Evans, Richard J., *Death in Hamburg*; y Delaporte, François, *Disease and civilization*.

5. Cueto, Marcos, *El valor de la salud*.

dades, que no estuvo libre de contradicciones. La discusión de la conferencia muestra cómo los contemporáneos combinaban, con fluidez y naturalidad, paradigmas médicos supuestamente opuestos como la Teoría Miasmática, que prevaleció desde finales del siglo XVIII, y la Teoría del Germen de la Enfermedad, que surgió en Europa a finales de la década de 1860 contradiciendo a la anterior.

Las ideas miasmáticas consideraban que las enfermedades infecciosas se generaban por la descomposición de materias orgánicas que envenenaban la atmósfera o se impregnaban a los objetos. Fuentes de contagio podían ser la basura, los cadáveres abandonados, el agua estancada y los pantanos. Estas ideas prevalecieron entre los médicos desde el siglo XVIII hasta finales del siglo XIX, y sustentaron las creencias populares que consideraban que la suciedad, en sí misma, podía producir epidemias de diverso tipo. Asimismo, los miasmáticos consideraban que cambios bruscos en la temperatura o en el medio ambiente (como un terremoto) podían desatar una epidemia. Por el contrario, la Teoría del Germen de la Enfermedad, que surgió en Europa al compás de los trabajos del francés Louis Pasteur y el alemán Roberto Koch, buscaron diferenciarse radicalmente de las ideas miasmáticas, postulando que las infecciones eran originadas por seres microscópicos que no surgían espontáneamente sino que eran transmitidos o contagiados, de una persona enferma a otra sana. Sus ideas encumbraron a la bacteriología como la más importante de las ciencias médicas. Sin embargo, como lo han demostrado varios historiadores, las fronteras entre estas dos teorías eran mucho más porosas en la mentalidad y la práctica de la mayoría de los médicos de fines del siglo XIX.<sup>6</sup> Algo parecido iría a ocurrir en Lima en las discusiones del Congreso Sanitario.

Para la historia política del Perú, el análisis del Congreso es importante porque sugiere la riqueza del periodo conocido como la Reconstrucción Nacional; que no ha recibido la suficiente atención de los

---

6. Véase, Ackernelch, Erwin H., "Anticontagionism", pp. 562-593, y Pelling, Margaret *Cholera, fever*.

historiadores, salvo excepciones como las de Pereyra y Millones.<sup>7</sup> Poco después de finalizada la Guerra del Pacífico, grupos políticos, profesionales e intelectuales, sobre todo limeños y de la Costa peruana, y generalmente influenciados por el positivismo, trabajaron por reconstruir el país a través de una economía de exportación diversificada, la atracción de inmigrantes de origen europeo y la creación o reorganización de instituciones culturales, científicas y educativas (como la Sociedad Geográfica de Lima, la Universidad de San Marcos, la Academia Nacional de Medicina y la Biblioteca Nacional). En ese contexto los médicos y los naturalistas fueron adquiriendo relevancia y su labor empezó a ser considerada funcional al Estado. Por ejemplo, sus actividades estuvieron ligadas al objetivo gubernamental de modernizar el comercio marítimo y aminorar el impacto económico de las epidemias.

Es decir, el Congreso Sanitario de Lima estuvo relacionado con el ascenso y lucha por la legitimidad de líderes profesionales y elites médicas que empezaron a ocupar cargos públicos en instituciones estatales relacionadas con la salud, y quienes querían demostrar su utilidad para la economía y el Estado.

## 1. El cólera en Chile

Chile fue atacado por el cólera entre 1868 y 1874, cuando las provincias argentinas fronterizas con ese país sufrieron los primeros estragos de la enfermedad. Sin embargo, estos brotes fueron limitados y no concitaron la atención de las autoridades chilenas. Solo entre diciembre de 1886 y enero del año siguiente, cuando la enfermedad apareció con furia en Valparaíso, y poco después en todos los barrios de la capital chilena, se empezaron a tomar algunas medidas de

---

7. Por ejemplo, Jorge Basadre hace mención al encuentro sanitario, pero no explica su importancia. Basadre, Jorge, *Historia de la República*, tomo X. Lima: Empresa Editora El Comercio, 2005; p. 229. Pereyra Plasencia, Hugo, "El radicalismo peruano", Millones, Iván, "Los cacceristas de la República Aristocrática", pp. 137-174.

control.<sup>8</sup> El temor que generó una enfermedad que se sabía era altamente contagiosa y para la cual no existía terapia efectiva ni vacuna alguna, llevó a que el 4 de diciembre de 1886 el presidente José Manuel Balmaceda decretara prohibida toda comunicación con Argentina. Poco después el gobierno chileno nombró una Comisión de Higiene Pública para que impusiera con energía cuarentenas marítimas, cordones terrestres y la vigilancia de viajeros, enfermos y de personas “sospechosas” de tener la enfermedad. La Comisión recurrió al consenso mundial de entonces según el cual la enfermedad se propagaba principalmente a través de los viajes de personas infectadas, se contagiaba por las deposiciones de personas enfermas que contaminaban el agua usada por los sanos, y encontraba un caldo de cultivo en las malas condiciones sanitarias. Según un historiador chileno “desde un primer momento las autoridades tuvieron plena conciencia de que las aguas eran uno de los medios de transmisión por excelencia de los vibriones colerígenos”, e intentaron controlar la pureza del agua, a pesar que esto era difícil de implementar ya que el agua transcurría en las calles de las ciudades en canales abiertos.<sup>9</sup>

Algo más trascendente fue que a partir del trabajo de la Comisión chilena se promulgó en diciembre de 1886 una Ley de Salubridad para regular la apertura o clausura de puertos, los cordones sanitarios, el aislamiento de las provincias, los lazaretos, y hasta las medidas de higiene individual.<sup>10</sup> A partir de la epidemia se otorgaron amplias facultades al Ejecutivo para combatir las epidemias (algo que no existía previamente). En enero de 1887 una nueva Junta General de Salubridad presidida por el Ministro del Interior centralizaba las funciones sanitarias, promovía la prevención de la enfermedad y debía ser capaz de brindar servicios médicos a domicilio.

---

8. Bordi de Ragucci, Olga, *Cólera e inmigración*, Góngora, Álvaro, “La epidemia del cólera”, p. III, Laval, Enrique R., “El cólera en Chile”, pp. 86-88.

9. Góngora, Álvaro, “La epidemia del cólera”, p. 112.

10. Díaz, Wenceslao, *Memoria de la Comisión Directiva del Servicio Sanitario*, p. 5.

Según un informe oficial, se habían producido 1260 muertes por cólera solo en Santiago durante el año de 1887.<sup>11</sup> Trabajos posteriores han mostrado que según los datos del Registro Civil más de 23,000 entierros de difuntos de cólera se realizaron en 1886 y en 1887 (un trabajo más reciente sugiere que pudieron morir alrededor de 40,000 personas por esta enfermedad por la cantidad de casos no identificados por las autoridades); lo que era una cifra elevadísima en un país como Chile que solo tenía entonces tres millones de habitantes.<sup>12</sup> Según una historiadora chilena el cólera fue una “catástrofe social”, un “terremoto de las conciencias”, que hizo que la elite se diera cuenta de las condiciones de miseria en que vivía la mayoría de la población, y que jugó un papel importante porque abrió “las puertas hacia la participación política y administrativa del cuerpo médico” en importantes medidas higiénicas.<sup>13</sup> Algo parecido ocurriría en el Perú.

Algunas de las medidas de la comisión chilena no fueron bien recibidas por algunos congresistas porque aducían que afectaba el comercio, especialmente el tráfico ganadero con la Argentina, y que eventualmente eran inefectivas y más perjudiciales que el cólera mismo por el daño económico que producían.<sup>14</sup> Mas todo indica que las autoridades sanitarias no pudieron implementar estrictamente las medidas que dictaron porque a pesar de sus esfuerzos el cólera cruzó la frontera, siguiendo una vía terrestre, desde la Argentina y se instaló en Chile. De esta manera, la epidemia puso en evidencia en ese país, así como en otros del continente, la carencia de un consenso entre las autoridades de cómo enfrentar las epidemias, así como la falta de una legislación sanitaria adecuada y moderna que permitiera responder rápida y eficazmente a

---

11. Matto, David, “El cólera en Chile”, pp. 41-68, 1888.

12. Laval, Enrique, “El cólera en Chile”, p. 88 y Costa-Casaretto, C., “100 años atrás”, p. 228.

13. Illanes, María Angélica, *En el nombre del pueblo*, p. 68.

14. *Ibíd.*, p. 67.

los brotes epidémicos y proteger a su población. Asimismo, la epidemia reveló las malas condiciones higiénicas de las ciudades y puertos.

La enfermedad se extendió en Chile durante todo el año 1887 y amenazó con llegar al Perú y a otros países de la costa del Pacífico de Sudamérica.

## 2. La amenaza del cólera en el Perú

Las noticias de la epidemia en el país vecino se siguieron con preocupación en los diarios peruanos de la época.<sup>15</sup> Especial alarma causaron los informes acerca de que la enfermedad había llegado al norte de Chile. Una noticia de Tacna de fines de 1887 daba cuenta de

[...] la mucha progresión del cólera, trayendo el espanto, la desolación y la muerte por donde extiende su bacilo fatídico. Por los últimos partes recibidos de Valparaíso en un solo día había 88 casos nuevos y 39 muertos. En la Bahía [refiriéndose a Arica] se habían presentado casos fatales así es que esto ha causado alarma en la Costa, porque cualquier vapor nos puede traer el terrible huésped.<sup>16</sup>

Un primer dato interesante de comentar sobre los médicos peruanos es que estaban en sintonía con la medicina mundial, a pesar de que apenas se había salido del conflicto armado que tuvo casi aislado al Perú del resto del mundo. Los médicos nacionales que escribieron en los periódicos y las revistas comentando la amenaza que venía desde Chile ya sabían de los importantes descubrimientos del alemán Roberto Koch (quien en Alejandría y Calcuta había identificado el micro-

---

15. Por ejemplo, "Boletín: el cólera", pp. 41-43, Ríos, José A. de los, "Los microbios", pp. 17-23, Muñoz, Andrés, "Tratamiento del cólera", pp. 57-72, "Medidas contra el cólera", pp. 410-412.

16. "Sección: provincias: telegramas", *La Época*, 17 de enero de 1888. Este diario es conservado en la Biblioteca Central de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos pero sin numeración en las páginas.

organismo en 1883), de su origen endémico en la India, de la importancia de la pureza del agua potable para prevenir la enfermedad, y de la necesidad de cuarentenas, cordones sanitarios y lazaretos, así como de la urgencia de promover la higiene, a pesar de que algunas de estas medidas parecieran una anatema para los intereses comerciales.<sup>17</sup> De igual manera, los peruanos realizaron regularmente transcripciones y traducciones de trabajos que aparecían en el Viejo Continente; como el de Emile Roux, discípulo de Louis Pasteur, que confirmó en Francia el descubrimiento de Koch, y hasta reprodujeron el extravagante trabajo de un médico español que relataba cómo en un sueño se le había aparecido el espíritu de Hipócrates para discutir el mejor tratamiento del cólera.<sup>18</sup>

El temor de los médicos peruanos a la llegada del cólera desde Chile se combinó con una crítica a la pobreza y falta de recursos sanitarios en Lima y en las provincias del país. Siguiendo el razonamiento de un connotado médico peruano:

Según los más acreditados observadores, las evacuaciones excrementicias de un colérico son el receptáculo y el vehículo del agente morbífico [...] en Lima, en que cada acequia es una sentina ¿no bastaría derramar en cualquiera de ellas un vaso de evacuación colérica, para que el mal adquiriese proporciones enormes? Indudablemente que sí.<sup>19</sup>

Sobre las provincias, un artículo de *La Crónica Médica* hizo un llamado al gobierno para mejorar las pésimas condiciones de estas localidades: “[...] abatidas por la miseria y sin higiene de ninguna clase [...]

---

17. Además de las referencias dadas en la cita 15, véase, “Boletín: el cólera”, p. 1, Alarco A. y Juan C. Grieve, “Lazareto para coléricos”, pp. 48-49, “Lazareto Central”, pp. 209-216.

18. Doctor Díaz Benito, “Revelación”, pp. 37-40. Reproducido de *El siglo médico* de Madrid, n.º 1659, p. 188.

19. Leonardo Villar, “El cólera”, *El Comercio*, diciembre 20, 1886, p. 1. Uno de los significados de “sentina” era un lugar lleno de inmundicias y mal olor.

[que] serían totalmente devoradas por el flagelo”.<sup>20</sup> Al mismo tiempo, el artículo citado reforzó el injusto estigma que existía en contra de los chinos, que ocupaban un barrio de Lima. En un intento drástico por reforzar el racismo y el incipiente autoritarismo político con argumentos médicos, se defendía el derecho de la Municipalidad de Lima de:

[...] desalojar las colmenas humanas que existen en las vecindades de la plaza del mercado de la ciudad, compuestas [por] las poblaciones más sucias que hay que son los chinos, sobre todo en el Jardín de Otaiza, que no solo se debía aligerar de sus habitantes sino también quemarlo”.<sup>21</sup>

Otro indicador de que la amenaza del cólera y la Teoría del Germen de la Enfermedad se inscribieron en la cultura política de la época es un artículo firmado con un seudónimo, titulado “Los microbios”, que apareció en el diario *El Comercio* y que comentaba la amenaza de la epidemia haciendo una metáfora política que revelaba el miedo de la élite a un cambio social radical y una crítica a quienes rodeaban al gobernante de la nación: “Se dice que el socialismo es el microbio de los emperadores alemanes y que el comunismo de la República Francesa [...] en el Perú [son] los oportunistas [los microbios] que pululan alrededor del presidente”.<sup>22</sup>

La amenaza del cólera era preocupante en una ciudad como Lima donde las enfermedades diarreicas —que tienen una causalidad parecida a la de esta enfermedad— eran altísimas. Según un informe de 1886, las muertes por enfermedades “del aparato digestivo” y la tifoidea, que se transmitían esencialmente a través del agua contaminada, se ensañaba con los niños y sumaban 679; lo cual era una cifra significativa para la

---

20. “Boletín: el cólera”, p. 1.

21. *Ibidem*, p. 4.

22. El Canónigo Moro, “Los microbios”, *El Comercio*, 7 de enero de 1888, p. 3.

mortalidad total de 4529 personas.<sup>23</sup> En otro informe sobre el último trimestre de 1887 la mortalidad por enfermedades digestivas ocupaba el tercer lugar, poco después del paludismo y la tuberculosis pulmonar.<sup>24</sup> Estas cifras eran preocupantes para los médicos, empeñados en demostrar que una de las debilidades del Perú era su escasa población, y particularmente para Lima donde sabían que la mortalidad era superior a la natalidad y estimaban que el aumento de la población, de poco más de 100,000 habitantes, había sido insignificante desde el censo nacional de 1876.

Los trabajos sobre la enfermedad en la prensa y en las revistas médicas fueron hechos para promover a la Medicina como el mejor medio de protección e incremento del comercio y la población.<sup>25</sup> Un indicador del compromiso de los profesionales peruanos por hacer de la Medicina y de la higiene los temas centrales para el desarrollo del país es el siguiente extracto de un artículo escrito en medio de la epidemia en Chile:

Si la Medicina cura a los individuos [y] la higiene salva a los pueblos [...] todo lo que nos rodea cae bajo el dominio de la higiene: a los individuos los hace robustos, sanos y capaces; a los pueblos y naciones los hace fuertes, ricos y respetados.<sup>26</sup>

Es importante enfatizar que estas actividades eran algunas de las primeras de los miembros de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos, después de la Guerra del Pacífico, ya que durante la ocupación de Lima esta había sido prácticamente destruida pues su

---

23. Muñiz, Manuel A., "Mortalidad y natalidad", pp. 225-235, Fernández Dávila, Aníbal, "Mortalidad de la primera infancia", pp. 307-313.

24. Avendaño, Leonidas, "Natalidad y mortalidad", pp. 135-140.

25. Por ejemplo, Ríos, José de los, "Apuntes de la terapéutica", pp. 87-99, Almenara Butler, Francisco, "Del cólera y su tratamiento", pp. 29-36,

26. Muñiz, Manuel A., "Mortalidad y natalidad", pp. 225-235.

establecimiento fue usado como un cuartel y parte de sus bienes fueron dilapidados. Prácticamente, una nueva Facultad emergió a mediados de 1886; un gremio fortalecido bajo el liderazgo de Manuel Odriozola, quien se consolidó como líder de los profesionales de la Salud después de un incidente con el dictador Miguel Iglesias, que lo separó temporalmente junto a la mayoría de integrantes de la Facultad de la universidad, lo cual llevó al galeno peruano a mediados de 1885 a formar la Academia Libre de Medicina. Un nuevo contexto político se inició en julio de 1886 cuando Andrés A. Cáceres, al frente del Partido Constitucional, se convirtió en Presidente de la República. De hecho, en julio de 1888, el año del Congreso Sanitario, y cuando ya Odriozola estaba reincorporado a la Facultad, la Academia Libre se transformó y fue reconocida por el gobierno de Cáceres como la Academia Nacional de Medicina; lo que le daba un estatus nacional e internacional.<sup>27</sup>

En esos años, la Facultad de Medicina y la Academia estaban en pleno proceso de crear una tradición de desinterés, sacrificio y de servicio al país a favor de los profesionales de la Salud alrededor de la memoria de Daniel A. Carrión (quien había muerto estudiando la verruga peruana en octubre de 1885), y de una vieja idea de Hipólito Unanue; la Medicina entonces protegería y aumentaría a la población contribuyendo al desarrollo del país. A este objetivo se sumaba una activa asociación de estudiantes formada en los últimos años de la ocupación chilena de Lima llamada la Unión Fernandina, que tenía socios corresponsales en las principales ciudades del país y era responsable de la más importante revista médica de su época: *La Crónica Médica*.<sup>28</sup> En la celebración del aniversario de la muerte de Carrión, la Unión Fernandina reivindicó como un motivo de orgullo nacional el tener una dolencia propia, es decir la verruga peruana o Enfermedad de Carrión: “Las riberas de Ganjes tienen su cólera morbosos, el golfo de México su

---

27. Valdizán, Hermilio, “Academia Libre”, pp. 18-22. Biblioteca de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

28. Valdizán, Hermilio, “Sociedad Médica”, pp. 41-45.

fiebre amarilla, ¿por qué el Perú no había de tener [...] una [enfermedad] infecciosa propia, exclusiva?”<sup>29</sup>

Poco después de iniciada la epidemia en Chile, en parte gracias a la presión de los médicos, las autoridades políticas peruanas clausuraron los puertos para naves procedentes del Uruguay, Argentina y Chile (una medida que se aplicó a comienzos del año 1887, se suspendió por unos meses de ese mismo año, y se restableció a fines del mismo; llegando a durar cuatro meses entre fines de 1887 y comienzos de 1888). En el caso de los navíos chilenos, estos permanecían en cuarentena en el puerto de Ilo.<sup>30</sup> La misma disposición se había tomado poco antes con Guayaquil debido a un brote epidémico de fiebre amarilla en ese puerto; lo cual posteriormente fue significativo porque la discusión sobre qué hacer para controlar la fiebre fue uno de los temas del Congreso Sanitario. Sin embargo, no faltaron notas discordantes entre los mismos médicos quienes pensaron que la incomunicación absoluta era retrógrada, obsoleta y que, en realidad, era necesario reorganizar los servicios de sanidad, modernizar la sanidad marítima, promover la higiene y establecer acuerdos sanitarios internacionales.<sup>31</sup>

Las cuarentenas, el aislamiento de enfermos y casos sospechosos en lazaretos que empezaron a ser construidos o reparados, fueron, en principio, considerados suficientes. De una manera complementaria se

---

29. “Sociedad Médica”, p. 370.

30. “Decreto clausurando los puertos de la República, para todas las naves que procedan directamente de la República Argentina, el Uruguay y las costas infestadas por el cólera”, *El Peruano*, 18 de diciembre de 1886, p. 547, “Memoria que presenta al Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú el enviado extraordinario Ministro Plenipotenciario de la República de Chile. Lima, agosto de 1887”, *El Peruano*, agosto de 1887, pp. 18-19. “Decreto del 14 de diciembre de 1886, adoptando medidas para prevenir la epidemia del cólera morbus en la República”, Archivo digital de la legislación en el Perú. <<http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/LeyesXIX/1886104.pdf>> (último acceso junio 10, 2008), “Resolución disponiendo que las embarcaciones procedentes de Chile sean sometidas a cuarentena de observación en Ilo”, diciembre *El Peruano*, 1886, p. 138.

31. Ríos, José A. de los, “Apuntes sobre la terapéutica”, pp. 87-99.

pidió a los cónsules peruanos en puertos chilenos que otorgaran documentos de autorización a los buques que se dirigían al litoral peruano, y que los administradores de aduanas en el Perú tomaran en cuenta estos documentos para permitir la entrada de algún navío.<sup>32</sup> Asimismo, el gobierno peruano restableció la desarticulada Junta Suprema de Sanidad, así como organismos dependientes de la misma que funcionaban en los departamentos y los puertos, y reactualizó una serie de medidas que es importante describir.

Las juntas eran los organismos sanitarios que funcionaron irregularmente desde mediados del siglo XIX, y que debían encargarse de un escrupuloso examen del estado de salud de los tripulantes y pasajeros de los buques, aprobar los permisos de circulación o “patentes limpias” de los mismos (que explicaremos más adelante), y dar cuenta de las condiciones sanitarias de sus localidades.

Las disposiciones peruanas con respecto a la regulación del tráfico comercial fueron hechas no solo por razones sanitarias sino también comerciales, ya que buscaban uniformizar los procedimientos aduaneros. Las aduanas se dividieron en tres clases, según las operaciones que en ellas se realizaban. En la primera se encontraban los puertos de Paita, Pimentel, Etén, Pacasmayo, Salaverry, Callao, Pisco, Chala, Mollendo, Ilo e Iquitos. A estas aduanas les estaba permitido el comercio de importación en general, así como las operaciones de embarcar, reembarcar, transbordar y exportar toda clase de productos y mercaderías, para el litoral y el extranjero. Estos puertos tenían además “lazaretos” donde se incomunicaba, desinfectaba y trataba a los enfermos y a las cargas provenientes de embarcaciones consideradas “sospechosas”. Entre los centros aduaneros más conocidos de segunda y tercera clase —que tenían menos responsabilidades que los de la primera categoría— se

---

32. “Circular dirigida a los administradores de Aduanas para que ordenen a los empleados encargados de hacer las visitas de fondeo, exijan a los capitanes de buques la presentación de sus patentes en la forma que prescribe el reglamento consular vigente”, *El Peruano*, 20 de noviembre de 1886, p. 436.

encontraban Chimbote y Cerro Azul en el primer caso, y Malabrigo e Islay en el segundo.

Más relevante para la Salud Pública fue la aprobación de un Reglamento de Sanidad en 1887, sancionado por la Junta Suprema de Sanidad (su elaboración contó con la asesoría de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos).<sup>33</sup> El Reglamento organizaba la sanidad del país en dos grandes grupos: la sanidad marítima o del litoral y la sanidad terrestre. La máxima autoridad de ambos era la Junta Suprema y sus decisiones eran cumplidas por las juntas departamentales, seguidas en la jerarquía por las juntas provinciales y municipales. Aunque estos organismos no llegaron a formarse en todas las localidades, su creación en las principales ciudades de la Costa fue un precedente importante de la intervención del Estado en asuntos sanitarios fuera de la capital. Las funciones de la Junta Suprema incluían nombrar a los médicos titulares de provincias (un cargo creado a mediados del siglo XIX y pagado por el Estado), y vigilar el cumplimiento del Reglamento, pudiendo “perseguir las omisiones y transgresiones que puedan constituir faltas o delitos sanitarios”, llevar a los infractores a los tribunales de justicia, dictar las medidas higiénicas para prevenir las epidemias y elaborar proyectos de reformas higiénicas y “policía médica” necesarios. Por último, debía publicar anualmente un informe sobre el servicio de sanidad de toda la República.

El uso del término “policía médica” fue común en Europa durante el siglo XIX y está asociado al proceso de medicalización de la sociedad, ya que se consideraba imprescindible que los médicos contasen con el respaldo del Estado para intervenir en la vida privada de los individuos y de las familias en épocas de emergencia como una epidemia. El uso de este término por parte de las autoridades reveló el inicio de una tensión que iba a marcar el desarrollo de la Salud Pública durante la primera mitad del siglo XX: el derecho del Estado a irrumpir

---

33. “Reglamento General de Sanidad de 1887”, pp. 7-10.

en la vida de los individuos en nombre del interés colectivo y la resistencia individual a esta intervención.

Otra obligación importante que estableció el Reglamento tenía relación con las “patentes”. Todos los buques que circularan por los puertos de la República debían llevar una “patente de sanidad”, es decir, un documento donde un médico acreditase, o no, que la embarcación no entrañaba un peligro para la salud. Las patentes podían ser de dos clases: “limpia” y “sucias o sospechosas”. Las reglas con respecto a las cuarentenas eran claras y definitivas; estas podían ser rigurosas y de observación. Las primeras eran para las embarcaciones que lleguen con una “patente sucia” o cuando durante su viaje se hubiese presentado un caso de enfermedad “transmisible, como el cólera, la fiebre amarilla u otra enfermedad infectocontagiosa, a juicio de la junta de sanidad”. Este tipo de cuarentenas solo podían hacerse en los puertos donde existiesen lazaretos. Las de observación podían realizarse en cualquier puerto y eran aplicadas a barcos que a pesar de tener una patente limpia, llegaban de un puerto “infestado” o los que se encontraban en un mal estado higiénico.

En el caso de las cuarentenas rigurosas, los buques quedaban sometidos al “expurgo” y la desinfección, siendo obligados a desembarcar rápidamente a sus pasajeros, tripulantes y carga, para ser desinfectados e internados en lazaretos. Para los casos de cuarentena de observación bastaba con mantener alejado al buque de la costa, siendo vigilada la incomunicación por un guardia de sanidad, y sometidos a limpieza, “ventilación” y fumigación. Un capítulo del Reglamento dedicado al “expurgo y desinfección” proponía medidas tan estrictas que comprendían hasta las mercaderías, los tejidos, los animales y la correspondencia. Esta última no era distribuida sin previa desinfección vigilada por una autoridad sanitaria.

La idea de que los productos textiles y las cartas pudiesen transmitir el cólera o la fiebre amarilla era un reflejo de la transmisión entre las ideas miasmáticas y la Teoría del Germen, ya que se consideraba que existían unas formas de vida microscópicas inanimadas denominadas

“fomites” que podían transmitir una enfermedad epidémica y esconderse hasta en una carta. Estaban también sometidas a la desinfección las mercaderías y la ropa de los pasajeros y los tripulantes que debían ser expuestas a la “libre circulación del aire”. El mismo principio de hacer circular el aire se aplicaba a los barcos que debían abrir sus escotillas y ser lavados y fumigados. Algo parecido decía el Reglamento con respecto a los cementerios, siguiendo una aspiración enunciada por Hipólito Unanue a comienzos del siglo XIX —pero apenas cumplida, como lo muestra el trabajo de Warren en este libro—, pues estos no debían formarse “dentro del recinto de las poblaciones”, sino por lo menos a mil metros y a “sotavento de las ciudades”; es decir, en un sentido opuesto al de “los vientos dominantes”.<sup>34</sup> Otro ejemplo de medidas científicamente “cuestionables” para su época o típicas de las teorías miasmáticas, fue la disposición de la Junta de arrojar al mar las frutas podridas de las embarcaciones; ya que estas eran especialmente temidas como potenciales transmisoras del cólera.<sup>35</sup>

Estas medidas fueron implementadas con rigor y su cumplimiento fueron seguidas por la prensa. Así lo indica el caso de una licencia solicitada por un vapor inglés a la Junta de Sanidad para circular sin controles sanitarios entre el Callao y Valparaíso que fue criticado por un periódico peruano en los siguientes términos: “Si la Junta de Sanidad accediera á semejante despropósito, equivaldría á conceder al señor gerente el raro privilegio de importador del terrible flagelo del Ganges”.<sup>36</sup> Otro ejemplo revelador fue el caso de Mr. Buck, el influyente embajador de los Estados Unidos, que en cumplimiento del Reglamento de Sanidad fue aislado junto a su familia por haber llegado en el vapor Ilo considerado “sospechoso”. En esta misma embarcación habían llegado dos personas con fiebre amarilla; una de las cuales había fallecido. La

---

34. “Reglamento General de Sanidad de 1887”, pp. 7-10.

35. “Junta Suprema de Sanidad: que las frutas que contiene las arrojen al mar si se encuentran alterados”, *La Época*, 7 de febrero de 1888.

36. “Sección Provincias: Correspondencia Callao”, *La Época*, 15 de febrero de 1888.

Embajada norteamericana protestó pero las autoridades peruanas contestaron que las “reglas [...] sobre salubridad pública” eran “absolutas” y no podían permitir excepción alguna “cualquiera que sea el rango y posición de las personas”. Además, agregaban que “la legislación sanitaria de los Estados Unidos” podría ser “más liberal” y hasta “más sabia que la del Perú, pero este se gobierna solo por sus propias leyes”. Finalmente, las autoridades peruanas trataron de calmar a sus contrapartes norteamericanas manifestando que “[...] los sometidos á cuarentena no sufren prisión ó detención [...] lo que les está prohibido, es simplemente penetrar á los puertos”.<sup>37</sup>

La preocupación de los diarios por el cumplimiento del Reglamento es un indicador que las autoridades estaban siendo juzgadas bajo nuevos parámetros de sanidad. Otro indicador de esta preocupación fue un artículo periodístico titulado “fetidez”, que criticaba los insoportables “miasmas” que emanaban “de los escusados del Palacio de Gobierno que tenía “desesperados á los empleados de los ministerios que se ven obligados á trabajar aspirando todo el día esos perfumes que por cierto no huelen á rosas”.<sup>38</sup>

Estas medidas eran funcionales a los objetivos de la “Reconstrucción Nacional” iniciada después de la Guerra del Pacífico cuando grupos dirigentes buscaron modernizar la economía, el comercio y las condiciones de vida de la población urbana. Ello, le otorgó mayor importancia al sector exportador, ya que este era visto como el instrumento para alcanzar una economía sólida y estable. Una posible epidemia del cólera era un obstáculo para el libre tráfico marítimo que se estaba intentando reorganizar y de hecho fue utilizado como una explicación del relativo retraso en la reconstrucción del país. Según el

---

37. “Respuesta del ministro de Relaciones Exteriores Alberto Elmore al Sr. Ricardo R. Neil encargado de Negocios de los Estados Unidos con respecto a su protesta por la cuarentena del Ministro Plenipotenciario de los EE.UU., el Sr. Buck”, *El Peruano*, abril de 1888, p. 89.

38. “Fetidez”, *La Época*, 17 de febrero de 1888.

ministro de Hacienda peruano la crisis económica de fines de 1887 se explicaba no solo por “la falta de capitales que la guerra extinguió ó ahuyentó de nuestro suelo; el consiguiente é inevitable decaimiento del comercio, de la agricultura y de la industria” sino además por la “prolongada clausura de nuestros puertos, para precaver á las poblaciones del exterminio con que por el Sur y el Norte las amenazaban asoladoras epidemias”.<sup>39</sup> Un informe oficial sobre las entradas de aduanas —entonces crucial en el presupuesto de la República— reveló su disminución a consecuencia de las medidas que se tuvieron que tomar por la epidemia. Inicialmente se esperaba que esta llegase a poco más de cinco millones de soles pero durante el primer semestre del año solo había llegado a poco más de 1.7 millones de soles.

La preocupación por el impacto económico de la epidemia del cólera y la necesidad de proteger al comercio marítimo, los puertos y las poblaciones urbanas llevaron no sólo a la promulgación de nuevas medidas sanitarias sino a que coincidiesen las autoridades peruanas con la elite médica de la época: era fundamental tomar medidas severas pero que no sean tan radicales como para interrumpir el comercio. Para ello era importante discutir y sancionar esta nueva alianza funcional entre la política, el comercio y la sanidad con un evento de trascendencia internacional. Independientemente del grado de aplicación del Reglamento y de la solidez de esta alianza, su relevancia radica en que el Reglamento fue usado como una motivación y un modelo para el Congreso Sanitario de Lima de 1888, y de hecho circuló previamente entre sus delegados, y que la alianza se convertiría en una tendencia que se iría consolidando —aunque nunca ganando una hegemonía absoluta en el cuidado de la salud— a lo largo del siglo XX.<sup>40</sup> Asimismo, su elabo-

---

39. “Memoria de Hacienda y Comercio presentado al Congreso Ordinario de 1887 por el ministro del ramo”, *El Peruano*, 4 de agosto de 1887, pp. 49-53, agosto 1887, vol. 46, tomo 2, semestre 2, n.º 7.

40. Muñoz, Andrés, *Congreso Sanitario Americano*, p. 55, y Almenara Butler, Francisco, “El cólera: el Congreso”, pp. 1-4. Muñoz fue secretario del Congreso.

ración reflejó una preocupación por crear cierta institucionalidad y continuidad de las políticas sanitarias y hacer que estas tengan relación con el crecimiento económico.

Antes de analizar el Congreso es necesario mencionar otra decisión importante que tomaron las autoridades peruanas durante la epidemia de cólera en Chile; el enviar comisionado a este país al joven médico de 30 años David Matto para que informara de la marcha del cólera en esa república, y estudiara las mejores alternativas para tratar y controlar la enfermedad.

### 3. Un peruano en el cólera de Chile

Matto era un médico cuzqueño que había sido un destacado estudiante de Medicina llegando a ser Presidente de la asociación estudiantil Unión Fernandina en 1886. Se había graduado un año antes del inicio de la epidemia del cólera en Chile y había trabajado como médico de la Policía antes de su viaje al país del sur.<sup>41</sup> Llegó a ser redactor en jefe de *La Crónica Médica*, donde aparecieron algunas traducciones suyas del inglés; ello hace suponer que estaba al día con los trabajos médicos europeos, por lo menos con los que aparecían en ese idioma. Tenía además algo de figura pública y política ya que llegó a ser miembro de la Sociedad Geográfica de Lima, del Consejo Provincial de la Municipalidad de Lima, y era conocida su afiliación al Partido Constitucional del Presidente de la República, Andrés A. Cáceres.<sup>42</sup>

Es interesante observar que cuando llegó a Chile se encontró con una discusión que debió ser muy similar a la que existió en el Perú. Según Matto, encontró dos bandos enfrentados en un debate. Por un lado, “la mayoría del pueblo”, la clases altas y “algunos médicos” aseguraban que la enfermedad reinante no era el “cólera asiático” sino el

---

41. Valdizán, Hermilio, “Matto, David”, pp. 37-39.

42. Millones, Iván, “Los caceristas de la República Aristocrática”, p. 153.

“*cólera nostras*” en algunos casos, y una “simple indigestión” en otros. Por otro lado, “los médicos más ilustrados” decían que era el “*cólera asiático*” o “*cólera indiano*” (por su origen en la India).<sup>43</sup> Este fue un debate ligado al descubrimiento de Koch. Los “médicos ilustrados” a los que se refería Matto eran partidarios de la Teoría del Germen y estaban convencidos que el descubrimiento del médico alemán identificaba una entidad clínica diferente a la que había sido conocida como *cólera morbos* o *cólera nostras* durante la mayor parte del siglo XIX. Es decir que esta última era una denominación algo imprecisa aplicada a una serie de dolencias cuyo síntoma principal era la diarrea y que lo apropiado después del hallazgo de Koch era llamar a la enfermedad *cólera asiático*, en referencia a su origen en la India.<sup>44</sup> Sin embargo, ello no fue óbice para que posteriormente médicos peruanos combinaran ideas médicas antiguas y modernas utilizando el término *cólera morbus asiático*. La relevancia de este debate para la historia de la Medicina es que confirma la idea de otros historiadores que sostienen que la Teoría del Germen no solamente descubrió las “verdaderas causas” sino que reconfiguró las entidades clínicas.<sup>45</sup>

Durante su estancia de seis meses en Chile, Matto no se quedó en Santiago; viajó con frecuencia a otras localidades apenas se enteraba de brotes epidémicos, especialmente si se producían cerca de la frontera peruana.<sup>46</sup> Recibió el apoyo del gobierno peruano que le dio un sueldo de 150 soles al mes y de la Casa Grace, la principal empresa privada en el Perú, que le proporcionó el pasaje a la capital chilena.

---

43. Matto, David, “El cólera”, *El Comercio*, enero 10, 1888, p. 1. Un indicador que la denominación era utilizada por médicos peruanos fue la publicación del protomédico de las primeras décadas de la República: Valdez, José Manuel, *Memo-ria sobre el cólera*.

44. Valdizán, Hermilio, “Cólera morbo”, p. 138.

45. Cunningham, Andrew, “La transformación de la peste”, pp. 27-72.

46. “Informe del doctor David Matto sobre el curso del cólera en Chile”, *El Peruano*, marzo 1888, pp. 60-62.

Los detallados informes emitidos por Matto eran enviados regularmente al Ministerio de Justicia, Culto, Instrucción y Beneficencia, que en ese momento tenía a su cargo el cuidado de la Salud Pública en el país, y aparecieron en el diario oficial *El Peruano*, prensa médica especializada como *La Crónica Médica* y en algunos diarios.<sup>47</sup> La difusión de estos informes en el diario oficial del país, así como en otros periódicos, indica el interés político, médico y del público con respecto a la amenaza de esta epidemia en Lima. En Santiago supo que el microorganismo de Koch había sido encontrado y cultivado por distinguidos doctores como el histólogo Joaquín V. Izquierdo (quien también había estudiado la verruga peruana) y el mismo Matto, quien elaboró preparaciones microscópicas —todo un logro para entonces— donde daba cuenta, con el placer de un auténtico investigador, el haber encontrado el microorganismo de Koch que producía la enfermedad y hasta llegó a comparar su labor con la de otros científicos:

Es realmente un espectáculo encantador aquel del mundo de los infinitamente pequeños, cuya ley es “destruir para vivir” que pasaron por el campo del microscopio por centenares y millares, con una vertiginosa rapidez [...] La observación de estos seres tan pequeños [...] es tan atrayente, sin duda, como debe serlo para los astrónomos la contemplación de los cielos en el telescopio.<sup>48</sup>

Una revista peruana recurrió a la amenaza de enemigos invisibles para hacer, en una prosa pulida, una metáfora entre la lucha de Matto y la de un general; una asociación pertinente para un país que acababa de salir de una guerra:

---

47. “Resolución comisionando al doctor David Matto para que haga los estudios correspondientes sobre el cólera en Chile”, *El Peruano*, diciembre 1887, p. 138 (en algunos meses de 1886, 1887 y 1888, *El Peruano* no indica el día de publicación; los ejemplares se conservan empastados en la Biblioteca Nacional), Matto, David, “El cólera en Chile”, pp. 81-84, 121-122, 243-244, 1888.

48. Matto, David, “El cólera en Chile”, pp. 41-68, 1888.

Un general al frente de millares de soldados ansiosos de combatir, rodeado de poderosos elementos, arrostra la muerte para salvar los intereses o la autonomía de su patria; pero ve al enemigo, lo conoce y puede reducirlo también a la nada; David Matto, soldado de la ciencia, solo, sin otros elementos que su inteligencia y su ánimo sereno y levantado, busca y acecha al impalpable enemigo, ahí mismo donde ceba su saña en los hombres, contempla y estudia al terrible huésped en medio de su mortífera obra y con precisa exactitud comunica sus observaciones a los conductores de la patria, para que eviten al formidable invasor o hagan menos cruel su visita.<sup>49</sup>

También resulta interesante señalar que Matto, quien posteriormente estudió en París —la meca de las nuevas ideas médicas de la época— fue partidario de la Teoría del Germen de la Enfermedad y profesor de Bacteriología en San Marcos (la disciplina insignia de esta teoría); estando en Chile tuvo una actitud híbrida ante el cólera. Por ejemplo, reconoció la importancia de hervir el agua pero se protegió del mal con un remedio típico de las ideas miasmáticas: “Fuerzas dosis de cloredina y láudano” (el primero un detergente potente y el último un preparado en base al opio).<sup>50</sup> Además, en sus informes combinaba observaciones típicas de un médico “miasmático”, como el señalar que el terreno húmedo y poroso, el clima caluroso y hasta las costumbres “desarregladas” del pueblo favorecían a la epidemia, con observaciones más modernas, como que la causa fundamental de la epidemia era la falta de agua potable. Irónicamente, cuando la epidemia amenguaba, y estando por salir de Chile, Matto enfermó de cólera del que felizmente se recuperó rápidamente (una revista peruana lo alentó a seguir

---

49. “Nuestros grabados”, p. 2. En este ejemplar se reprodujo un hermoso grabado de Matto.

50. Matto, David, “El cólera en Chile”, pp. 41-68. Sobre los remedios que se usaban generalmente en el siglo XIX, véase Howard-Jones, Norman, “Cholera Therapy”, pp. 373-395.

adelante por sus “brillantes cualidades”, que le auguraban un “porvenir honroso para él y para la patria”).<sup>51</sup>

El reconocimiento que posteriormente recibiera Matto, donde siempre era presentado como un investigador que de una manera parecida a Carrión había puesto en riesgo su propia vida para proteger a sus compatriotas, fue funcional a la búsqueda de legitimidad en la que estaban empeñados los profesionales médicos peruanos después de la Guerra con Chile. Cuando Matto regresó a Lima después de seis meses de trabajo en Santiago, recibió una medalla de oro de la Unión Fernandina y un homenaje en la municipalidad de la capital.<sup>52</sup> Un artículo que celebraba el acontecimiento fue enfático: “¡Honor para el joven médico que, en playas extranjeras y en situación azarosa, ha sabido mantener tan en alto el lugar que se merece el renombre del cuerpo médico peruano!”<sup>53</sup> Asimismo, fue festejada su capacidad técnica y su simpatía personal para establecer vínculos académicos y de amistad con los galeños chilenos, lo que contribuyó a su nombramiento como “Miembro Corresponsal en Lima”, de la Sociedad Médica de Santiago.

El alcalde de Lima no desentonó. En el agasajo que le organizó lo comparó con el icono emergente en la tradición médica peruana:

El señor David Matto, que más feliz que el inolvidable y malogrado Carrión ha prestado útiles servicios a la ciencia sin perder la vida, estudiando valerosamente en los lugares donde era mayor el peligro, los medios de combatir el flagelo que amenazaban invadir su patria.<sup>54</sup>

---

51. “David Matto”, p. 3.

52. “Oficio del doctor Matto comisionado para seguir la marcha del cólera en Chile comunicando su regreso a la capital”, *El Peruano*, 23 de julio de 1888, p. 15.

53. “El doctor Matto desde Chile”, p. 241.

54. “El doctor David Matto”, p. 242.

Un reconocimiento importante fue el del Congreso de la República que le otorgó un premio consistente en 4000 soles, y un pasaje de ida y vuelta a Europa para que estudie Bacteriología por dos años.<sup>55</sup>

Los informes de Matto fueron decisivos en la superación del temor a una emergencia sanitaria. Después que este informara que la epidemia amainaba en Chile, el gobierno peruano decidió el 20 de abril de 1887 abrir los puertos del litoral para los barcos que procedían directamente de las costas argentinas y uruguayas, “siempre y cuando estas hubiesen zarpado después del 31 de marzo”, es decir, cuando ya la epidemia no existía en estos países. Esto se ratificaría en junio de 1888 cuando a partir de los informes de Matto desde Chile, las autoridades peruanas se convencieron del término de la epidemia del cólera en ese país, y se le dio mayor liberalidad a los puertos del litoral peruano (y también se dio por terminada la comisión de investigación que se le había conferido al doctor Matto en Chile).<sup>56</sup>

Paralelamente al trabajo de Matto y a las primeras medidas sanitarias dictadas por las autoridades peruanas se realizó el Congreso sanitario en Lima.

#### **4. El Congreso de 1888**

Los orígenes de la reunión pueden rastrearse en un decreto de mediados de 1887 que planteaba la necesidad de realizar el congreso sanitario en Lima en noviembre de ese año. El ministro de Relaciones Exteriores, Cesáreo Chacaltana, quien a pesar de la inestabilidad política de los cargos ministeriales que duraban pocos meses y que inhibían a los ministros de hacer compromisos de mediano plazo, tomó la iniciativa de lanzar un llamado continental para hacer esta reunión. Muy probablemente Chacaltana lo hizo porque sabía de la importancia de la

---

55. “Premio Nacional al doctor David Matto”, p. 403.

56. “Junta Suprema de Sanidad”, p. 161.

higiene. Fue un abogado destacado, profesor en la Universidad Nacional Mayor San Marcos, periodista y director del diario *El Nacional*, y miembro del Concejo Provincial de Lima donde llegó a ser teniente alcalde y vivió en Europa como representante legal de una firma comercial entre 1872 y 1874, justamente cuando varias ciudades del viejo continente modernizaban sus servicios de salud. Después de haber participado en la defensa de Lima vivió parte de la ocupación chilena de Lima en Buenos Aires, donde fue testigo de parte en varias epidemias de cólera.<sup>57</sup> Era, además, uno de los miembros fundadores del Partido Constitucional que lideraba Andrés Avelino Cáceres y como tal fue elegido senador por Ica.

Uno de sus objetivos en el cargo de ministro fue reconstruir el servicio diplomático con “un horizonte”, ya que, luego del Tratado de Ancón que dio fin a la Guerra del Pacífico, este era “precario” y desorganizado.<sup>58</sup> Chacaltana quería rehacer las relaciones diplomáticas con Chile en un pie de igualdad y respeto, atendiendo los temas comunes que tenían ambos países, entre los cuales estaban el cumplimiento del acuerdo firmado al final de la guerra que significaba pudiesen regresar al Perú los territorios del sur. En una *Memoria* de su gestión se lamentó que la cancillería peruana no pudo “llegar a solucionar definitivamente” los temas pendientes del Tratado, en parte por la “incomunicación, casi absoluta, en que con Chile nos hemos encontrado, á consecuencia de la aparición del cólera en aquel país”.<sup>59</sup>

Chacaltana envió una circular el 4 de julio del año 1887 invitando a Chile, Bolivia, Ecuador, Colombia, Paraguay, Honduras, Brasil, Argentina, Uruguay, Venezuela, México y “las repúblicas de Centroamérica”, a participar en un Congreso Sanitario en Lima que se realizaría

---

57. Enrique Pastor, Alberto, *Cesáreo Chacaltana*.

58. *Memoria que el ministro de Estado Cesáreo Chacaltana*, p. 4.

59. *Ibidem*, p. 5.

en noviembre de 1887.<sup>60</sup> Las justificaciones de la reunión las dio Chacaltana. Para el ministro peruano era necesario:

[...] adoptar un sistema uniforme para precaverse de las calamidades que originan las epidemias, evitando hasta donde sea posible el recurrir á la incomunicación absoluta con los lugares infestados, que ofrece serios y perjudiciales inconvenientes al fisco y a los particulares.

Además creía que era una obligación gubernamental “proteger el comercio con las demás naciones, como el medio más poderoso para mantener y estrechar vínculos internacionales”.<sup>61</sup> Otra motivación de la reunión fue el temor a que el cólera se extendiese desde Europa, Estados Unidos y el Caribe a otros países de América Latina, cuando se estaba construyendo el Canal de Panamá (un proyecto iniciado en 1882 por el francés Ferdinand de Lesseps, pero que recién en 1892 fue declarado como un intento fallido).<sup>62</sup>

En la invitación al Congreso se mencionaba la necesidad de utilizar los adelantos de la salubridad y comercio marítimos para evitar “recurrir al medio extremo de la incomunicación absoluta”.<sup>63</sup> Ello era una seria preocupación, ya que con el cierre de puertos provocado por la epidemia del cólera se hacía lento e irregular el servicio que las compañías de vapores, como la Compañía Sudamericana de Vapores, prestaban al comercio de cabotaje, y —en una época en que el principal medio de transporte era el marítimo— producía una falta de comunicación entre las diferentes regiones. En sus respuestas a la invitación las autoridades de países vecinos coincidieron en la necesidad de modernizar la sanidad ligada al comercio. Por ejemplo, el representante

---

60. “Circular a los señores ministros de Relaciones Exteriores”, p. 250.

61. “El ministro de Relaciones Exteriores Cesáreo Chacaltana”, p. 3.

62. “Carta enviada por el ministro de Relaciones Exteriores Alberto Elmore”, p. 29.

63. Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano*, p. 4.

de Ecuador señaló que aceptaba la invitación no solo para sentar las bases de la “higiene internacional” sino porque se estaba conciliando: “Los intereses generales y humanitarios con los particulares del mercantilismo”.<sup>64</sup> Sin embargo, “la falta de quórum” a la primera convocatoria, que anticipaba el Congreso para fines de 1887, llevó a postergar la inauguración del mismo. Esto se debió al retraso para conseguir las respuestas a tiempo y por ello una nueva circular de octubre de 1887 “aplazó” la reunión del Congreso Sanitario Americano para comienzos de 1888.<sup>65</sup>

Eventual y felizmente la sesión de instalación del Congreso se realizó el 2 de enero de 1888 cuando se eligió a un nuevo ministro de Relaciones Exteriores: Alberto Elmore. El Congreso duró desde la fecha señalada hasta el 12 de marzo de 1888, es decir los participantes estuvieron reunidos poco más de dos meses discutiendo las nuevas medidas que debían ser aplicadas uniformemente en sus países. La inauguración del encuentro fue una ocasión para darle mayor visibilidad a la nueva alianza entre la sanidad marítima y la política. Los congresistas contaron con el respaldo del presidente Cáceres y de los profesores de San Marcos, donde la influencia del positivismo propició que se acogiera con beneplácito la celebración de encuentros científicos.

Otros indicadores de la importancia política del Congreso fueron que su instalación se realizó en el local de la Cámara de Senadores, y que la ceremonia estuvo presidida por el ministro de Relaciones Exteriores del Perú; quien en su discurso enfatizó la importancia de la solidaridad entre las naciones.<sup>66</sup> El ministro no dejó de mencionar que la reunión permitiría establecer “bases más firmes, reglas más uniformes é imparciales y disposiciones más equitativas que los que proceden de las

---

64. “Respuesta del delegado del Ecuador”, pp. 8-9.

65. Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano*, p. 4.

66. “Instalación solemne del Congreso Sanitario Americano. Lima, enero de 1888”, *El Peruano*, enero de 1888, pp. 4-5.

leyes aisladas de cada país”. Asimismo, citó como ejemplo la Conferencia Sanitaria de Roma, realizada en 1885, “la cual también partió de la aparición del mismo flagelo en la riberas del Nilo” (lo que sugiere el conocimiento por parte de los políticos de reuniones parecidas a la de Lima y la aspiración de lograr medidas similares a las de los países europeos).<sup>67</sup> En el mensaje de inauguración enviado por el Presidente de la República, este coincidió con el ministro al recomendar que los Estados tomen medidas uniformes para prevenir “las consecuencias de asoladoras epidemias, consultando al mismo tiempo la manera de no perturbar el desarrollo de los intereses comerciales”.<sup>68</sup>

## 5. Participantes y debates del Congreso

El Congreso Sanitario Americano fue llamado así porque la invitación inicial fue enviada a todas las naciones del continente. Sin embargo, solo se acreditaron representantes de Perú, Chile, Bolivia y Ecuador; es decir, fue un foro de los países inmediatamente afectados o amenazados por la epidemia del cólera. Según un ministro peruano estas naciones “personificaban” los intereses sudamericanos del Pacífico, sugiriendo que Argentina, Brasil y Uruguay, que venían realizando sus propias reuniones, eran otro eje de intereses en América del Sur. En efecto, en noviembre de 1887 se realizó la Convención Sanitaria de Río de Janeiro entre delegados de Argentina, Brasil y Uruguay. Las autoridades de Uruguay y Argentina se disculparon de no concurrir al Congreso de Lima porque estaban concentrando sus esfuerzos en la implementación de los acuerdos de la reunión realizada en Brasil.<sup>69</sup> Al mismo tiempo el ministro de Relaciones Exteriores enfatizó que al reunirse en el Congreso de Lima, las cuatro naciones habían revivido la “cuádruple

---

67. “Sesión de instalación del Congreso”, pp. 42-43.

68. “Mensaje que presenta el Presidente de la República al Congreso Ordinario de 1888”, *El Peruano*, 28 de julio de 1888, pp. 33-38.

69. “Respuesta del ministro de Relaciones Exteriores de Argentina”, p. 17.

alianza de 1866” (que se formó en el conflicto que enfrentó a estos países contra España).<sup>70</sup>

La mayoría de los delegados eran médicos destacados que, a su vez, eran personalidades públicas, y algunos de ellos hasta importantes líderes políticos. En el caso del Perú los delegados fueron los doctores Francisco Rosas (quien posteriormente fue elegido presidente del Congreso), José Lino Alarco y José Mariano Macedo.<sup>71</sup> Por Chile asistió Federico Puga, profesor de Higiene y Medicina Legal en la Universidad de Chile. Tanto Bolivia como Ecuador estuvieron representados por los facultativos Andrés A. Muñoz y Julio Rodríguez, y por el peruano Celso Bambarén, respectivamente. Ecuador decidió aceptar los resultados de la reunión ad referendum. Es importante resaltar algunos datos biográficos de estos representantes.

Graduado en 1851, Francisco Rosas era en 1887 un experimentado médico de la Facultad de Medicina de San Marcos que había sido uno de los discípulos de Cayetano Heredia con los que este había recreado la Facultad de Medicina en 1856. Había sido profesor de Fisiología desde 1856, viajó a Europa poco antes que empezara la epidemia del cólera en Chile, y tenía publicaciones sobre higiene, tuberculosis y difteria. Un indicador de su prestigio fue que llegó a ser miembro fundador de la Academia Libre de Medicina, Rector de la Universidad de San Marcos en 1891 y Decano de Medicina cuatro años después. Lino Alarco era un cirujano de prestigio que enseñó varios cursos en la Facultad sanmarquina, como Patología y Clínica Externa desde 1865, y fue miembro fundador de la Academia Libre de Medicina. Su importancia política y universitaria es evidente por el hecho de que fue por varios años el cónsul general del Imperio del

---

70. “Memoria que presenta al supremo gobierno el ex ministro Alberto Elmore”, *El Peruano*, 30 de junio de 1888, p. 149.

71. “Resolución nombrando a los delegados del Perú en el Congreso Sanitario Americano, Lima, a los doctores Francisco Rosas, José Lino Alarco y José María Macedo”, *El Peruano*, enero de 1888, p. 4.

Brasil en Lima, llegó a ser en 1899 Vicerrector de la universidad y fue elegido primer Vicepresidente de la República en 1903, es decir, en el primer gobierno de la República Aristocrática. Llegó a ocupar este importante cargo como parte de la alianza entre el Partido Constitucional (del que era un alto dirigente) y el Partido Civil. Macedo era cuzqueño y catedrático de Patología General en la Facultad de Medicina. Se hizo famoso por sus discusiones con un médico inglés, Archibaldo Smith, que —como lo describe Lossio en este libro— trabajó a mediados del siglo XIX en el Perú. Había trabajado durante la guerra en el Hospital Dos de Mayo y asistido a los heridos en las batallas de San Juan y Miraflores. Fue el segundo presidente de la Academia Libre de Medicina.<sup>72</sup>

Chile envió al doctor Puga, quien a pesar de que era un médico joven (titulado poco antes de iniciada la guerra, en 1878) era un destacado diputado en su país. Como tal había sido uno de los parlamentarios que redactó el proyecto de higiene pública chileno y fue parte de la Comisión de Higiene que buscó controlar la epidemia. Posteriormente, Puga llegó a ser parte varias veces del gabinete ministerial de su país. En Lima, Puga contó con el concurso, como secretario, del estudiante de Medicina chileno Alejandro del Río, quien viajó a Europa y posteriormente llegó a ser profesor de Bacteriología e Higiene (en 1895, casi el mismo tiempo en que Matto viajó a París y luego fue nombrado para ese cargo en San Marcos), y a su regreso llegó a ser el Primer Ministro de Higiene y Previsión Social en 1924, uno de los primeros organismos de ese rango que se organizó en América Latina.<sup>73</sup>

---

72. Los datos de los representantes peruanos son tomados de Valdizán, Hermilio, "Rosas, Francisco", p. 278. Valdizán, Hermilio, "Alarco, José Lino", pp. 78-79, Millones, Iván, "Los cacceristas de la República aristocrática", p. 151. Valdizán, Hermilio, "Macedo, José Mariano", pp. 4-5.

73. La información de los delegados chilenos proviene de: Illanes, María Angélica, *En el nombre del pueblo*, p. 68, Cruz Coke, Ricardo, "Patrimonio histórico de la medicina chilena", <<http://www2.anales.uchile.cl/CDA/presentación/index.html>> (último acceso 10 de junio de 2008).

Andrés Muñiz, uno de los delegados de Bolivia, logró combinar en su carrera la Medicina con la diplomacia. Era boliviano y estudió Medicina en Lima, donde se graduó en 1885; es decir, poco antes de iniciada la epidemia de cólera en Chile. Desde sus años de estudiante se hizo muy conocido entre sus compañeros y profesores, trabajó en el servicio de ambulancias peruanas en la Guerra con Chile, y fue uno de los fundadores en 1884 de la Asociación Médica Unión Fernandina. Después de haberse graduado permaneció en Lima como segundo secretario de la legación boliviana y en 1888 dejó el Perú para regresar a la capital de su país; donde años después llegaría a ser decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de La Paz. Su participación en el Congreso Sanitario de Lima fue poco antes de su regreso a su país natal. Por otro lado, Julio Rodríguez era profesor de Medicina y había pasado una larga temporada en Europa; dirigía la Universidad de Sucre y había ocupado cargos políticos y médicos importantes como presidente de la Municipalidad de Cochabamba, secretario de la importante legación de Francia en su país y Teniente del Protomedicato de Cochabamba; la máxima autoridad sanitaria de esta región.<sup>74</sup>

La representación ecuatoriana que asumió el peruano Celso Bambarén —un destacado y temprano defensor de las ideas evolucionistas de Charles Darwin que había estudiado Medicina en París—, no era una mera formalidad, porque a pesar de ser profesor de la prestigiosa cátedra de Anatomía en San Marcos, entre 1886 y 1897, en 1880 —debido a sus ideas liberales y a su oposición a la dictadura de Piérola— fue deportado a Guayaquil. Bambarén regresó al país después de cinco años, es decir en 1885, y fue elegido senador por Áncash para el Congreso Constituyente del año siguiente. Según una autorizada fuente biográfica: “El prestigio alcanzado y el aprecio que recibió del pueblo ecuatoriano le valió para que el Gobierno del Ecuador lo designara

---

74. Información tomada de: Valdizán, Hermilio, “Muñiz, Andrés”, p. 100, Valdizán, Hermilio, “Rodríguez, Julio”, p. 229.

como su representante en el Congreso Sanitario Americano”.<sup>75</sup> Es importante anotar que el secretario de su representación fue el joven médico ecuatoriano Carlos Pimentel; quien posteriormente destacó en la medicina de su país. Gracias a su prestigio como médico y político, Bambarén fue elegido Vicepresidente del Congreso Sanitario.

Los miembros de la Facultad de Medicina de San Marcos participaron en el Congreso; incluyendo la elaboración del Reglamento Interno del mismo. El Reglamento contenía una ambiciosa pregunta que sugiere que los organizadores estaban dispuestos a colocar su reunión en el panorama mundial de la Medicina: “¿Qué principios deben recordarse para la formación de un Código de higiene internacional?”.<sup>76</sup> Los delegados trabajaron activamente, como lo sugieren las 25 sesiones que sostuvieron entre el 2 de enero y el 9 de marzo de 1888. Un tema subyacente fue la discusión acerca del nuevo paradigma médico sobre la enfermedad. En general los delegados peruanos eran partidarios de un control estricto, mientras que los chilenos querían medidas más relajadas y liberales. Los peruanos incluso se enorgullecían del hecho de que el cólera no había llegado al país debido a la severidad con que se había aplicado estas medidas de aislamiento. Alarco creía que no obstante la clausura de puertos peruanos tal vez pudo ser “imperfecta”, esta había sido el medio “por el cual el cólera no ha invadido nuestras costas”.<sup>77</sup> Al mismo tiempo, como lo sugiere el debate del Congreso, las soluciones a las epidemias podían combinar ideas miasmáticas y bacteriológicas.

Las primeras sesiones del Congreso Sanitario decidieron seguir como un guión la adaptación o rechazo de las conclusiones de la Conferencia Sanitaria Internacional de 1885 de Roma y de la Convención Sanitaria de Río de Janeiro de noviembre de 1887. Por ejemplo, las conclusiones generales de Roma fueron consideradas como inadecuadas para la

---

75. Bambarén Alatriza, Celso, “Semblanza del doctor Celso Bambarén Ramírez”, pp. 347-354.

76. Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano*, pp. 49 y 25.

77. Muñoz, Andrés S., “Intervención del doctor Alarco”, p. 98.

región por ser poco rígidas en los controles terrestres.<sup>78</sup> En el prólogo del libro que resume el Congreso se hizo mención explícita a foros “de igual naturaleza”, citando al primero de ellos realizado en París en 1852, lo que sugiere la familiaridad de los congresistas con las tendencias sanitarias internacionales y su intención de ubicar la reunión de Lima en esta categoría.<sup>79</sup>

En este complejo proceso de recepción estaba presente la discusión sobre los viejos y los nuevos paradigmas médicos. La discusión acerca del origen del cólera reflejaba debates sobre infección y contagio que se había producido en Europa desde mediados del siglo XIX y donde existían fronteras claras entre los partidarios de uno u otro paradigma médico. Por ejemplo, Bambarén pensaba —equivocadamente— que el aire seco mataba al microbio, ya que este vivía sobre todo en la humedad del medio ambiente.<sup>80</sup> Según el delegado peruano Macedo, la Conferencia de Roma planteaba que la “salubricación de los terrenos” y el aislamiento debidamente reglamentados constituían los mejores medios para impedir la importación y propagación del cólera, pero que era importante establecer prioridades. Para Macedo, el aislamiento “real y concreto” era la principal medida profiláctica. Sustentaba su opinión en el hecho de que “la ciencia aún no había encontrado un medio eficaz de profilaxis, como el caso de la vacuna para la preservación de la viruela”. Además, reconocía un hecho histórico indudable que desde entonces es una deuda pendiente del Estado con la salud de la población; que en Inglaterra cuando llegó el cólera en 1869 se gastaron 80 millones de libras esterlinas para sanear el sistema de agua y desagüe de la ciudad y no se volvió a presentar esta enfermedad. Asimismo, Macedo dio una opinión sobre el cólera que pareciera una contra-

---

78. Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano*, pp. 50-51.

79. *Ibíd.*, p. 1.

80. Muñoz, Andrés S., “Intervención del doctor Bambarén”, p. 70.

dicción (y que explicamos entre paréntesis), pero que fue bien recibida por los asistentes:

Esta enfermedad no tiene un origen espontáneo; se propaga siempre por la importación del germen colérico (como lo sostenían los defensores de la Teoría del Germen de la Enfermedad) transmitido por las mercaderías y demás objetos que puedan conservar el virus (una mezcla de ambas teorías).<sup>81</sup>

Por su lado, el delegado chileno se sumó a esta perspectiva híbrida de ideas modernas y tradicionales argumentando que la propagación de la enfermedad se debía al “hombre y al mundo inanimado” y que la infección podía ocurrir espontáneamente o a través del agua, los vestidos o los alimentos. Por ello enfatizaba la importancia del saneamiento, de la desinfección y hasta de la “esterilización” de los terrenos y enseres, y el aseo personal, para evitar la propagación “del germen”.<sup>82</sup>

Este tipo de posiciones, que pueden ser consideradas heterodoxas, fueron bien acogidas por los participantes y se llegó a una conclusión en el Congreso sin haber marcado una diferencia entre las ideas miasmáticas y la Teoría del Germen de la Enfermedad.

## 6. Resultados del Congreso

La reunión produjo tres documentos en la dirección esperada por los organizadores: unas “Conclusiones técnicas generales”, el “Proyecto de Convención Sanitaria Internacional” y el “Proyecto de Reglamento Sanitario Internacional para cumplimiento de la misma Convención”.<sup>83</sup> Como dichos documentos no podían tener un carácter obligatorio porque no eran emitidos por autoridades políticas, se decidió que se

---

81. Muñoz, Andrés S., “Intervención del doctor Macedo”, p. 59.

82. Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano*, pp. 59-60.

83. Todos estos documentos en: “Congreso Sanitario Americano”, pp. 41-68.

buscara las autorizaciones en los congresos de cada país participante —y también en las naciones que habían expresado interés en el evento—, con el fin de establecer acuerdos internacionales.<sup>84</sup>

El apoyo político se mantuvo hasta el fin del encuentro. Para la clausura del 12 de marzo de 1888, el presidente Cáceres brindó un banquete a los delegados del Congreso en el gran comedor de Palacio de Gobierno, que contó con la participación de los ministros de Estado, así como los ministros plenipotenciarios de los países participantes, entre otras autoridades políticas y diplomáticas. Cáceres reiteró en su discurso de clausura lo que consideraba el objetivo central de la conferencia: darle seguridad al desarrollo económico y comercial gracias a normas sanitarias internacionales comunes, modernas y viables a los cuatro países.<sup>85</sup>

El Reglamento denominado “Sanitario Internacional” aprobado por el Congreso era sumamente detallado.<sup>86</sup> El Proyecto de Convención Sanitaria Internacional señalaba la urgencia de controlar la llegada de “enfermedades pestilenciales exóticas”; un término que también era políticamente conveniente, porque como ya se ha explicado atribuía su origen a fuentes externas y estimulaba un estigma contra algunos grupos de inmigración relativamente reciente como los chinos. Estas enfermedades eran la fiebre amarilla, el cólera “asiático” y “la peste oriental”; la última denominación se refería a la peste bubónica que se había desatado en Hong Kong a fines del siglo XIX pero que aún no había llegado a América. Uno de sus artículos establecía que el embarque de la carga no debía comenzar sino después que se realizaron las operaciones de limpieza y desinfección de una nave, y del examen de los pasajeros antes de embarcarse.

---

84. “Memoria que presenta al supremo gobierno el ex ministro de Relaciones Exteriores Alberto Elmore”, *El Peruano*, 30 de junio de 1888, p. 149.

85. “Carta de Alberto Elmore a Francisco Rosas”, p. 34; *El Peruano*, marzo de 1888. Muñoz, Andrés S., Congreso Sanitario Americano, p. 51.

86. Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano*, pp. 247-264.

El Reglamento también establecía criterios para considerar a naves y puertos “infectados” o “sospechosos” y los pasos para recibir “paquetes limpios”, establecer cuarentenas de “rigor” y de “observación”, crear lazaretos y servicios sanitarios en los puertos que tuviesen por ejemplo estufas “de desinfección por vapor á presión”. Las medidas de desinfección se inspiraban sobre todo en ideas miasmáticas ya que establecían que podían ser realizadas por estufas, “aeración”, soluciones de mercurio, ácido sulfúrico y fumigación. Al mismo tiempo se recomendaba hervir el agua y la desinfección de las letrinas.<sup>87</sup>

Sobre los lazaretos se recogió lo dicho en otras disposiciones pero se agregó que los lazaretos podían ser marítimos (podían haber también terrestres), debían establecerse en los puertos con mayor tráfico y que podían instalarse en embarcaciones especiales. La construcción de lazaretos fue uno de los alcances técnicos más significativos del Congreso. Una serie de comisiones y proyectos para la construcción discutieron acerca de un lazareto para el puerto del Callao, ubicado temporalmente en la isla San Lorenzo, acorde con los lineamientos establecidos en el Congreso Sanitario de 1888.<sup>88</sup> Posteriormente se construyeron lazaretos en varias ciudades de la costa del país como Paita y Tacna. La construcción de lazaretos significaba un cambio significativo en el cuidado de la salud. Hasta entonces los enfermos eran atendidos en el hogar, por las familias, y solo en los casos más graves o de personas de pocos recursos, se acudía a los hospitales. Con los lazaretos se impuso la potestad del Estado de ingresar al hogar para segregar a los enfermos o quienes fuesen considerados sospechosos de serlo.

Estas actividades debían ser realizadas por profesionales que implementasen medidas uniformes, se comunicaran entre sí y evitaran recurrir innecesariamente a la clausura de puertos. Otras disposiciones

---

87. Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano*, pp. 226-227.

88. “Resolución nombrando una comisión encargada de designar el lugar conveniente para el establecimiento de un lazareto terrestre y otro flotante”, *El Comercio*, 23 de enero de 1888, p. 1.

importantes de este documento fueron que aunque las medidas sanitarias nacionales no eran objeto de la Convención, se estipulaba que en caso de que los países establecieran cordones sanitarios terrestres, se comprometían a no detener a los pasajeros por un tiempo mayor que el período de la incubación máxima de la enfermedad que se trataba de evitar (un tiempo que ya empezaba a ser conocido entonces).<sup>89</sup>

La Convención aprobada en el Congreso trataba de la profilaxis sanitaria marítima y la clasificación de puertos, y establecía algunas medidas generales para los puertos y las naves.<sup>90</sup> Entre ellas estaba tolerar que viajaran enfermos con dolencias endémicas menos temidas por su contagiosidad pero ser mucho más estrictos con el peligro de las “exóticas” que podían “invadir su suelo”. Otra medida importante fue la recomendación a los gobiernos de crear un cuerpo de inspectores de nave que viajaran con los barcos, compuesto de médicos pagados por los respectivos Gobiernos, que fiscalizasen las medidas acordadas y observasen cualquier episodio de salud ocurrido durante el viaje. Otra medida importante, que el Perú ya había empezado a implementar, fue la de dar derecho a los cónsules del país de destino de asistir en puertos extranjeros a las inspecciones sanitarias de la nave, que practiquen los agentes de la autoridad territorial.

El documento también estableció algunos enunciados sobre las enfermedades más temidas que reforzaban estigmas ya mencionados. Por ejemplo, sobre el cólera se señaló que tenía “su origen exclusivo en la India”, mientras que la temida fiebre amarilla lo tenía “en el archipiélago de las Antillas y en el Golfo de México”, y también, según la opinión de algunos, “en la costa occidental del África”. Aunque era cierto que la mayoría de epidemias de cólera del siglo XIX se habían originado en la India y la fiebre existía en forma endémica en el Caribe y en África, el atribuir la culpa a otras regiones del mundo le quitaba

---

89. Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano*, pp. 238-246.

90. “Proyecto de Convención Sanitaria Internacional”, pp. 229-237.

algo de responsabilidad al cuidado de las condiciones de vida por parte de las autoridades nacionales, porque ya se habían producido epidemias de algunas de ellas, por ejemplo de fiebre amarilla en el Perú del siglo XIX. Además, se establecía que la fiebre amarilla era una “enfermedad infectocontagiosa”, y que “siempre han sido importadas ó por la atmósfera, ó por los pasajeros, ó por objetos impregnados del elemento generador de esta enfermedad”. Sin embargo, se señalaba que era favorable para volverse epidémica la “temperatura” por encima de los 27 grados y el terreno “impregnado de materias orgánicas en estado de putrefacción. Esto último era un claro ejemplo de la persistencia de las ideas miasmáticas. Estas elucubraciones tenían sus implicancias prácticas ya que se ordenaba a los buques “sospechosos” de fiebre amarilla anclarse “á sotavento del puerto y que permanecieron á una distancia tal que la atmósfera contaminada del buque no pueda dañar de ningún modo al puerto de arribada”. En cambio, sobre el cólera asiático se señalaba que a diferencia de la fiebre amarilla no se “aclimataba” a ningún país “cualesquiera que sean sus condiciones geológicas y climatológicas”. De esta manera se creaba una falsa sensación de seguridad que sólo se vendría abajo con la dramática epidemia de cólera que atravesó al Perú en 1991.

## 7. Conclusiones

La amenaza del cólera desde Chile en el contexto de la reorganización de una economía de exportación y del comercio marítimo en el período de la Reconstrucción Nacional propició la elaboración de una serie de medidas sanitarias en el Perú y de la convocatoria del Congreso Sanitario Americano.<sup>91</sup> Las respuestas de los médicos peruanos —que no estuvo libre del reforzamiento de estigmas— revelan que a pesar de

---

91. Por ejemplo Matto, David, “Sobre el microbio colerígeno”, pp. 361-363, 1888, “Generalidades sobre el microbio colerígeno”, pp. 313-320, 1888.

apenas haber salido del conflicto armado tenían la capacidad y disposición para recibir y adaptar las ideas médicas europeas más recientes. Al mismo tiempo, las intervenciones de los delegados y los documentos elaborados por el Congreso hacen evidente la coexistencia de las teorías miasmáticas y bacteriológicas a finales del siglo XIX, en un esfuerzo por modernizar y uniformar la sanidad marítima. La carrera reseñada de David Matto es un reflejo de esta precaria coexistencia, así como de la transición hacia nuevos paradigmas médicos. Pensamos que esta frágil coexistencia iba a perdurar por unos años más en que la Teoría del Germen se volviese hegemónica entre la elite médica limeña hacia la segunda década del siglo XX.

El Congreso fue también un instrumento político y sugiere una temprana y novedosa alianza entre el gobierno y la elite de profesionales médicos alrededor de la restauración económica del país. A ello debe sumarse la voluntad política de algunos ministros del régimen de Cáceres de reactivar lazos diplomáticos con los países de la región después de la Guerra del Pacífico, en especial con Chile, teniendo como plataforma común la sanidad internacional, y para estar en una mejor posición internacional para reclamar el cumplimiento del Tratado de Ancón. Desde un punto de vista económico, el Congreso fue funcional a la política económica de Cáceres que pretendió regular y proteger el sistema aduanero —dando prioridad a la vigilancia de la sanidad marítima y terrestre— con el afán de reactivar el flujo de las exportaciones.

La activa participación de los profesionales de la salud en este importante encuentro, político y sanitario, demuestra que durante este poco estudiado período de la historia del Perú —para parafrasear a Millones— los actores no estaban reducidos a militares, políticos y oligarcas.<sup>92</sup>

---

92. Millones, Iván, “Los caceristas de la República Aristocrática”, p. 171.

## V

### PRIMEROS RASTROS DE LA TEORÍA BACTERIOLÓGICA EN EL DISCURSO MÉDICO PERUANO: **el debate entre Francisco Almenara e Ignacio de la Puente, 1895**

JULIO NÚÑEZ ESPINOZA<sup>1</sup>

ACTUALMENTE en el Perú muchas personas creen firmemente que pasar algunos días bajo la influencia de un clima seco y de altura permite experimentar una notable mejoría en el estado de salud afectado por alguna enfermedad relacionada con el aparato respiratorio. Considero que este podría ser un buen ejemplo de una idea de larga duración.

Para aquellas personas, una buena elección podría ser la quebrada de Tamboraque, un lugar ubicado geográficamente a una altitud de 3150 msnm en la cuenca alta del río Rímac, en el kilómetro 94 de la Carretera Central, en las afueras del distrito de San Mateo de Huanchor, perteneciente a la provincia de Huarochirí, en la sierra del departamento de Lima. Un lugar que, además de poseer un clima seco y estar ubicado a varios metros de altitud, posee un paisaje que impresiona y encanta.

---

1. Maestro en Historia de la Ciencia y la Salud por la Casa Oswaldo Cruz, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil.

## I

Médicos y científicos en diferentes épocas han manifestado distintas posiciones respecto de adjudicar a los climas algún posible valor terapéutico y/o curativo sobre las enfermedades. Un ejemplo en esta corriente de opinión fue aquella que apareció el 31 de agosto de 1895 en la ciudad de Lima. Aquel día, el médico limeño Ignacio de la Puente Requena publicó un artículo con un título muy sugestivo y apremiante “Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar. Lima en peligro”. El artículo fue publicado en *La Crónica Médica*, la principal revista médica en el Perú a fines del siglo XIX; días después, el mismo artículo fue publicado en el diario *El Comercio*, el principal periódico en el Perú del mismo periodo. El público informado de aquella noticia fue diverso; por un lado, médicos y científicos familiarizados con la lectura de una revista especializada y, por otro lado, un público más general, más heterogéneo, que en sus casas, en el trabajo o en la calle fue informado de la opinión de aquel médico.

El artículo de Ignacio de la Puente contenía dos afirmaciones centrales. La primera de ellas sostenía que ningún clima es específico para curar cualquier enfermedad, ya que el clima a lo sumo operaría modificaciones en los hábitos y regímenes de vida más que en la enfermedad propiamente. La segunda afirmación estaba contenida en la frase: “Lima en peligro”. ¿Qué peligro amenazaba a la capital peruana? Un hospital. Sé que puede parecer extraño, analicemos el asunto.

Por el título que llevaba el artículo nos podemos dar cuenta de que aquel hospital “peligroso” tenía alguna relación con la tuberculosis pulmonar. En efecto, en los primeros meses de 1895 una comisión médica promovida por el Estado peruano y dirigida por el médico moqueguano Francisco Almenara Butler había viajado hacia una zona de la sierra de Lima con el propósito de identificar el lugar más aparente e idóneo para instalar un hospital que albergaría exclusivamente a pacientes de escasos recursos económicos afectados de tuberculosis pulmonar, es decir tuberculosos pobres. Además, en aquel nosocomio

se pondría en práctica la terapéutica conocida como Climatoterapia, disciplina que se ocupaba del tratamiento de las enfermedades por medio de climas favorables.<sup>2</sup> Luego de algunos estudios de campo la Comisión Médica identificó el lugar que poseía aquel clima favorable para el tratamiento y cura de la tuberculosis pulmonar: la Quebrada de Tamboraque.

Si en ese lugar maravilloso habría de ser instalado un hospital para tuberculosos que además estaría destinado a pacientes de bajos recursos económicos, cabe la pregunta: ¿cuál era el peligro? Según Ignacio de la Puente el peligro consistía en lo siguiente: los desechos de aquel hospital, vale decir heces, esputos, orina y sangre de los pacientes con tuberculosis tratados en este nosocomio, serían arrojados a las aguas del río Rímac, conteniendo estos desechos abundante cantidad de bacilos tuberculosos que luego de algunos días de haber sido arrojados a la corriente del río, circularían por la cañerías e ingresarían a cada domicilio, a cada hogar limeño. En suma, aquel hospital amenazaba convertir a todos los limeños en tuberculosos generando con ello una catástrofe sin comparación.

## II

En el presente artículo pretendo analizar el estado de los conocimientos sobre tuberculosis pulmonar presentes en el discurso médico peruano en la segunda mitad del siglo XIX, analizando específicamente la importancia que empezaron a tener los postulados de la Bacteriología en lo concerniente a la tuberculosis pulmonar valiéndome para ello de una fuente maravillosa como es el debate sostenido entre los médi-

---

2. La Climatoterapia era la disciplina médica que se concentraba en la utilización de climas favorables para el tratamiento y cura de enfermedades. La identificación de estos climas se realizaba bajo dos criterios básicos: atmosféricos (temperatura, precipitaciones, radiación solar, presión atmosférica, vientos, luminosidad, etc.) y telúricos (régimen acuoso, relieve, etc.).

cos Francisco Almenara Butler e Ignacio de la Puente Requena acerca de la construcción del Sanatorio de Tamboraque.

Las ecologías con vegetación arbustiva, clima seco y de altura han sido identificadas por mucho tiempo como los espacios idóneos para el tratamiento de las enfermedades, en particular de la tuberculosis pulmonar. Para el discurso médico peruano, durante el siglo XVIII hasta la primera mitad del siglo XIX inclusive, aquellas ecologías se caracterizaban por su eficacia en el tratamiento de la tuberculosis y de otras enfermedades debido a la ausencia de miasmas, entidades etéreas peligrosas para el organismo humano.<sup>3</sup>

El valle de Jauja fue la ecología que gozó de la simpatía de muchos médicos que, desde Hipólito Unanue e incluso hasta nuestros días, nunca han dejado de tenerle gran aprecio como una ciudad sanitaria, siendo paradero usual de aquellos afectados por la tisis pulmonar.<sup>4</sup> El

- 
3. Hasta mediados del siglo XVIII, el discurso médico europeo se caracterizó por el pensamiento aerista que entendía la salud o enfermedad a partir de la variación en la composición y cualidades del aire. Uno de los elementos presentes en el aire era el miasma, imposible de ser apreciado por la vista o el tacto, tan solo por el olfato, sentido que se revelaba como el privilegiado para dar cuenta de aquella entidad. Se trataba de la construcción de un lenguaje olfativo que revelaba la precariedad de la vida e identificaba espacios peligrosos para la salud como los cementerios, las minas y, sobre todo, los pantanos. Toda persona afectada por alguna enfermedad requería ser tratada en un ambiente exento de miasmas, de ahí que, el campo y no la ciudad empezó a presentarse como el lugar privilegiado para el tratamiento médico.
  4. Desde antes de la llegada de los españoles existió en el Perú una creencia acerca de la bondad terapéutica ofrecida por los climas de altura para el tratamiento y cura de enfermedades relacionadas con el aparato respiratorio. Dentro de los climas de altura, fue el clima de Jauja al que se le reconoció los mayores dones gracias a su supuesta efectividad en la cura de enfermedades respiratorias en general y de la tuberculosis pulmonar en particular. Uno de los primeros en ocuparse científicamente del problema de las enfermedades en Lima y su consecuente solución fue Hipólito Unanue. En su obra *Observaciones sobre el clima de Lima y su influencia en los seres organizados, en especial el hombre*; el mé-

propio Manuel Pardo, ex presidente del Perú y beneficiado por el clima de esta ciudad en la cura de un cuadro de tuberculosis que lo afectó por varios años, llegó a sostener que era necesario poner énfasis en el impulso de la ciudad de Jauja para que esta llegue a convertirse en un foco de desarrollo en favor de la región, sin que ello signifique una amenaza contra la enorme bondad de su clima.<sup>5</sup> Sin embargo, desde esa época fue poco lo que se hizo desde el Estado para favorecer el desarrollo de un sanatorio o el impulso de alguna estrategia que permitiera ofrecer una mejor estadía a los pacientes del pulmón que llegaban hasta esta ciudad; por el contrario, discusiones prolongadas que casi siempre se empantanaban ya sea por la escasez de recursos o por la ausencia de voluntad política fueron la característica común de la inactividad del Estado en esta materia.<sup>6</sup>

Esta falta de acción por parte de las autoridades competentes para facilitar la implementación de un adecuado servicio sanitario que permitiera una correcta atención de los pacientes en la ciudad de Jauja, no impidió que estos, los tuberculosos, viajaran hasta aquel lugar con la esperanza de encontrar la cura a su terrible mal, al margen de las pésimas condiciones de los servicios de salud que iban a encontrar. Mucha gente seguía viajando desde Lima hacia Jauja, ya sea por

---

dico peruano recomendaba el cambio de clima de la ciudad por uno campestre como tratamiento eficaz para la cura de las enfermedades del pulmón.

5. Pardo, Manuel, *Estudios sobre la provincia de Jauja*.
6. Hubo algunas acciones impulsadas por el Estado peruano pero que no tuvieron mayor continuidad, entre estas podemos mencionar una comisión presidida por José Cobián cuyo propósito fue el de realizar un estudio topográfico y meteorológico del valle de Jauja, y llevar a cabo una observación de la influencia del clima de Jauja en los diferentes períodos de la tisis. Sandoval, Julián, "Topografía médica del valle de Jauja", pp. 446-447. El otro caso se trató de un hospital militar que desde 1861 estableció el Gobierno de Jauja, donde residían cincuenta soldados afectados por la tuberculosis pulmonar. D'Ornellas, Antonio Evaristo de, "La influencia del clima de los Andes", pp. 136-139; 160-163; 171-172; 202-204; 212.

ferrocarril o a lomo de bestia, un viaje que Evaristo D'Ornellas nos relata de la siguiente manera:

El camino de la sierra va siempre ascendiendo y mide hasta Jauja cerca de cincuenta leguas, aunque la distancia no pasa de poco más de veinte. En el trayecto de esta ruta había de distancia en distancia, poblaciones insignificantes y solo se encontraban recursos en ciertas haciendas. En toda época, las personas que aún no estaban muy enfermas verificaban su viaje cabalgadas en mula, mientras que las muy graves iban en una litera, llevando consigo cama, víveres, etc.; además, los acompañaba un guía y criados, de manera que un solo enfermo formaba una verdadera caravana. Viajaban siempre en cortas jornadas y empleaban ocho días para llegar a Jauja.<sup>7</sup>

Todo este caudal de gente enferma dirigiéndose hacia Jauja era numeroso, aun así muchos pacientes se vieron en la triste necesidad de quedarse en Lima, ya sea por falta de recursos para realizar el mencionado periplo o por el estado agudo de su enfermedad, el cual les imposibilitaba realizar tamaña travesía ascendiendo los Andes.<sup>8</sup> Frente a esta realidad muchos de aquellos tuberculosos que no podían ir hasta la ciudad de Jauja encontraron una solución alternativa al viajar hacia lugares intermedios entre Lima y Jauja, llegando a ser dos los destinos más comunes: Chosica y Matucana, el primero en la sierra de la provincia de Lima mientras que el otro se ubicaba en la provincia de Huarochirí, perteneciente al departamento de Lima. La afluencia de

---

7. D'Ornellas, Antonio Evaristo de, "La influencia del clima de los Andes", p. 139.

8. Francisco Rosas se ocupa de aquellos tuberculosos que a pesar de la gravedad de su mal deciden trasmontar la cordillera: "Pero como naufragar en mar desconocida, que agitados por el deseo de la salvación se arrojan entre los escollos y encuentran más segura y pronta muerte, así perecen en los climas menos apropiados, rendidos al rigor de la enfermedad que crece con las fatigas del viaje, con el abandono y bajo la influencia de una atmósfera nociva". Véase Rosas, Francisco, "Convalecencia de los tísicos", pp. 97-98 y 109.

tuberculosos hacia estos destinos con el tiempo se volvió importante, llegando a generar problemas en cuanto a la capacidad de estos pueblos para albergar a estas personas que por la falta de vivienda, alimento y adecuados servicios de salud pasaban muchas penurias.<sup>9</sup>

Muchos médicos se ocuparon del tema a través de artículos que publicaron en revistas médicas, siendo las más importantes la *Gaceta Médica de Lima* y *La Crónica Médica*, esta última llegó en su momento a reunir las más importantes investigaciones y noticias sobre Medicina, Cirugía y Farmacia del Perú. Sin embargo, como en ocasiones anteriores todo se quedó en la denuncia o en una humilde propuesta que pretendía tan solo llamar la atención del Estado para que se ocupe del asunto. Un ejemplo de esto fue el artículo publicado por el médico Francisco Rosas en la *Gaceta Médica de Lima*, donde sostenía que:

Conviene pues que el gobierno, más interesado que nadie en el bienestar de los pueblos, ponga en acción los cuantiosos medios de que dispone, para descubrir los climas verdaderamente útiles para la curación de la tisis, que existen entre nosotros [...] bastaría una comisión compuesta de tres individuos, un médico, un naturalista y un químico [...]. Pero como son muy numerosos y variados los climas

---

9. La ciudad de Lima reunía las condiciones propicias para el desarrollo de la tuberculosis, entre estas se contaba el contacto directo y constante entre las personas, el intercambio de bienes, la tugurización urbana y el hacinamiento; a esto debemos sumar rol que jugó la malnutrición de muchos limeños. En el siglo XIX la tasa de mortalidad por tuberculosis pulmonar era considerable, llegando a convertirse en una endemia crónica y, para fines del mismo siglo e inicios del XX, las condiciones de vivienda y salubridad en Lima eran tan propicias que permitieron que esta enfermedad llegará a ser la principal causa de muerte. Abel Olaechea nos ofrece en su tesis de doctorado algunos datos estadísticos del índice de defunciones por tuberculosis en Lima, en el período 1884-1906. Véase Olaechea, Abel, *Estado actual de los conocimientos relativos a la tuberculosis*.

que posee la república, la comisión no podría consagrarse al examen de todos ellos, así debería limitarse por ahora a los que más especialmente han llamado la atención pública y que gozan de una fama más o menos merecida.<sup>10</sup>

Otro ejemplo de este llamado de atención a las autoridades competentes para que pongan en ejecución las medidas requeridas frente a este terrible mal endémico es lo que sostenía el doctor Leonidas Avendaño:

Se dirá que por el momento es imposible llevar a la práctica semejante proyecto, convenimos en ello, pero debe realizarse tarde o temprano; y mientras llegue ese momento establézcase en cada hospital, una sala especial para tuberculosos aislada del resto de los enfermos, y con su personal especial, cumpliendo en esas salas con todas las prescripciones exigidas por la higiene.<sup>11</sup>

Este panorama cambió cuando el 30 de junio de 1895, el doctor Francisco Almenara Butler comunicó al gremio médico limeño y a la población en general la pronta construcción de un sanatorio para tuberculosos en el lugar conocido como Tamboraque. En palabras de Almenara:

[...] este lugar cree haberlo encontrado la comisión en el punto marcado por el plano, que su ingeniero el señor Viñas, ha elevado a Vuestra excelencia, cuya área de 29,000 metros cuadrados tiene forma trapezoidea y está situada en la falda de una montaña, sobre la margen derecha del río, entre Matucana y San Mateo, al frente y encima de la estación de Tamboraque.<sup>12</sup>

---

10. Rosas, Francisco, "Convalecencia de los tísicos", p. 109.

11. Avendaño, Leonidas. "Apuntes sobre profilaxis de la tuberculosis", pp. 138-140, 227-230 y 262-263.

12. Almenara Butler, Francisco y Remigio Errequeta, "Hospital para tuberculosos", p. 190.

El proyecto para construir este sanatorio no fue una empresa particular del doctor Almenara, sino que tuvo el apoyo del Estado peruano para su realización:

La Junta de Gobierno de 1895 [...] por decreto de 5 de mayo del mismo año, nombró una comisión mixta presidida por el doctor Francisco Almenara Butler [...] y en cumplimiento de ese decreto, la Comisión emprendió su marcha el 14 del mismo mes.<sup>13</sup>

Esta Junta de Gobierno tuvo la responsabilidad de dirigir el país tras la cruenta guerra civil entre Cáceres y Piérola que sumergió al Perú en una crisis política.<sup>14</sup> El gobierno efectivo de esta Junta comprendió desde inicios de abril hasta el 8 de septiembre de 1895, fecha en la que fue proclamado presidente del Perú don Nicolás de Piérola.<sup>15</sup>

La importancia del artículo publicado por Almenara consistía en el hecho de informar el primer paso concreto dado por el Estado peruano para la implementación de un sanatorio que albergara a los tuberculosos de la ciudad de Lima; hasta ese entonces todo había quedado en meras palabras o alguna que otra acción periférica, era la primera vez que el Estado promovía un equipo técnico para ofrecer un sanatorio en beneficio de la ciudad de Lima y en especial de la

---

13. Eyzaguirre, Rómulo, “La tuberculosis pulmonar en Lima”, pp. 21-22. La misma información se encuentra en el artículo de Almenara cuando expresa: “En cumplimiento del Decreto Supremo fecha 5 de mayo, por el que se encarga a una comisión mixta el buscar, en la quebrada de Matucana, un sitio aparente para levantar en él un hospital de tuberculosos”. Véase Almenara y Errequeta, “Hospital para tuberculosos”, p. 189.

14. Dos buenos estudios sobre este periodo de crisis política en la historia republicana son Klarén, Peter F., *Nación y sociedad* y; Contreras, Carlos y Marcos Cueto, *Historia del Perú contemporáneo*.

15. Basadre Grohmann, Jorge. *Historia de la República del Perú*, tomo VII.

numerosa población de bajos recursos atacada por el bacilo de Koch.<sup>16</sup> Asimismo, aquel sanatorio beneficiaría principalmente a aquellos que no podían realizar el viaje hacia Jauja por falta de recursos o por el estado avanzado de su mal.

Se podía vislumbrar a primera vista que el propósito de esta medida era beneficiosa para la ciudad de Lima, puesto que la función de aquel proyectado sanatorio era el de luchar contra una de las más terribles enfermedades endémicas que atacaba a la población capitalina; pero esta supuesta calma y alegría inicial terminó abruptamente cuando el 31 de agosto del mismo año apareció en *La Crónica Médica* un ácido artículo del doctor Ignacio de la Puente, quien anunció terribles consecuencias sanitarias para Lima si es que aquel sanatorio se llegaba a construir. Su artículo anunció el inminente contagio de la capital producto de los desechos del hospital que, al ir a parar al Rímac serían transportados por la corriente del río hasta la ciudad, ingresando directamente a las casas y provocando un contagio generalizado por el bacilo de Koch.

---

16. Esta iniciativa, pionera en su género, y liderada por Almenara Butler, se inscribió en un periodo de la lucha antituberculosa en el mundo conocido como la Era Sanatorial, la misma que fue iniciada en 1854 por el médico Hermann Brehmer quien promovió la construcción del primer sanatorio para tuberculosos en el mundo, el mismo que se ubicó en Gorbardsdorf (Silesia), en el este europeo. Vargas Machuca describe las distintas etapas por las que ha atravesado la lucha antituberculosa en el mundo, señalando los diferentes procedimientos terapéuticos, quirúrgicos y médicos utilizados para combatir esta enfermedad, resultando etapas claramente diferenciadas como son la Era Sanatorial, que se inició con la multiplicación de sanatorios para tuberculosos en el mundo; la Era del Dispensario, establecimiento concebido con una finalidad tanto profiláctica como terapéutica; la Era Quimioterápica que soslayó los sanatorios y dispensarios debido al descubrimiento de una serie de fármacos utilizados en la lucha antituberculosa y, finalmente, la Era Antibiótica que se inició con el descubrimiento de la estreptomomicina, el medicamento específico contra la tuberculosis. Véase Vargas Machuca, Ramón, "La tuberculosis en el Perú", pp. 92-104.

## III

¿Por qué se opuso el doctor De la Puente a este proyecto? ¿Se trataba de una rencilla personal, académica o profesional entre Almenara Butler y De la Puente Requena? ¿Acaso la construcción de aquel sanatorio en realidad traería graves consecuencias sanitarias para la ciudad de Lima? ¿Cuáles fueron los argumentos de Ignacio de la Puente para oponerse a la construcción del Sanatorio? A continuación nos ocuparemos de este interesante debate entablado entre los médicos Almenara y De la Puente, con un doble propósito: primero, a partir de las ideas propuestas en un debate que se inscribe en la Era Sanatorial de la lucha contra la tuberculosis, podremos apreciar el estado de los conocimientos médicos acerca de la tuberculosis pulmonar y de la lucha antituberculosa en el Perú en aquella época y, segundo, rescatar esta discusión como una muestra representativa de un período de transición en el pensamiento médico peruano de ideas miasmáticas sobre la enfermedad hacia la Bacteriología.

Antes de continuar con la historia de esta polémica, es importante conocer el panorama de las investigaciones más representativas sobre tuberculosis pulmonar que precedieron al artículo de Almenara y la subsiguiente polémica con el doctor De la Puente.

Existía un consenso entre los investigadores acerca de las bondades terapéuticas del clima de Jauja para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar. Los primeros trabajos científicos sobre el tema se pueden ubicar a mediados del siglo XIX. Carlos Meyer, médico limeño, consideraba que para un adecuado tratamiento de la tisis pulmonar debía existir una temperatura constante a lo largo del año y una escasa presión del aire encontrando estas condiciones solo en Jauja.<sup>17</sup> D'Ornellas, médico limeño, por su parte, afirmaba que la ciudad de Jauja era refugio en todas las épocas del año de los afectados del pulmón; para

---

17. Meyer, Carlos, "La atmósfera y el clima de los Andes", p. 261.

este médico la tisis era una enfermedad común en lugares bajos, y rara por el contrario en las llanuras y valles elevados. Si bien D'Ornellas reconocía que muchos de los valles de los Andes eran útiles para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar consideraba que no todos tenían un clima conveniente "siendo, sin duda alguna, el que merece más confianza el de Jauja". Para D'Ornellas en Jauja: "El aire es tan seco, que difícilmente se oxidan el fierro y el acero; además es muy sano y exento de miasmas".<sup>18</sup>

Por otro lado Rosa Fernández, médico limeño que llegó a estudiar Medicina en Francia, descarta a los climas que no son de altura como benéficos contra la tisis; para el autor el clima de altura es por consenso el mejor basándose en el hecho real de que no hay tísicos en las alturas de Quito, México, Potosí y La Paz, entre otras ciudades;<sup>19</sup> en el mismo sentido opinaba Chávez Villarreal, médico limeño, al decir:

La tuberculosis pulmonar se desarrolla con más frecuencia y es más favorecida en su evolución, en los climas en que hay exceso en el oxígeno inspirado, relativamente a la cantidad consumida en el organismo.<sup>20</sup>

Finalmente, un relato extraído del artículo de Archibaldo Smith, nos permite tener una mejor imagen de lo beneficioso que era el clima de Jauja para estos médicos:

El doctor Lorente era profesor de Botánica en el Colegio de San Fernando, cuando acometido de hemoptisis se imposibilitó para desempeñar sus deberes profesionales. Estuvo largo tiempo en Lima bajo un tratamiento médico, y también ensayó los efectos del clima de Cho-

---

18. D'Ornellas, Antonio Evaristo de, "La influencia del clima de los Andes", p. 162.

19. Rosa Fernández, Manuel, "Profilaxis de la tisis", pp. 107-108.

20. Chávez Villarreal, Melchor, "Estudio sobre la influencia del clima en la tuberculosis pulmonar", p. 459.

rrillos, lugar de baños de aquella ciudad, pero se debilitó más y más. El resultado fue que su paisano el doctor Pasaman y yo reunidos en consulta convinimos en que debería ir a Jauja y de ahí a Huancayo cuyo aire es más libre y suave, de este punto pasó a la Montaña cuando se halló bastante restablecido. La hemoptisis se le suspendió luego que llegó a Jauja, como sucede casi siempre con los enfermos de esta clase.<sup>21</sup>

Si bien existía consenso este no era gratuito, ya que los médicos exigían tener pruebas suficientes para corroborar la afirmación de que el clima de Jauja era el ideal para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar, algo que lo podemos observar en palabras del médico José Casimiro Ulloa, quien decía:

Cuanto se ha dicho sobre este último punto no satisface sin embargo todas las exigencias; porque no basta saber vagamente que la residencia en Jauja es provechosa a los tísicos, sino que es preciso determinar de qué manera lo es, en qué circunstancias, y cuál debe ser la época precisa de la enfermedad en que hay esperanza de un completo restablecimiento bajo la influencia de aquel clima... una estadística bien formada y que comprenda cuando menos un quinquenio es la única que puede responder satisfactoriamente a esta pregunta.<sup>22</sup>

Sin embargo, muchos de estos médicos también se habían animado a sugerir climas alternativos a Jauja como posibles destinos para el tratamiento y cura de la tuberculosis pulmonar, en esto mucho tuvo que ver la considerable cantidad de personas afectadas de tuberculosis que buscaron ecologías intermedias, hecho que mencionamos en un párrafo anterior. Así pues, ubicamos a Francisco Rosas, médico limeño, quien sostenía que: “[...] ayer Jauja ocupaba todos los ánimos, hoy

---

21. Smith, Archibaldo, “Geografía de las enfermedades”, p. 264.

22. Ulloa, José Casimiro, “Del clima de Jauja y de su influencia sobre la tisis”, p. 443.

comienzan a fijarse los ojos en Arequipa y en las islas Chincha y mañana probablemente se fijarán en otro punto”.<sup>23</sup>

El mismo José María Zapater, médico jaujino, uno de los médicos que más defendió el clima de Jauja como específico para la cura de la tuberculosis pulmonar, se animaba a recomendar como lugar alternativo el pueblo de Matucana en Huarochirí.<sup>24</sup> Matucana también era un paraje aconsejado por D’Ornellas quien comunicaba que este pueblo: “[...] es visitado por los tísicos, cuya gravedad o recursos pecuniarios no les permite emprender la travesía de la primera cordillera”.<sup>25</sup> Asimismo, este médico se animaba a recomendar el clima marítimo ya que consideraba que: “[...] es un hecho que algunas veces en esta capital se ordena, como lo hemos hecho nosotros, un viaje por mar para detener la marcha progresiva de la tisis”.<sup>26</sup>

Finalmente, Archibaldo Smith recomendaba además de Jauja, los poblados de Surco y Huasamayo ya que según él gozaban de un clima agradable y tan distante del frío de la sierra, como del extremado calor de la costa. Esta afirmación la grafica al narrar el caso emblemático de:

[...] el octogenario de quien he hecho mención que ocupaba una de las casuchas de Huasamayo, en los límites de la lluvia, había sido zapatero en Lima cuando joven, y habiendo sido atacado de hemoptisis en la capital sanó a merced del clima de esta calzada. Él varias veces había regresado a Lima, pero la hemoptisis le volvía luego, después de una corta permanencia, hasta que al fin, por cautela fijó allí su residencia, donde gozaba cuando lo vi una vejez alegre y viva.<sup>27</sup>

---

23. Rosas, Francisco, “Convalecencia de los tísicos”, p. 97.

24. Zapater, José María, “Influencia del clima del valle de Jauja”, p. 173.

25. D’Ornellas, Antonio Evaristo de, “La influencia del clima de los Andes”, p. 139.

26. *Ibidem*.

27. Smith, Archibaldo, “Geografía de las enfermedades”, p. 219.

Las ideas elaboradas por estos médicos respecto a determinados climas como una herramienta eficaz para el tratamiento de la tuberculosis pulmonar provenían de una disciplina muy en boga en la época, la Geografía Médica, disciplina que el propio Unanue cultivó. La Geografía Médica suponía que para cada región o ecología correspondía un determinado grupo de enfermedades, es decir, que cada región poseía un mosaico nosológico diferente y bondades terapéuticas también diversas. Esta relación íntima entre la presencia de la enfermedad y su correspondiente región geográfica permitía a los médicos tener un criterio adicional para recomendar a un paciente la visita a una ecología específica para mejorar su salud. Los anteriores estudios son un claro ejemplo del perfil de las investigaciones de fines del siglo XIX que apelaban a los argumentos de la llamada Geografía Médica para identificar los climas propicios para el tratamiento de las enfermedades.

#### IV

La Geografía Médica tuvo una herramienta vital que fue la Climatoterapia, disciplina que se ocupaba del tratamiento de las enfermedades por medio de climas favorables; esta supone el conjunto de las condiciones atmosféricas y telúricas en relación con su influencia sobre los seres vivos. Las condiciones atmosféricas se refieren a la radiación solar, composición del aire, temperatura, humedad, morbosidad y precipitaciones acuosas, presión, vientos, luminosidad e insolación y electricidad atmosférica; las condiciones telúricas se refieren a la constitución del terreno y al régimen acuoso. Tanto la Geografía Médica pero, sobre todo, la Climatoterapia llegaron a ocupar un lugar importante en la práctica médica, principalmente la Climatoterapia que llegó a ser considerada como el único medio de cura contra la tuberculosis pulmonar. Smith, Rosa Fernández, Chávez Villarreal y los demás médicos son una muestra de ello. Francisco Rosas es quien quizás con mayor claridad nos grafica esta realidad al sostener que:

[...] Aun el mismo aceite de hígado de bacalao que apareció con tanto aparato y despertando tan agradables ilusiones, no cuenta ya con muchos partidarios entusiastas. La experiencia ha enseñado que cuando el mal no ha avanzado mucho y no son desfavorables las condiciones orgánicas del enfermo, un clima apropiado puede detener sus progresos [...] en tan grave situación una sola esperanza queda al médico y al enfermo, el cambio de clima.<sup>28</sup>

Como hemos visto la Geografía Médica y la Climatoterapia otorgaban un valor fundamental al estudio de los climas, quizás Carlos Meyer lo expresa a través de frases que hoy serían anecdóticas pero que para la época tenían mucho sentido:

El estado más o menos puro de la atmósfera y su temperatura o el clima, es para el hombre lo que es la tierra para las plantas. El más bonito árbol de los países más felices, se reduce al polo de norte en un arbustillo, las flores pierden sus más bellos colores, los musgos se aferran al suelo, mientras que las palmas del sur se elevan al cielo como las cumbres de los Andes; el gato se trasmuda en un león y tigre y el lagarto en un cocodrilo, hasta sobre el estado político de un país el clima tiene sus reacciones y puede hacer un país grande y rico más favorable a la monarquía que a la democracia.<sup>29</sup>

Queda claro que para estos médicos, la idea de los miasmas, de los malos aires propios de la ciudad, está muy presente en sus argumentos, ya que hasta el momento el postulado sobre la contagiosidad de la tuberculosis pulmonar no existía en el discurso médico mundial, sino más bien la idea de que este mal se transmitía por otros medios como los miasmas, la herencia o la ausencia o presencia de determinado gas en la atmósfera. A lo sumo podemos encontrar ideas como la

---

28. Rosas, Francisco, "Convalecencia de los tísicos", p. 97.

29. Meyer, Carlos, "La atmósfera y el clima de los Andes", p. 260.

de Zapater sobre que la tisis pulmonar se debía a diversas razones como el matrimonio, el aire, el uso de ropa contaminada o la autopsia de un difunto por tuberculosis.<sup>30</sup>

Uno de los primeros en ocuparse de la contagiosidad de la tuberculosis pulmonar fue Leonidas Avendaño, médico limeño, quien en un artículo publicado en *La Crónica Médica* decía:

La herencia influye, pero únicamente por la debilidad congénita que tienen los que nacen de padres tuberculosos, es decir que estos se encuentran en mejor aptitud que cualquier otro individuo para hacerse tuberculoso, si a tiempo no se modifica su constitución para que puedan resistir a los ataques del elemento contagioso. Por el contrario cualquiera que carezca de antecedentes hereditarios, puede contraer la enfermedad, si se encuentra rodeado de sus microbios productores, y tiene sus superficies de absorción dispuestas para que esta se realice [...]. De aquí la presencia de la tuberculosis en los lugares en que se encuentran reunidos muchos individuos como en los cuarteles, hospitales, colegios, conventos, etc., en los que siempre se presentan numerosos casos de tisis tuberculosa, cuya producción era difícil de explicar cuando únicamente se admitía como medio de transmisión la herencia [...]. Después de varias vacilaciones, de teorías encontradas, se ha presentado una: la parasitaria, que da la explicación racional de todos los fenómenos y que pronto permitirá instituir un tratamiento seguro y eficaz.<sup>31</sup>

Este deslinde es fundamental ya que se puede deducir que a partir de este momento la idea sobre el tratamiento de la tuberculosis pulmonar empezaría a experimentar un cambio. Un cambio respecto del agente infeccioso que se deseaba destruir, donde el rol de un clima campestre y de altura seguirá teniendo importancia, pero al cual se le adicionan otros elementos como por ejemplo: la contagiosidad

---

30. Zapater, José María, "Influencia del clima del valle de Jauja", pp. 172-173.

31. Avendaño, Leonidas. "Apuntes sobre profilaxis de la tuberculosis", pp. 139-140.

de la enfermedad. Las investigaciones anteriores si bien habían tenido énfasis en el tratamiento de la tuberculosis pulmonar mediante la “Dieta de Aire”,<sup>32</sup> no habían puesto énfasis en entender la etiología y profilaxis del bacilo de Koch. Fue en este panorama que se generó el debate entre Almenara y De la Puente, debate que no se concentrará exclusivamente en argumentos propios de la Climatoterapia, sino que va a llenar un vacío al poner en discusión un tema fundamental y que hasta ese momento había sido poco tratado y es el referido a la contagiosidad de la tuberculosis. Los argumentos de un clima campestre y de altura si bien son comprensibles no necesariamente pueden enfrentarse bien a los nuevos argumentos relacionados al poder infeccioso del bacilo. Estos nuevos argumentos implican cierta ruptura con el pasado.

Luego de esta revisión entremos de lleno en el debate. La idea de promover un sanatorio para los tuberculosos pobres de la ciudad de Lima no era una propuesta nueva por parte de Almenara Butler ya que en 1885, diez años antes de la publicación del artículo mencionado, se mostraba a favor de un establecimiento como aquel, especializado en el tratamiento de la tisis y el cual debía ser instalado en la ciudad de Matucana. Almenara llamaba la atención del Estado con las siguientes palabras:

Pero así tan desamparado no debe quedarse Matucana, y si antes en mejores tiempos no se ha apreciado su importancia y los servicios que puede prestar para la convalecencia de enfermedad tan general, hoy es la vez que los poderes públicos, la Municipalidad de esta ciudad y la

---

32. Este concepto fue acuñado por el fisiólogo francés Dennis Jourdanet, quien fue discípulo del famoso fisiólogo Paul Bert. Las opiniones de Jourdanet en materia de Climatoterapia hacen referencia a criterios respecto a la inferioridad biológica del Nuevo Mundo. Su principal trabajo fue *Influence de la presión de l'air sur la vie de l'homme*. Para mayor información véase: Cueto, Marcos, “Andean Biology in Peru”, p. 641.

Beneficencia, maduren un proyecto para hacer en ocasión más tranquila, de ese lugar tan necesario una verdadera estación de enfermos consiguiendo con esta medida dos beneficios, uno la única asistencia racional de los tuberculosos, esto es la cura de aire, y el otro, la derivación de buen número de enfermos de nuestros hospitales, que por ser tuberculosos van a gozar de temperamento mejor, dejando sitio en aquellos para otros desgraciados atacados de otras enfermedades.<sup>33</sup>

Almenara con esto se sumaba a médicos que hacían un llamado a las autoridades para poner en ejecución alguna medida que mejorase la situación terrible por la que atravesaban los tuberculosos que se establecían en ecologías intermedias y que, en su debido momento, habían superado la capacidad de esos pueblos para ofrecerles una adecuada residencia, alimentación y servicios sanitarios. A este respecto decía:

Solo queremos ocuparnos de Matucana como residencia de la colonia de tuberculosos que contiene, en el sentido de la insuficiencia de recursos para la vida que existe en ese pueblo y del abandono y miseria en que viven allí los tuberculosos pobres.<sup>34</sup>

En cuanto a las viviendas de los tísicos en Matucana Almenara afirmaba lo siguiente:

Las habitaciones adonde van a vivir estos enfermos son bajas, estrechas, sin piso en el suelo de ninguna clase, sucias y asquerosas que más parecen morada de insectos que de humano, las paredes sin enlucido, anfractosas y llenas de cavidades, son con el techo y suelo una fuente de absorción inagotable de cuanta combustión y descomposición puede ocurrir en esa morada de hombres y animales. Los enfermos se acuestan en el suelo en medio de sus esputos, y soñando en los

---

33. Almenara Butler, Francisco, "Matucana como estación de tísicos", p. 44.

34. *Ibíd.*

beneficios de Matucana se duermen respirando un aire infecto y mefítico, sucio con tanta emanación y sin renovación.<sup>35</sup>

Los argumentos propios de la Climatoterapia estaban presentes en las ideas de Almenara, y eso es lógico ya que estamos en plena Era Sanatorial. Esto se puede apreciar con mayor fuerza en un trabajo posterior de este médico publicado en *La Crónica Médica*, donde afirmaba que convenía contra la tisis un clima claro y estable, con renovación constante del aire, medianamente seco y puro, siendo por lo tanto los requisitos de una estación climatológica el paraje campestre más o menos elevado sobre el nivel del mar y que este se mantenga alejado de las poblaciones, lo que le permitirá tener una atmósfera libre de bacilos tuberculosos y, en general, de toda clase de polvo orgánico o inorgánico irritante a los pulmones.<sup>36</sup> Estas dos condiciones básicas sumadas a otras más específicas como la presencia del sol, la atmósfera relativamente seca y la baja temperatura, Almenara no las encontraba en la ciudad de Jauja; para él ninguno de los requisitos de toda estación climatológica se encontraban en el clima de Jauja y eso se puede apreciar en la siguiente afirmación:

Las condiciones climatológicas no deben sobrepasar al objeto médico que se persigue en el tratamiento aeroterápico de las alturas, cual es, poseer el grado de excitación vital suficiente para estimular todas las funciones del organismo.<sup>37</sup>

Para Almenara la altitud de Jauja resultaba perjudicial para los enfermos tuberculosos y por eso se inclinaba más por una localidad ubicada a una menor altitud sobre el nivel del mar. Sin embargo, Almenara no era un innovador en la idea de establecer un sanatorio en

---

35. Almenara Butler, Francisco, "Matucana como estación de tísicos", pp. 42-43.

36. Almenara y Errequeta, "Hospital para tuberculosos", pp. 190-192.

37. *Ibíd.*, p. 191.

un clima intermedio entre Lima y Jauja. Un buen número de investigaciones ya habían hecho hincapié en este punto, solo que él recomendaba más bien que un proyecto como éste debía madurar y ejecutarse cuando había apoyo oficial, ya que existió una comisión médica que evaluó las condiciones climatológicas para construir un establecimiento en una zona diferente. Se puede leer en el artículo de Almenara lo siguiente:

Para hacer esta determinación, era necesario fijar de antemano las condiciones o requisitos que tuviera esa localidad, a fin de que la elección completamente definida pudiera resistir a las vacilaciones que el Supremo Gobierno y la sociedad de Lima tuvieran al darle su aprobación, una vez que existen opiniones según las que Jauja debe ser el sitio donde se levante el hospital para enfermos del pulmón.<sup>38</sup>

Más allá de esta afirmación, no existe mayor referencia a las investigaciones científicas que llevó a cabo aquella comisión médica. El artículo se concentra en afirmar que Jauja no es el lugar adecuado, por lo cual es necesario buscar un clima alternativo que finalmente se define que debe estar ubicado en la quebrada de Tamboraque, lugar considerado como el ideal para el establecimiento del sanatorio para tuberculosos de la ciudad de Lima; frente a esta propuesta fue que apareció la feroz respuesta del doctor De la Puente en la misma revista médica.

Ignacio De la Puente no era ajeno a los postulados de la Climatoterapia. Sin embargo, manifiesta una cierta distancia de esta disciplina al afirmar:

Las tendencias climatoterápicas actuales consisten en dar preferencia a los sanatorios de altura, por creerse que ciertas líneas altimétricas podrían marcar el límite de la tuberculosis; esperanza que ha resultado fallida tan pronto como se notó que altiplanicies elevadas, como

---

38. Almenara y Errequeta, "Hospital para tuberculosos", p. 190.

las de México, han sido invadidas por la tuberculosis, aportada por los inmigrantes europeos.<sup>39</sup>

Para De la Puente el tema pasaba más por criterios de profilaxis e higiene que por la acción excluyente de un clima benigno para ubicar el lugar donde establecer el sanatorio para tuberculosos como lo demuestra la siguiente afirmación.

Una de las cuestiones que preocupan hoy más a médicos e higienistas, es el establecimiento de sanatorios para la asistencia de tuberculosos y profilaxis en general, establecimientos donde se otorga a los enfermos ingentes cuidados de que carecen en el seno de sus familias.<sup>40</sup>

Aquí hay dos argumentos iniciales de manifiesta oposición al proyecto de Almenara, el primero referido a la supuesta especificidad del clima de altura en el tratamiento y cura de la tuberculosis pulmonar, ya que según De la Puente era un hecho real de que la propia ciudad de Jauja había empezado a tener casos de tuberculosos originarios de la localidad, que habían contraído la enfermedad en la misma ciudad, esto le sirvió para afirmar que la tisis está presente en todos los climas sin excepción.<sup>41</sup> Por el hecho de sostener que la tuberculosis estaba pre-

---

39. Puente, Ignacio de la, "Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar", p. 253. En el mismo sentido opinaba el médico Rómulo Eyzaguirre ya que según él "[...] en un tiempo se creyó también que México, situado a 2,265 msnm, era [el propicio] para el tratamiento de la tisis, pero hoy es una ciudad tan tuberculosa como cualesquiera otra, debido a su progreso social e industrial. Lo mismo acontecerá con Jauja un día u otro". Véase Eyzaguirre, Rómulo, "La tuberculosis pulmonar en Lima", p. 36.

40. Puente, Ignacio de la, "Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar", p. 249.

41. Este argumento no era antojadizo, ya que otros médicos empezaron a sostener, al igual que De la Puente, que la tuberculosis se encontraba en cualquier clima, frente a esto la altura perdía validez como medida terapéutica. Rómulo Eyzaguirre decía al respecto: "Los maravillosos efectos del aire puro no depen-

sente en cualquier ecología y que, por ende, la acción del clima era prescindible en el tratamiento de la tuberculosis llevó a De la Puente a sostener categóricamente que:

[...] ningún clima es específico de la tuberculosis [...] pues todos los especialistas opinan en el sentido de que obran más bien modificando los hábitos y el régimen de vida que la enfermedad misma.<sup>42</sup>

A todo esto se sumaba su reclamo respecto a la carencia de estudios realizados por la comisión mixta presidida por Almenara para determinar cuáles eran los beneficios del clima de Tamboraque sobre la tuberculosis pulmonar en pacientes, así como elaborar una casuística del número de personas curadas y las formas de tuberculosis que podían asistirse en aquella localidad. Ante la carencia de estos estudios, De la Puente afirmaba de modo irónico que no era posible que: “Un solo día de observación pretende probar que Tamboraque es una localidad espléndida”.<sup>43</sup>

---

den de que su oxígeno vaya a matar al microbio, al usar del aire como medio curativo no atacamos directamente al bacilo lo que hacemos es alcanzarle de un modo indirecto”. Véase: Eyzaguirre, Rómulo, “La tuberculosis pulmonar en Lima”, p. 39.

42. Puente, Ignacio de la, “Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar”, pp. 249-253. Estas ideas se apoyaban en los principios elaborados por el estudioso Linsay, quien consideraba que el tratamiento de la tuberculosis no pasaba por definir un clima específico sino más bien por elegir, dentro de una gama de climas favorables, el más indicado y el que además esté al alcance del enfermo. Los principios propuestos por Linsay eran seis: alejar al paciente de un medio atmosférico que lo predispone a la tuberculosis; alejarse de un clima que obliga a una vida sedentaria y enclaustrada; alejarse de un clima sin sol ya que este es tónico y estimulante de las funciones digestivas; alejarse de poblaciones densas y medios viciados; alejarse de un suelo húmedo y condiciones antihigiénicas, procurar el cambio de aire para modificar el régimen de vida y las costumbres. Véase: Puente, Ignacio de la, “Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar”, p. 252.

43. Puente, Ignacio de la, “Climatoterapia de la tisis pulmonar”, p. 341.

El segundo argumento tenía que ver con el hecho de que aun cuando De la Puente marcó cierta distancia respecto de la Climatoterapia se animó a recomendar una ecología particular donde se podría establecer el sanatorio, siendo esta alternativa la de un clima marítimo:

Un buen sanatorio marítimo sería para nosotros la isla de San Lorenzo, a pocos kilómetros del Callao; clima templado, seco y temperatura muy uniforme; ventilado por brisas marítimas, con días claros y atmósfera impregnada de emanaciones marinas. Su intermediación a la capital permitiría trasladar fácilmente a los enfermos; su poca altitud deja libre acceso a enfermos graves o con alteraciones en la circulación para quienes está contraindicado el clima fuertemente estimulante de las montañas.<sup>44</sup>

Pero esta propuesta no pasaba por recomendar un lugar diferente a Tamboraque siguiendo los argumentos de la Climatoterapia, disciplina frente a la cual ya empezaba a marcar cierta distancia, más bien era la alternativa para evitar que la ciudad de Lima sufra una infección por el bacilo de Koch. Este médico quería evitar un contagio generalizado, de ahí que incluso recomendara a la ciudad de Jauja, soslayada por él mismo, como lugar para construir el sanatorio y:

[...] de esta manera proporcionar a los enfermos dos estaciones sanitarias [San Lorenzo y Jauja] entre las que pueden escoger, dejándonos libres, de una gravosísima contaminación de las aguas del Rímac.<sup>45</sup>

---

44. Puente, Ignacio de la, "Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar", p. 253. La propuesta de construir un sanatorio en San Lorenzo no fue idea del doctor De la Puente, ya que él mismo hace referencia a los: "*Señores doctor Manuel A. Muñoz y F. Wakuski, cuando en oficio de 30 de enero de 1894 propusieron la isla de San Lorenzo, a la Junta Suprema de Sanidad*". Véase: Puente, Ignacio de la, "Climatoterapia de la tisis pulmonar. Lima en peligro". *El Comercio*, 14 de setiembre de 1895, p. 3.

45. Puente, Ignacio de la, "Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar", p. 339.

Con esta afirmación, De la Puente estaba marcando un claro deslinde respecto de los argumentos médicos hasta ese momento esgrimidos sobre la tuberculosis pulmonar, en particular a la contagiosidad de esta enfermedad:

Pero los sanatorios que ofrecen ventajas incontestables para los esfuerzos que se asisten en ellos, y para la profilaxis general de la tuberculosis, no pueden ni deben convertirse en peligro local, así para el personal del sanatorio como para las poblaciones sanas ambientales; y el que se proyecta levantar en Tamboraque es una amenaza grave para Lima y las pequeñas poblaciones intermediarias.<sup>46</sup>

Ignacio de la Puente explica el ánimo que lo llevó a publicar un artículo opositor al proyecto de Almenara con las siguientes palabras:

[...] publicamos el presente artículo en cumplimiento de un deber ineludible, y con poquísima esperanza de atajar una disposición que siendo mala de seguro tiene que cumplirse, dado el estado de aberración mental y moral a que hemos llegado en estos últimos años, que parece faltarnos hasta el instinto de conservación.<sup>47</sup>

Para De la Puente el sanatorio de Tamboraque ponía en peligro la salud de la capital peruana al enviar los desechos de este establecimiento sanitario, incluyendo abundantes bacilos tuberculosos, al río Rímac. Esta situación llegaría a situaciones aún más graves ya que afirmaba:

[...] el ganado que beba estas aguas contaminadas enfermará también, multiplicándose y haciéndose más activas por esto las causas de contagio; y entonces las carnes mal cocidas, la leche bebida cruda, los quesos, serían otros tantos vehículos del microbio [...] para que nuestros lectores puedan formarse una idea del grado de contaminación a la que pueden llegar las aguas de nuestro río, baste recordar que el

---

46. Puente, Ignacio de la, "Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar", p. 249.

47. *Ibidem*.

profesor Heller ha calculado un millón de bacilos por centímetro cúbico de esputos; pudiendo un solo enfermo poner en libertad, en 24 horas, 270 millones de estos agentes destructores, de los cuales uno solo basta para [infectar] nuestro organismo.<sup>48</sup>

Esta situación era posible ya que según De la Puente:

[...] el germen de la tuberculosis es de reproducción esporular, la de mayor resistencia de todas las reproducciones de las bacteriáceas, circunstancia que le permite dormir mucho tiempo [...] el bacilo de la tuberculosis es un poderoso bacilo: lucha cuerpo a cuerpo con las bacterias de la putrefacción y las vence a diferencia de lo que pasa con otros microbios patógenos que son vencidos por aquellos fagocitos. De suerte que el tuberculoso aun después de muerto continúa siendo un peligro grave para la higiene pública.<sup>49</sup>

Hasta este momento en la historia de la Medicina peruana no había existido un discurso que hiciera hincapié en cuestiones relacionadas al contagio de la tuberculosis pulmonar como criterio fundamental al momento de construir un sanatorio.

La réplica de Almenara Butler no se hizo esperar, para él la única intención del doctor De la Puente era pretender generar en los lectores un temor quimérico “asustándolos con una tisis tuberculosa general”.<sup>50</sup> Los argumentos de réplica de Almenara se concentraron en

---

48. Puente, Ignacio de la, “Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar”, p. 249.

49. *Ibíd.*, pp. 250-251.

50. *Ibíd.*, p. 318. El artículo de Ignacio de la Puente, de manifiesta oposición al Proyecto de Tamboraque fue publicado posteriormente en *El Comercio*, demostrando que la discusión traspasó los círculos académicos. Para mayor información véase los artículos de González, B., “Climatoterapia de la tisis pulmonar. Lima en peligro”. *El Comercio*, 31 de agosto de 1895, p. 3; y González, B. “Climatoterapia de la tisis pulmonar. Lima salvada”. *El Comercio*, 11 de septiembre de 1895, p. 3.

los principios de la Climatoterapia, ya que hizo referencia a los elementos que favorecen la no presencia del bacilo tuberculoso en la altura y que son requisitos de toda estación climatológica. Entre estos se encontraban la temperatura del aire que baja 5 grados por cada 1000 metros de altura, la presión del aire que disminuye, la falta de polvo, impurezas y microbios patógenos en la atmósfera y la influencia del ozono sobre los bacilos. Todos estos requisitos los encontraba en Tamboraque y más adelante concluyó:

[...] el conjunto de condiciones climatológicas que de todo orden poseen las montañas a favor de los tuberculosos, no permite que existan en el aire los bacilos de esta enfermedad, ni los de otro género, a la altura de más de 2,000 metros sobre el nivel del mar, y la asepsia que se realiza en los aparatos broncopulmonares, no consiente en estas ciudades la vida activa de aquellos seres, y los esputos, si existen, no son virulentos.<sup>51</sup>

Se puede entender que el consenso entre Almenara y De la Puente respecto de la Climatoterapia no era posible, ya que el primero era partícipe de un discurso higienista que se concentraba en las bondades del clima. Sin embargo, en lo concerniente al nivel de contagio de la enfermedad las respuestas de Almenara son bastante generales, como por ejemplo cuando afirma acerca de los bacilos tuberculosos:

[...] así se hallan en las carnes de bovinos y aves con que nos alimentamos, en la leche, el queso, las legumbres, los frutos esparcidos por el suelo; las ropas, muebles y útiles que usamos; en la atmósfera y menaje de las oficinas públicas, templos, estaciones de ferrocarril; en la mano amiga que tocamos, en el tálamo nupcial, en el beso inocente, en nuestras mismas manos sin ser tuberculosos, sobre nuestro propio cuerpo, en la boca y en las fauces, y, por último, y muy particularmente, en el suelo que pisamos, que es donde se arrojan los esputos

---

51. Almenara, Francisco, "Climatoterapia de la tisis pulmonar", p. 323.

tuberculosos, los que una vez secos y pulverizados, esparcen sus bacilos por todas partes, merced al aire, al plumero y a la escoba.<sup>52</sup>

Para Almenara esta realidad hacía poco probable el contagio de Lima al establecer un sanatorio en las afueras de la ciudad pues al estar el bacilo tuberculoso en cualquier lugar:

[...] existiendo en tanta abundancia el germen del tubérculo, ¿necesitaría acaso una población cualquiera de un nuevo contingente de bacilos, para que una mayor parte de sus habitantes fuera contaminada con aquella enfermedad? De ninguna manera, ya que llevamos ordinariamente en la boca los gérmenes de la pulmonía, del pus, de la erisipela, de la infección puerperal, etc., y no nos enfermamos con estas afecciones sino en circunstancias muy conocidas. Los tuberculosos tragan sus esputos y no es lo común que se les tuberculice el vientre.<sup>53</sup>

Los argumentos de defensa esgrimidos por Almenara en su réplica a De la Puente en materia de la contagiosidad de la tuberculosis tuvieron como característica la generalidad. Mientras uno citaba los estudios de Heller y Linsay entre otros, para fundamentar la tesis del contagio, Almenara decía que al estar el bacilo en todo lugar no tenía por qué generar preocupación que haya unos cuantos más. No pienso que su respuesta haya sido con un afán irónico, simplemente que las ideas del contagio no estaban presentes en su discurso, entre estas podemos citar la teoría del fagocitismo, es decir aquella que postulaba que los glóbulos blancos de la sangre eran los encargados de mantener a raya al bacilo tuberculoso del cuerpo humano, siendo pues la herramienta que tiene el organismo para oponerse a la infección por el bacilo de Koch. Esta teoría de la Medicina moderna había desplazado a las ideas promovidas por la teoría miasmática. Al margen de las frases en

---

52. Almenara, Francisco, "Climatoterapia de la tisis pulmonar", pp. 318-319.

53. *Ibíd.*, pp. 319.

algunos casos exageradas del doctor De la Puente, no hubo de parte de Almenara un discurso médico que haga referencia al contagio. En mi opinión esto se debía al período que podría llamarse de *bisagra* donde De la Puente habría tenido criterios iniciales o adelantados sobre este tema, criterios que no tuvo en consideración la comisión médica que coordinó Almenara Butler.

A inicios del siglo XIX, Teófilo Jacinto Laënnec había realizado la correlación anátomo-clínica de la enfermedad; años después, en 1865, Juan Antonio Villemin logró demostrar que la tuberculosis era una enfermedad inoculable y por ende transmisible. Sin embargo, su descubrimiento no recibió la atención debida. Luego vino el *boom* por construir sanatorios para el tratamiento de esta enfermedad, pero no fue hasta las investigaciones de Robert Koch que se dejó de creer en el hecho de que la enfermedad era causada exclusivamente por la desnutrición, el hacinamiento, las pasiones tristes, las emanaciones pútridas, los miasmas mefíticos, entre otras razones. Solo cuando en 1882 el médico alemán logró aislar el bacilo tuberculoso se demostró la contagiosidad y la naturaleza microbiana de la tuberculosis.

Ciertamente, los descubrimientos científicos darán un valor mayor al tema de la contagiosidad. Almenara Butler no desconocía los postulados de Koch, simplemente que entre los criterios de aquella comisión médica que determinó la quebrada de Tamboraque como el lugar ideal para la construcción del sanatorio no estuvo presente la idea de la contagiosidad como lo demuestra la réplica de Almenara hacia su contendor.

## V

No sería correcto identificar en este debate un vencedor y un vencido. El nuevo panorama que se estaba vislumbrando en la Medicina occidental no resultaba tan claro. Aquel tránsito no ocurrió de la noche a la mañana. Se trataba de un contexto confuso en el que nuevos términos estaban en plena construcción. Si bien Almenara llama la

atención sobre criterios como la correcta higiene puesta en práctica en el proyectado sanatorio, sus argumentos hacen referencia constante al clima y a la ausencia de contaminación en el aire. Un aire puro sería beneficioso para los afectados por la tisis pulmonar. Aquel conjunto de ideas estaba relacionado con una concepción miasmática de la enfermedad en la que se le daba importancia a la pureza del clima y a la acción de este sobre el organismo enfermo y no al poder contagioso del bacilo tuberculoso, idea presente e incisiva en argumento opositor del doctor De la Puente.

Esta idea del contagio con el tiempo se hizo constante en el discurso médico; por eso vemos a Rómulo Eyzaguirre, pocos años después del debate entre Almenara y De la Puente, afirmar lo siguiente:

En otros tiempos, la contagiosidad, la causa de la enfermedad era solo del dominio del médico, pero hoy, que tal cuestión no es una doctrina sino un hecho, eso ha pasado a ser del dominio público, todos lo saben, no es esto un misterio ni un secreto, y parece imposible que en nuestros días haya quien pregunte si las bacterias son de veras, y quien niegue su existencia con un plomo digno de mejor causa.<sup>54</sup>

Por su parte, Felipe Merkel decía más contundentemente en 1903:

[...] así, pues, sin exagerar ni negar de un modo absoluto la participación del clima en la propagación de la tuberculosis, diremos que es, relativamente, [un] factor secundario, porque su acción se limita tan solo a colocar al individuo en estado de inconsciencia mórbida. El factor de primer orden, haciendo abstracción de condiciones higiénicas de menor importancia vital, al que debemos tratar de combatir por todos los medios, es la aglomeración, llevada a un alto grado en los cuarteles y hospitales.<sup>55</sup>

---

54. Eyzaguirre, Rómulo, “Hospitalización de los tuberculosos”, p. 340.

55. Merkel, Felipe, “La tuberculosis en el Ejército nacional”, p. 367.



## VI

# MEDICINA, PROSTITUCIÓN Y SÍFILIS EN LIMA Y CALLAO: 1910-1930

CAROL PASCO ÁLVAREZ Y JULIO NÚÑEZ ESPINOZA<sup>1</sup>

[...] todos o casi todos se creen sífilíticos, todos quieren aprovecharse de los beneficios que estos descubrimientos aportan en el diagnóstico y tratamiento de la sífilis. Muchos que ocultan su afección por largos años, por temor de seguir un régimen medicamentoso tan molesto y largo como el mercurial no tienen ahora reparo en descubrir su enfermedad.<sup>2</sup>

### I. Introducción

Hacia la primera década del siglo XX, los avances en los estudios médicos modificaron la visión que tenían las sociedades urbanas respecto a las enfermedades infecciosas, entre ellas la conocida “enfermedad de

- 
1. Bachiller en Historia por la Pontificia Universidad Católica y maestro en Historia de la Ciencia y la Salud por la Casa Oswaldo Cruz, Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil.
  2. Arguedas, Luis Alberto, “Contribución al estudio clínico”, pp. 3-4. Con estas palabras el autor señala una situación singular, que la sífilis no solo se volvió un problema para médicos clínicos sino también para los psiquiatras, ya que en Lima, entonces existían los casos de los “sifilomaniacos” y “sifiliófobos”; estos eran pacientes que, impactados por la enfermedad e ilusionados con los avances médicos, creían ser sífilíticos sin tener realmente la enfermedad.

Venus”, la sífilis, y tal como lo sugiere nuestra cita, muchos querían ser parte de los nuevos aportes científicos que traía consigo la reorganizada ciencia médica.

La sífilis no era una nueva experiencia para los médicos ni para la sociedad peruana ya que esta había existido por muchísimos años. Sin embargo, el impacto de su presencia y la importancia que esta comienza a tener a comienzos del siglo XX, se debe en parte al desarrollo y difusión de los discursos médicos y al apoyo que este grupo profesional recibió por parte del Estado, el cual estaba interesado en articular un proyecto de nación en que estaba incluido un ideal moral y sanitario del habitante peruano. De esta manera, la sífilis y su historia en el Perú durante los años 1910 y 1930, nos permite tocar puntos claves para comprender no sólo a la enfermedad sino también el entorno médico, social y político en el que se desenvolvía la ciudad de Lima de inicios del siglo XX.

El presente artículo tiene como propósito ofrecer un panorama de las diferentes etapas por las que atravesaron las políticas oficiales promovidas por el Estado destinadas al combate de las enfermedades venéreas, especialmente la sífilis, en Lima y el Callao entre los años 1910 y 1930. Estas iniciativas públicas revelan la continuidad de un programa reglamentarista que se concentró principalmente en el control médico y social de la prostitución, considerada como la causa más seria del “contagio venéreo” en el Perú. Es importante destacar que esta reglamentación se mantuvo casi inalterable hasta la segunda y tercera década del siglo XX cuando empezó a coexistir con otras propuestas de lucha antivenérea como la educación sexual.

El presente artículo se compone de cuatro partes. En primer lugar, presenta un balance historiográfico de las investigaciones que hasta el momento se han preocupado por estudiar la sífilis para el caso peruano. La realidad nos muestra que estos trabajos son escasos, lo cual indica que aún falta mucho por hacer en este campo. En segundo lugar, analizamos la historia del concepto sífilis. Las fuentes consultadas para el presente trabajo hacen mención al término general “enfermedades

venéreas” bajo el cual se incluye a la sífilis. Es decir, en estas fuentes la historia de la sífilis está combinada con la historia de otras enfermedades de transmisión sexual, como la gonorrea y el chancro blando por ejemplo. Sin embargo, los documentos oficiales del Estado peruano sugieren una interpretación de “enfermedades venéreas” como un todo ya que se tenía previsto la construcción de un sifilicomio, establecimiento donde no solo se recluía a personas con sífilis, sino a enfermos afectados por cualquier enfermedad venérea. Es decir, el concepto de sífilis fue usado para una serie de dolencias pero también de modo general. Con el balance historiográfico desarrollado en la primera parte, nos apoyaremos en el libro de Ludwik Fleck, autor que ilustra el apasionante proceso del desarrollo de la idea de “sífilis”. La tercera parte de este trabajo describe las dos etapas por las que atravesaron las políticas públicas de combate a la sífilis en Lima y el Callao en el periodo 1910-1930.

En los primeros años del siglo XX la políticas gubernamentales se caracterizaron por el despliegue de un proyecto agresivo de reglamentación de la prostitución, donde la policía cumplió una labor de colaboración con la autoridad estatal en el sentido de vigilar y controlar tanto el espacio como el ejercicio de la prostitución. Un sello característico de esta primera etapa fue la implementación de establecimientos sanitarios especializados para la profilaxia y tratamiento de la sífilis: los dispensarios antivenéreos y el sifilicomio. Posteriormente, después de la Conferencia Nacional Antivenérea realizada en Lima en 1926, se promovió una serie de alternativas que reemplazaron al programa reglamentarista de la prostitución. Dentro de estas medidas la más importante fue la promoción de la educación sexual en colegios, las Fuerzas Armadas y los hospitales.

Finalmente, este trabajo desarrolla en sus conclusiones cómo durante las tres primeras décadas del siglo XX la lucha contra la sífilis en el Perú estuvo inscrita en un contexto, marcado por la influencia del Positivismo en la elite dirigente, la misma que llegó a simpatizar con el discurso eugenésico el cual ponía énfasis en denunciar la degene-

ración de la raza producto de enfermedades infecto-contagiosas, entre ellas, la sífilis.

## 2. Balance historiográfico

Los estudios históricos que hasta el momento se han realizado sobre la sífilis, para el caso peruano, han sido pocos numéricamente. Ello contrasta con la cantidad considerable de estudios histórico-sociales que se han elaborado sobre el tema en otros países de América Latina y del mundo.<sup>3</sup> Frente a esta realidad, el presente artículo pretende dar los primeros pasos con el fin de empezar a llenar un vacío en la historia de la salud en el Perú, la cual si bien en los últimos años ha tenido valiosas contribuciones en el estudio de enfermedades de carácter epidémico, ha descuidado la investigación de aquellas enfermedades con carácter endémico, como la sífilis.<sup>4</sup>

Uno de los temas recurrentes en los pocos trabajos sobre sífilis para el caso peruano es lo concerniente al origen americano de la misma. Juan B. Lastres y Luis Flores Cevallos afirman que la sífilis tie-

- 
3. Una muestra de las investigaciones sobre sífilis que se han realizado en América Latina y el Caribe es: Marques, Vera Regina Beltrão, "Doenças sexualmente transmissíveis", pp. 78-83. Carrara, Sergio, Santusa Naves Ribeiro y Bárbara Musumeci Soares, "O tributo a Vênus", pp. 29-36, 1992. Carrara, Sergio, "A geopolítica simbólica da sífilis", pp. 391-408. Carrara, Sergio, *Tributo a Vênus*, 1995. Teixeira, Luiz Antonio, "Da raça à doença em Casagrande", pp. 231-243. Obregón, Diana. "Médicos, prostitución y enfermedades venéreas", pp. 161-186. Estrada Urroz, Rosalina. "Control sanitario o control social", pp. 21-25. Bliss, Katherine Elaine. "Between risk and confession", pp. 183-208. Estrada Urroz, Rosalina. "Las enfermedades contagiosas", pp. 49-59. Carrara, Sergio, "Estratégias anticoloniais", pp. 427-453, 2004. Marques, Vera Regina Beltrão, "A espécie em risco", pp. 277-294.
  4. Para otros temas de historia de la Salud peruanos, véase Cueto, Marcos, *El regreso de las epidemias*, Lossio Jorge, *Acequias y gallinazos* y Núñez Espinoza, Julio, "Medicina y tuberculosis en Lima".

ne origen americano, sustentando su afirmación en la evidencia arqueológica, tanto de la cerámica Mochica y Chimú como del análisis óseo de restos de la cultura Paracas que realizó el arqueólogo peruano Julio C. Tello a inicios del siglo XX. En acuerdo también con la tesis de Tello, para Lastres el caso del vocablo quechua “huanthi”, presente en algunas crónicas españolas, haría referencia a una úlcera corrosiva considerada sífilítica.<sup>5</sup>

Como parte de una historia de la Medicina tradicional podemos mencionar dos estudios: primero, el elaborado por el médico Luis Flores Cevallos quien incluye en su trabajo algunas biografías de médicos que este autor identifica como esenciales para explicar el desarrollo de la Dermatología en el Perú; entre estas se destacan las de Aurelio Loret de Mola, Pedro Weiss y Hugo Pesce. El segundo trabajo es el de Alayza Escardó que ofrece una relación de médicos que desarrollaron investigaciones con respecto a la influencia de la sífilis en enfermedades del sistema nervioso, entre los que sobresalen Lino Alarco, Belisario Sosa, Gonzales Olaechea, Juan Lastres y Hermilio Valdizán.

No cabe duda de que hasta el momento el mejor trabajo histórico sobre sífilis ha sido el elaborado por Bustíos Romaní. Este trabajo es de interés por describir cronológicamente el desarrollo de la salud pública en el Perú y su relación con los diversos contextos económicos, políticos, sociales y culturales que se presentaron en el extenso

---

5. Desde que esta entidad nosológica se hizo manifiesta en el siglo XV, en Europa ninguna ciudad deseaba ser nombrada como la cuna de esta terrible enfermedad. De ahí que existían los términos de mal francés, mal napolitano, mal gálico, mal americano; términos que buscaban señalar que la sífilis era la enfermedad del otro. Desde fines del siglo XIX existió una abundante literatura escrita en Europa, la cual sostenía el origen americano de la sífilis. La tesis de Julio C. Tello, presentada en 1909, supone un ensayo histórico cuyo propósito consistía en probar la antigüedad de la sífilis en el Perú. Para Tello la práctica sistemática de la trepanación craneana constituía una prueba de que en varias ocasiones esta operación quirúrgica habría sido motivada por la presencia de sífilis en el individuo operado.

periodo comprendido entre 1533-1933. En el tercer capítulo el autor desarrolla la historia de la profilaxia de las enfermedades venéreas como parte del control de enfermedades infecto-contagiosas en el Perú entre los años 1877 y 1933. La lucha contra las enfermedades venéreas habría estado concentrada en el Estado a través de la Dirección de Salubridad Pública de Lima. Según Bustíos, la labor de la policía para combatir principalmente la prostitución, considerada como el más importante vehículo de contagio, habría sido reemplazada por políticas públicas que durante los años 1923 y 1927 pusieron un mayor énfasis en la implementación de servicios sanitarios especializados, como fue el caso de los dispensarios antivenéreos y los sífilicomios, así como una serie de medidas que buscaron reglamentar el ejercicio de la prostitución pero que en realidad no tuvieron mayor éxito. Todas estas políticas se inscriben en el proyecto modernizante del Positivismo que influenció decididamente el rumbo del país durante los períodos de la República Aristocrática y el Oncenio de Leguía.

Otros trabajos que abordan la historia de la sífilis son los elaborados por Ana Sanguinetti-Díaz y Juan Rodríguez, investigaciones que si bien se centran en el estudio de pruebas diagnóstico de la sífilis, ofrecen en su introducción algunos antecedentes históricos sobre la presencia de la sífilis en el mundo occidental, así como una breve cronología de los acontecimientos más importantes sobre el descubrimiento del agente infeccioso causante de la sífilis y algunos datos históricos sobre el desarrollo de la Serología. El artículo del médico César Barrio se preocupa por ofrecer un brevísimos panorama acerca del origen del concepto sífilis. Según el autor este concepto habría sido utilizado por primera vez en el siglo XV, atribuyendo su autoría al médico y poeta veronés Girolamo Francastoro. Asimismo, al final de este artículo, el autor ofrece pocas referencias acerca del desarrollo del tratamiento de la sífilis desde el siglo XV hasta el siglo XX, inclusive. Finalmente, dos artículos de Burstein Alva contienen algunas referencias cronológicas sobre la historia de la sífilis en el mundo. A lo largo de estos tres textos no existe referencia alguna sobre la

historia de la sífilis en el Perú. Para finalizar, mencionamos el trabajo de Sifuentes Olaechea quien incluye una serie de decretos y resoluciones supremas orientadas al control y reglamentación de la prostitución y a la posterior fundación de la Liga Nacional Antivenérea en 1926, llegando el autor hasta la creación, hace unos años, del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETS).

Más allá de estos interesantes estudios, no existen trabajos que se preocupen por rescatar la historia de la sífilis en el Perú. Esto evidencia un notable vacío; de ahí que el presente artículo busca contribuir con una propuesta que sirva de punto de partida para posteriores estudios en esta área de nuestro pasado médico.

### 3. Una breve referencia a la historia del concepto sífilis

Actualmente, en cualquier manual de Medicina encontramos la definición de sífilis como una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Treponema pallidum* la cual se disemina con más frecuencia por contacto sexual a través de la piel lesionada o las membranas mucosas. Sin embargo, a lo largo de la historia, ¿cómo se ha llegado hasta este concepto de sífilis?<sup>6</sup>

La moral religiosa ha tenido notoria importancia al momento de explicar la manifestación de la sífilis en el hombre; entendida como consecuencia de actividades vinculadas a vicios sexuales. La sífilis ha sido considerada como un castigo divino dirigido al hombre por haber incurrido este en el “pecado capital de la lujuria y de la carne”. Sin embargo, muchos consideran que desde la incursión de la Teoría del Germen de la Enfermedad, aquella idea de asociar la sífilis a un castigo comenzó a ser desplazada. El concepto de sífilis como pecado carnal recibiría duras críticas por parte de médicos y científicos dando como

---

6. Sobre la definición médica de sífilis, sus causas, síntomas, tratamiento y prevención ver: <<http://medlineplus.gov/spanish>> (último acceso 19/07/2008).

resultado un desencantamiento de la enfermedad, pues la sífilis se habría vuelto a partir de ese momento un problema exclusivamente de especialistas, enfrentado racionalmente.

No cabe la menor duda de que la medicina pasteuriana tuvo un papel importante en el modo de entender esta enfermedad a partir de las investigaciones sobre el agente causante de la sífilis. Sin embargo, no fue el único argumento que implicó un cuestionamiento al discurso moral de la religión. Por el contrario, la construcción del concepto sífilis pasó por una serie de estadios que aparecieron durante el siglo XIX no solo en manifiesta oposición al argumento religioso sino que además se mezclaron entre ellos mismos.

De acuerdo con el importante estudio del médico polaco Ludwik Fleck, el desarrollo del pensamiento sifilidológico<sup>7</sup> se caracterizó por la sucesión de cuatro ideas o conceptos. Según Fleck, el origen de este pensamiento se encuentra a fines del siglo XV, época en la cual ocurrió una manifestación epidémica de dolencias que atacaban a los órganos sexuales y que fueron todas ellas identificadas como sífilis.<sup>8</sup> La Astrología, ciencia dominante en aquellos tiempos, sostuvo que esta enfermedad tenía un origen sideral pues estaba relacionada directamente con la conjunción de los planetas Júpiter y Saturno en la casa de Marte, los cuales están regidos por el signo de Escorpión al cual están sometidas las partes sexuales. A todo esto se sumaba el discurso religioso que identificaba la sífilis como un castigo enviado por Dios que buscaba enseñar al hombre a no experimentar placer alguno al momento de tener una relación sexual ni ejecutar prácticas sexuales consideradas pecaminosas.<sup>9</sup> La Astrología y la religión dieron a la sífilis su carácter

- 
7. Se entiende por sifilidología a la elaboración del concepto o idea sobre la sífilis.
  8. Antes de este evento el concepto de sífilis se confundía y mezclaba con una variedad de enfermedades.
  9. Dentro de estas prácticas sexuales consideradas pecado podemos mencionar la homosexualidad, la masturbación, el adulterio y la fornicación.

sideral y venéreo, y elaboraron la concepción místico-ética de esta enfermedad, la misma que por mucho tiempo fue predominante.

Las otras tres concepciones acerca de la sífilis se habrían consolidado a partir del siglo XIX, y manifestaron una clara oposición al principio místico-ético. En primer lugar, el efecto curativo del mercurio permitió la elaboración de la concepción empírico-terapéutica la cual se remite a la más antigua metaloterapia; se consideraba que el uso del mercurio, ya sea como medio diagnóstico o terapéutico, no solo identificaba la sífilis sino que permitía experimentar la cura de este mal. Sin embargo, esta idea fue perdiendo terreno debido a que no fue posible establecer un concepto definitivo de sífilis exclusivamente asentado sobre el mercurio, pues aquella noción de sífilis abarcaba una serie de otras enfermedades venéreas (posteriormente identificadas bajo principios patogénicos y etiológicos) sobre las cuales el mercurio no tenía ningún efecto.<sup>10</sup>

En segundo lugar, las antiguas ideas sobre el mecanismo de las asociaciones patológicas presentes en la Teoría de los Humores habrían permitido articular la concepción experimental-patológica, la misma que se sustenta en la idea de la alteración sanguínea, la cual si bien fue perdiendo fuerza para la comprensión de otras enfermedades debido a la incursión de la Bacteriología, ganó por el contrario fuerza para el caso de la sífilis. Según Fleck, en fuentes médicas del siglo XVIII y XIX es posible hallar referencias al diagnóstico de la sífilis a partir de la sangre; se habla de la sangre sucia, melancólica, de la infección universal de la masa sanguínea o de las modificaciones químicas de la sangre. Todo esto desencadenó la noción de la sangre sifilítica, es decir que los pacientes con sífilis tenían una sangre particularmente contaminada y que constituía el signo más evidente de la presencia de la enfermedad. Fue a partir de esta idea de la sangre sifilítica que empezó a

---

10. Entre estas mencionamos por ejemplo la gonorrea, el chancro blando, afecciones genitales, etc.

buscarse lo común, lo específico en la sangre corrupta de los enfermos con sífilis a través de una serie de experimentos y análisis sanguíneos. Estos estudios dieron como resultado la reacción de Wassermann, la misma que acuñó el concepto de sífilis entendida como una entidad etiológica diferenciada; esta prueba de laboratorio supone una reacción hemolítica que permite diagnosticar la sífilis en el cuerpo humano.

Para Fleck, el papel de la Bacteriología en la elaboración del concepto de sífilis se encontraría al margen de estas cuatro concepciones nosológicas de la enfermedad pues antes de la prueba directa de la existencia de agentes causales específicos, existieron indicios de la naturaleza contagiosa de la enfermedad, puestos en evidencia tanto por la observación como por la experimentación. Para Fleck, “el descubrimiento del agente causal se debe adjudicar a los bacteriólogos, situados al margen de la idea de sífilis. Por el contrario la reacción de Wassermann se generó a partir de la sifilidología y se convirtió posteriormente en una ciencia especial: la Serología”.<sup>11</sup>

De acuerdo con Fleck, solo mediante la influencia mutua, cooperación y oposición entre estos cuatro conceptos se logró llegar a la determinación de la sífilis como entidad nosológica tal y como la conocemos en la actualidad.<sup>12</sup> Fleck pensó que cada uno de estos conceptos constituye un estilo de pensamiento el cual está compuesto por las preocupaciones acordes con un estilo de investigación sobre los que un colectivo de científicos construye sus argumentos teóricos.<sup>13</sup>

Con esto Fleck otorgaba un valor histórico a la teoría del conocimiento, pues sostenía que la concepción del desarrollo científico como un proceso acumulativo y progresivo debía ser reemplazada por

---

11. Fleck, Ludwik, *La génesis y el desarrollo de un hecho científico*, p. 62.

12. *Ibidem*, p. 48.

13. Schafer, Lotear y Thomas Schnelle, “Los fundamentos de la visión sociológica”, p. 23.

el desarrollo científico concebido como un cambio continuo de los estilos de pensamiento. El estilo de pensamiento tiene una relación íntima con el carácter colectivo del trabajo científico que determina la génesis y el desarrollo de las nuevas ideas. De esta manera, el trabajo de Fleck renuncia a una postura individualista en la producción del conocimiento científico.<sup>14</sup>

Dentro de la propuesta de Fleck, no sería correcto afirmar que alguna de las concepciones nosológicas sobre la idea de sífilis pueda ser calificada de errada; de ser así, esa sería una mirada anacrónica al proceso de cómo se construye el conocimiento. Cada una responde a un conjunto de principios bajo los cuales la idea de sífilis tuvo una lógica. Imponer un juicio de valor en este sentido constituiría un error.

#### **4. Plan de lucha contra la sífilis: la reglamentación de la prostitución en Lima y el Callao**

En la segunda mitad del siglo XIX, específicamente desde la incursión de la medicina pasteuriana, el interés de higienistas estuvo concentrado en el combate a las enfermedades infecto-contagiosas como el cólera, la tuberculosis, la peste, la gran diversidad de fiebres, y la disentería, entre otras. La implementación de sistemas de alcantarillado, recojo de basura, adecuadas medidas de asepsia en los hospitales, servicios de agua potable y desagüe fueron exigidas por la Medicina para evitar el contagio de las personas. Sin embargo, desde finales del siglo XIX el discurso médico empezó a manifestar una preocupación por otro grupo de enfermedades: las llamadas degenerativas. El alcoholismo, la lepra, las enfermedades venéreas, entre otras, producían una

---

14. El trabajo de Fleck influyó en la producción académica de Thomas Kuhn, a quien en parte debemos el haber rescatado la obra de Fleck, la cual experimentó un periodo de olvido dentro de su generación. Kropf, Simone Petraglia y Nisia Trindade Lima, "Os valores e a prática institucional da ciência", pp. 565-581.

muerte no solo física, sino además social y moral. Se trataba de enfermedades que sumergían a la población en un proceso de deshumanización, pues no solo destruían al individuo sino a la sociedad en su conjunto. Todo este contexto se vio favorecido por la importancia que empezó a tener para las élites dirigentes en el Perú la doctrina filosófica del Positivismo, la cual favoreció la articulación de un discurso nacionalista. Este hizo evidente su preocupación por combatir estos males, ya que el Gobierno en su necesidad de construir una nueva nación precisaba de ciudadanos disciplinados, trabajadores, fuertes, saludables, sin debilidad física o moral. Para cumplir este objetivo era necesario “erradicar los diferentes vicios y malas costumbres de la población limeña que no encajaban dentro de este ideal”.<sup>15</sup>

La prostitución era una de estas “malas” costumbres, pues se pensaba que estaba directamente vinculada a la sífilis y, por lo tanto, esta debía ser reglamentada. Es así que se da inicio a la primera etapa de la lucha contra las “enfermedades venéreas” en el Perú, específicamente en 1908, cuando el gobierno de José Pardo decidió encargar a Pedro Dávalos y Lissón un estudio detallado sobre la prostitución en Lima. Esta iniciativa consistió en un primer intento por controlar el meretricio, control que tuvo como aliado a la fuerza policial para efectuar el registro de los burdeles, que fueron divididos en tres categorías según el estrato económico de los usuarios.<sup>16</sup>

Este modelo de reglamentación de la prostitución por parte de la policía estuvo inspirado en el modelo francés que se había instituido en París a comienzos del siglo XIX. El modelo perseguía un triple propósito: moralizar y disciplinar el espacio público, controlar policialmente a las prostitutas incluyendo el combate al ejercicio de la prostitución clandestina y, vigilar a las meretrices que concentradas en los prostíbulos o burdeles serían sometidas a un control médico

---

15. Muñoz Cabrejo, Fanni, *Diversiones públicas en Lima 1890-1920*, p. 20.

16. Bustíos Romaní, Carlos. *Cuatrocientos años de la salud pública*, p. 539.

obligatorio.<sup>17</sup> Igualmente, esto constituía un ejemplo de la influencia de una Medicina urbana que desde mediados del siglo XVIII en Francia, enfatizaba motivaciones económicas que consideraban a la ciudad como un lugar importante para las actividades económicas, así como razones políticas que se basaron en el escrudinamiento de la población urbana, particularmente de las clases pobres, con el fin de consolidar una vigilancia y registro de la población.<sup>18</sup>

Sin embargo, esta reglamentación tuvo que enfrentarse a una escuela llamada Abolicionista, la cual pedía se anule todo tipo de práctica que fomente “el pecado” basándose en principios morales y religiosos. Su mayor preocupación era que al reglamentarse el ejercicio de la prostitución, implícitamente se le estaba reconociendo oficialmente como un trabajo.<sup>19</sup> Ante estos reclamos, los reglamentaristas y los especialistas, entre ellos los higienistas, trataban de explicar que la abolición de la prostitución no eliminaría la enfermedad y señalaban que esta debería continuar porque era una necesidad social,<sup>20</sup> ya que “sin la prostitución la ciudad sería un caos [...]”.<sup>21</sup>

Según Sérgio Carrara, el Abolicionismo fue un movimiento que se remonta a mediados del siglo XIX y que estuvo inspirado en las campañas por la erradicación del trabajo esclavo. Fue a partir de mediados del siglo XIX que la reglamentación de la prostitución comenzó a ser cuestionada. La primera manifestación de ello se aprecia en los *Contagious Diseases Acts* establecidos en 1866 a través de una cam-

---

17. Carrara, Sergio, “Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, tomo II, p. 227, 1995.

18. Véase Foucault, Michel, “O nascimento da medicina social”, pp. 79-98.

19. Merkel, Felipe, “La Reglamentación de la Prostitución”, pp. 319-320. Véase: Carrara, Sergio, “Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil”, pp. 232-233.

20. Dávalos y Lissón, Pedro, *La prostitución*.

21. Colina L. Víctor, “Contribución al estudio de la profilaxia”, p. 17. Véase también: García, C. Alberto, “La prostitución”, pp. 165-166; Graña, Francisco, “La cuestión higiénica”, pp. 279-284; y Muñiz, Manuel A., *Higiene pública*.

pañía que movilizó inicialmente a grupos protestantes en Inglaterra. Posteriormente, Josephine Butler líder de la organización feminista Ladies' National Association, manifestó su oposición a la reglamentación de la prostitución y abogó por la revocación de esta ley en Inglaterra. Ya para 1877, este discurso abolicionista se extendió por el resto de Europa al fundarse en Ginebra la Federación Británica y Continental por la abolición de la prostitución.

El 1 de julio de 1910, el Estado peruano a través de una Resolución Suprema, decidió poner atención al ejercicio de la prostitución, declarando que era deber del Estado atender a la profilaxia de las enfermedades venéreas, ya que estas atacaban los intereses de la sociedad y los de la raza. Asimismo, señalaba la ineficacia de la reglamentación policial de la prostitución por lo que se decide implementar un servicio sanitario de la prostitución, el mismo que se mantendría a cargo de la inspección médica de las mujeres y de las casas de tolerancia. Asimismo, el tratamiento en caso de tener sífilis sería gratuito en los dispensarios de salubridad para la profilaxia de las enfermedades venéreas.<sup>22</sup> El primero en crearse fue el Dispensario del Callao, el 17 de marzo de 1911.<sup>23</sup> Posteriormente fue creado el Dispensario Antivenéreo de la ciudad de Lima, el 5 de diciembre de 1911.<sup>24</sup>

La creación de los dispensarios constituyó el mejor ejemplo de esta política estatal que estuvo orientada ya no solo a moralizar y disciplinar el espacio público sino a ofrecer tratamientos terapéuticos e información sobre las enfermedades venéreas, principalmente a las prostitutas. Estos dispensarios dependían de la Dirección de Salu-

---

22. Además de recibir el tratamiento contra la sífilis, en los dispensarios antivenéreos también se les enseñaba la importancia de realizarse los llamados "lavados uterinos", a base de sustancias mercuriales, permanganato y formol.

23. Latorería, Daniel Eduardo y J. A. Estrella Ruiz, *Prontuario de legislación sanitaria del Perú*, tomo I, pp. 189-190 y p. 231.

24. *Ibídem*, p. 250.

bridad Pública<sup>25</sup> y los gastos del tratamiento serían cubiertos por el presupuesto estatal. La labor de la policía consistió en vigilar a las prostitutas mediante unos carnés de sanidad, los cuales indicaban si estaban libres de sífilis o no.<sup>26</sup>

La prostitución tenía que ser controlada, ya que se consideraba que esta era la vía principal de difusión de las enfermedades venéreas. Por ello, el seguimiento mediante el servicio sanitario de la prostitución era necesario para controlar la expansión del contagio. El control de la prostitución se había convertido en una de las principales estrategias para combatir la sífilis. En ese momento los asuntos morales y religiosos que años atrás habían cuestionado el “oficio más antiguo del mundo”, se convirtieron exclusivamente en una tarea para los higienistas, los sifilógrafos<sup>27</sup> y el Estado. Estos decretos en torno a las

- 
25. La Dirección de Salubridad Pública del Ministerio de Fomento fue un organismo creado en 1903.
  26. Después de hacerse efectivo el decreto que creaba los dispensarios se dio inicio a la inscripción y examen semanal obligatorio de las prostitutas; se les hacía entrega de estos carnés de sanidad, donde se incluía su fotografía y en el que se anotaba el resultado del examen médico realizado semanalmente. Colina, L. Víctor, “Contribución al estudio de la profilaxia de las enfermedades venéreas”, p. 72. No hemos encontrado alguno de estos carnés, sin embargo, pudimos observar en el Archivo General de la Nación, Fondo Republicano, las fichas de registro de aquellas personas que a inicios del siglo XX, ingresaban a territorio peruano por el Callao. En estos registros aparecen mujeres de Europa Oriental que declaran como oficio la prostitución, actividad que ejercerían una vez instaladas en Lima.
  27. La especialidad médica de la Sifilografía o Sifilografía es de origen francés que según Carrara habría surgido entre 1842 y 1843. Carrara, Sergio, “Tributo a Vénus: a luta contra a sífilis no Brasil”, tomo I, p. 23, 1995. En el Perú, la presencia de los sifilógrafos, como una comunidad de científicos aún está por estudiarse, ya que si bien existen tesis de Medicina sobre sífilis, no tenemos mayores referencias sobre sociedades médicas específicas o revistas especializadas. El primer intento de crear una Cátedra de Sifilografía y Dermatología se dio recién en 1908 cuando se pretendió contratar los servicios de un profesor extranjero. Sin embargo, esta medida no llegó a concretarse hasta 1923 cuando Belisario Sosa

cuestiones relacionadas con la sífilis, se volverán frecuentes, demostrando de esta manera la importancia que generó esta enfermedad para los comienzos del siglo XX. La sífilis generaba entonces graves preocupaciones no solo para el círculo médico sino también para el Estado, pues resultaba una traba en su esfuerzo por construir una nación moderna.

A pesar de que el Estado comenzó a escuchar los pedidos de los médicos para elaborar estrategias de control de la sífilis y hacerlas efectivas en la legislación, las críticas hacia estas medidas no tardaron en surgir y se comenzaron a plantear otras estrategias. Además, la reglamentación promovida para la inscripción de las prostitutas en los servicios sanitarios no estaba resultando efectiva en la práctica. Esta al parecer no era completa, ya que la prostitución clandestina era numerosa y los agentes sanitarios no podían resolver este problema. También los críticos proponían un medio más efectivo para la profilaxia antivenérea: la instalación de un centro de reclusión y atención exclusivo para los enfermos sifilíticos, tal como se habían hecho con los lazaretos para el caso de los pestosos y como se pensaba hacer con sanatorios para los tuberculosos.<sup>28</sup>

## 5. El sifilicomio

El tratamiento para aliviar a los enfermos de sífilis se realizó durante muchos años en los diferentes hospitales de Lima y el Callao, los cuales atendían a numerosos pacientes con enfermedades de todo tipo, entre ellos, los que sufrían de sífilis. Los hospitales donde se encon-

---

Artola inició la enseñanza de Dermatología en la Universidad San Marcos, cátedra que posteriormente pasó a ser dirigida por Pedro Weiss hasta 1933. Véase: Flores Cevallos, Luis, Elbio Flores Cevallos, *Historia de la Dermatología*, p. 349 y, Pamo, Óscar, *Las revistas médicas científicas*.

28. Núñez Espinoza, Julio, "Medicina y tuberculosis en Lima".

traba la mayoría de pacientes “sifilíticos” eran el Hospital Guadalupe, para la atención de hombres, y el Hospital San Juan de Dios de Bellavista para la atención de mujeres, ambos en el Callao. Debido a que estos se encontraban en el principal puerto del país en donde eran numerosos los prostíbulos, bares y la llegada de tripulantes y marineros, ello se asociaba con la sífilis. También estaba el Hospital Dos de Mayo y el Hospital Santa Ana, este último mantenía a su vez la sección de la Maternidad de Lima y tuvo entre sus pacientes a muchos niños y madres. Los médicos exigían se libere a los hospitales de la carga de tener a estos pacientes aduciendo lo siguiente: “Nuestros hospitales no pueden convertirse en sifilicomios. Tienen múltiples funciones que cumplir”.<sup>29</sup>

Las críticas hacia la atención de los enfermos con sífilis también aparecieron señalando las distinciones sociales que se hacía en los hospitales. Surgieron pedidos como que se aplique a los enfermos de baja condición medicamentos poco efectivos y que se acepte la petición de estos a que no se les aplique mercurio ni menos sus inyecciones por ser muy dolorosas, y que a los pacientes de condición pudiente sí se les aplique mercurio aunque las inyecciones sean dolorosas. El autor de estas críticas, indignado por la situación, señalaba que el yoduro de mercurio es: “[...] el método de los hospitales, quiere decir, de los indigentes [...] es el método de los que por necesidad todo tienen que soportar”.<sup>30</sup>

La creación de los dispensarios había sido necesaria debido a que en ellos se podía seguir un tratamiento riguroso y prolongado, controlar a detalle la evolución y mejoramiento del paciente y no solo diagnosticarles la enfermedad.<sup>31</sup> Sin embargo, al parecer estos dispen-

---

29. Pérez Aranibar, Eduardo, “El problema médico-social”, p. 45.

30. Parodi, Rómulo, “Importancia de las medicinas legales”, p. 87.

31. Lavorería, Daniel Eduardo y J. A. Estrella Ruiz, *Prontuario de legislación sanitaria del Perú*, tomo I, p. 250.

sarios no se daban abasto para ofrecer el tratamiento y su presupuesto era muy bajo. Esto se hace evidente en la siguiente cita:

[...] podemos darnos cuenta que a pesar de todos los esfuerzos la reglamentación no ha hecho sino esbozarse: la inscripción de prostitutas no es completa, ya que la prostitución clandestina es tan numerosa y los agentes encargados de la vigilancia, en número de dos no pueden llenar debidamente su misión porque es humanamente imposible y luego no hay un sifilicomio o lugar especial donde recluir a la mujer mientras es un peligro.<sup>32</sup>

Precisamente por estos problemas es que surgió la alternativa de implementar un hospital de aislamiento para la profilaxia de las enfermedades venéreas, el cual sería llamado sifilicomio. El Estado vio a bien sentar las bases para la creación de uno estos nosocomios en el Callao. Es así que mediante la ley N.º 2589, de 29 de noviembre de 1917, el Congreso de la República ordena que el sifilicomio sea creado y sostenido con las rentas del Estado.<sup>33</sup> Años después la ciudad de Lima también contará con un sifilicomio, el mismo que fue implementado oficialmente el 12 de diciembre de 1923.<sup>34</sup> El objetivo del sifilicomio era convertirse en un centro de aislamiento y curación de las mujeres inscritas en el Registro de la Prostitución de la Asistencia Pública de Lima y del Callao; es decir, solo mujeres podían ser tratadas en este establecimiento.

Lo que se pudo hacer en los dispensarios y en el sifilicomio fue muy poco, ya que por ejemplo hasta 1922 el Gobierno no había creado una partida para su sostenimiento, indispensable para su

---

32. Colina L., Víctor, "Contribución al estudio de la profilaxia de las enfermedades venéreas", p. 73.

33. Lavorería, Daniel Eduardo y J. A. Estrella Ruiz, *Prontuario de legislación sanitaria del Perú*, tomo I, pp. 395-396.

34. *Ibíd.*, tomo II, pp. 201-208.

funcionamiento. La gratuidad del tratamiento resultó siendo ambigua; oficialmente esta era gratuita para las mujeres que concurren al dispensario pero se debía cobrar la suma de cuatro soles a las que deseaban ser examinadas en sus casas y cinco soles por las curaciones realizadas. Estas medidas también fueron efectivas para el sifilicomio en 1923, declarando el pago de cinco soles por día a las que decidían seguir el tratamiento. Existía dos tipos de servicio en el sifilicomio uno de pagantes y otro gratuito. A las mujeres que podían costear el servicio de paga se les permitía estar en un departamento separado y tener derecho a alimento “proporcionado a su categoría”.<sup>35</sup> La vigilancia en el sifilicomio para las prostitutas provenientes de un estrato social bajo era tomada en cuenta por las autoridades de este establecimiento sanitario, por ejemplo, mientras que las mujeres alojadas en los servicios de paga podían recibir visitas todos los días; por el contrario, aquellas que se acogían al servicio gratuito solo recibían visitas los sábados. Estas visitas a las internas solo podían ser de mujeres, pues estaba prohibido el ingreso de hombres al sifilicomio. Las enfermas solo podían estar en los patios hasta las seis de la tarde, después debían regresar a sus departamentos. Igualmente, ninguna enferma podía salir hasta que se hallase completamente curada; y la salida solo podía ser autorizada por el médico-jefe del sifilicomio. La policía además actuaría drásticamente con las prostitutas, las cuales debieron someterse obligatoriamente a esta inspección una vez por semana.

No obstante, en la práctica resultaron siendo pocas las personas que asistían a los dispensarios y al sifilicomio, esto debido a diferentes factores como el tener que pagar algo por ello o el miedo de las prostitutas a ser detectadas con la enfermedad y no poder trabajar, o también debido a la lejanía de estos establecimientos.<sup>36</sup>

---

35. Lavorería, Daniel Eduardo y J. A. Estrella Ruiz, *Prontuario de legislación sanitaria del Perú*, tomo II, pp. 201-208.

36. Hurtado Laos, Rómulo J., “Contribución al estudio de las enfermedades venéreas”, p. 173.

El sífilicomio no cumplió con muchos de sus objetivos, como era el de atender a la mayor cantidad de prostitutas y frenar la propagación de la infección sífilítica. Muy por el contrario, a pesar de la reglamentación, la mayoría de ellas eran clandestinas las cuales no asistían a estos centros sanitarios. Por otra parte, estas reglamentaciones para los dispensarios y el sífilicomio estaban constantemente siendo revisadas y modificadas.

A pesar de que los dispensarios antivenéreos y el sífilicomio fueron creados como parte de un proyecto de profilaxia antivenérea, no fueron las únicas medidas recomendadas por los médicos y reglamentadas por los gobiernos de turno, sino que después se elaboraron otras estrategias para tener un mayor control. Además, el interés por mantener la “defensa de la raza”, subordinar el género femenino, controlar a las prostitutas y evitar una “degeneración de la población” se hizo cada vez mayor, y los discursos en torno a estos temas se volvieron más radicales.

## **6. Nuevas medidas de profilaxia antivenérea: la Liga Nacional de Lucha Antivenérea y la educación sexual**

En el año 1913 empezó una nueva etapa en la lucha contra las enfermedades venéreas, cuando en Lima se llevó a cabo el Quinto Congreso Médico Latinoamericano, el cual tenía como finalidad analizar los problemas en torno a las cuestiones de la higiene social. En esta oportunidad el Congreso señalaba, a través del trabajo *Profilaxia moral y educación sexual*, presentado por el doctor Pérez Aranibar, las consideraciones que se debían tomar para una efectiva profilaxia antivenérea, indicando como un factor principal para combatirla la enseñanza oficial de la higiene sexual. De esta manera, los discursos médicos proponían medidas profilácticas más prácticas, que no solo tenían un interés inmediato para anular la infección, sino que se planteaban ideas de prevenir una enfermedad que, se entendía, era probable curar si se detectaba a tiempo. Por lo tanto, el asilo para los enfermos sífilíticos

no sería la única medida profiláctica, sino que se elaboraron proyectos que no solo ponían atención al tratamiento, sino a la prevención y a la amenaza de contagio que significaba cualquier individuo enfermo. Se propusieron entonces, medidas protectoras, que se entendieron de la siguiente manera:

Cuando se estudia la lucha contra una enfermedad contagiosa propagable de hombre a hombre, la higiene tiene presente dos factores: de un lado, el individuo enfermo [...] de otro lado el individuo sano [...] la acción profiláctica consiste entonces en romper este nexo de unión [...] Y así o esteriliza el foco de origen yendo hacia el hombre enfermo para cegar en su fuente el mal o impide el contagio poniendo en juego todo aquello que pueda mantener a salvo al hombre poseedor de la salud.<sup>37</sup>

Se comenzó a pensar en la educación sexual como una estrategia eficaz, que quizás a largo plazo podría combatir la propagación de las enfermedades venéreas. Esta medida preventiva comenzó a ganar adeptos dentro del círculo médico, ya que las escuelas fueron utilizadas como vehículo promotor por el Estado para preparar a la población en el control de las enfermedades. Esto daría como fruto, hombres y mujeres instruidos en el cuidado de su cuerpo y mente, desarrollándose de una manera sana en bien de la nación y de la “raza”.<sup>38</sup>

El Gobierno puso en marcha planes de educación, donde se incluían nociones de higiene y salud, destinados a evitar que las enfermedades se propaguen por causa de la ignorancia que la sociedad tenía de ellas, tanto en relación con sus posibles formas de contagio y cómo evitarlas.

---

37. Pérez Aranibar, Eduardo, “El problema médico-social de la sífilis”, p. 39.

38. La idea de raza está relacionada no con un grupo étnico en particular sino que hace alusión a la idea de pueblo, de nación.

Los médicos exigían el establecimiento, con carácter obligatorio, de la enseñanza de la educación sexual, alegando que la ignorancia en estas cuestiones era uno de los factores de la propagación de estas enfermedades. Es así que, al llevarse a cabo la Primera Conferencia Nacional Antivenérea, celebrada en Lima en 1926, dentro de sus conclusiones se declaraba que la campaña contra las enfermedades venéreas debía comenzar con la educación sexual, a la vez que se debía orientar a la juventud a realizar ejercicios, llevar una cultura física adecuada, promover las distracciones culturales como el teatro y el cine y, sobre todo, evitar la pornografía. De esta manera se aconsejaba hacer uso de:

[...] todos los medios a nuestro alcance, tales como: las conferencias en los centros de trabajo, en los teatros, cines, etc., utilizando los periódicos, el radio, repartiendo folletos, cartillas sanitarias [...].<sup>39</sup>

Según Fanni Muñoz la inclusión de los deportes y distracciones como el teatro y el cine fueron promovidos por el Gobierno para: “Formar hombres de acuerdo al ideal burgués: autónomos, viriles, sanos y esbeltos”.<sup>40</sup> De esta manera dichas prácticas se inculcaban porque ayudaban a calmar las pasiones y los instintos sexuales que se aducían que despertaban con el paso hacia la pubertad. Por ello, pensaban que “esta enseñanza, sin herir en nada a la moral, podría ser dada a todos los alumnos de más de 16 años, con autorización de sus padres o tutores y que podría ser realizada como una conferencia anual, ya sea dada por un profesor o por un médico”.<sup>41</sup>

---

39. Hurtado, Laos, Rómulo J., “Contribución al estudio de las enfermedades venéreas”, p. 206.

40. Muñoz, Fanni, *Diversiones públicas en Lima*, p. 208.

41. Colina, Víctor, “Contribución al estudio de la profilaxia de las enfermedades venéreas”, p. 74.

La educación sexual no estaría destinada solo a este grupo de adolescentes, sino que abarcaría a obreros y miembros del Ejército y la Marina. Estos dos últimos grupos, que constituían la Armada peruana, generaron una preocupación significativa en el discurso médico y en el Estado, ya que las estadísticas demostraban un alto número de infectados por enfermedades venéreas en estas instituciones. Las preocupaciones eran mayores cuando salían de permiso, generalmente después de un desembarco y la gran mayoría asistía a los prostíbulos, bares y cantinas cercanos al puerto. De esta manera, los médicos advirtieron que:

[...] la libertad de que gozan los tripulantes que se encuentran a órdenes de esta dependencia, les permite visitar con gran frecuencia los lugares de prostitución que en gran número existen en el puerto; además, en dicha dependencia no se practica la revista de los órganos genitales [...].<sup>42</sup>

La Marina peruana y el Ejército nacional, dependían directamente del Gobierno, y el que estos contaran entre sus filas con efectivos infectados con enfermedades venéreas era considerado grave, sobre todo porque resultaban una carga para el Estado e inaptos para el servicio.

Por lo tanto, las medidas profilácticas se hicieron efectivas también para ellos, teniendo que pasar por exámenes médicos una vez por semana, aprendiendo instrucciones sobre higiene y profilaxia, en donde se incluyó la utilización de preservativos<sup>43</sup> y la enseñanza de lavados y desinfección de los órganos genitales. Si algún miembro de estas instituciones armadas se encontraba infectado no volvería a ejercer su oficio o sería castigado. Esto por supuesto generó que muchos de ellos

---

42. Corrales Días, J., “Estadística y profilaxia de las enfermedades venéreas”, p. 24.

43. Entre algunos preservativos mencionados se encuentran el condón y el “capotes anglais”.

trataran de evadir sus chequeos médicos semanales. Estas propuestas a favor de la profilaxia antivenérea para la Armada peruana, también fueron conclusiones de la Primera Conferencia Nacional Antivenérea, y se reglamentaron en un Decreto Supremo de 1928, durante el Gobierno de Leguía.<sup>44</sup>

Otra de las estrategias planteadas en esta Conferencia fue la creación de una Liga Nacional de Lucha Antivenérea,<sup>45</sup> que estaría conformada por personas “dotadas de sentimientos patrióticos y altruistas”, quienes tendrían que cumplir con los objetivos de una eficaz propaganda antivenérea y realizar campañas contra el proxenetismo. El Gobierno decidió crear esta Liga ya que consideraba que la expansión de las enfermedades venéreas podía ser evitada si se contaba con instituciones que se encontraban cercanas a la sociedad, ya que como se había experimentado en la práctica no habían sido suficientes las acciones dirigidas desde los organismos oficiales.

Este interés por fomentar la educación sexual y la propaganda sobre la profilaxia de las enfermedades venéreas respondía a ideas originalmente propuestas por la corriente abolicionista de la prostitución y planteadas en 1902 durante la Segunda Conferencia Internacional de Bruselas en Bélgica. Sin embargo, para el caso peruano, apostar por la educación sexual no supuso de ningún modo erradicar la reglamentación de la prostitución. Hacia 1930 las libretas sanitarias seguían teniendo un uso extensivo.<sup>46</sup>

---

44. Lavorería, Daniel Eduardo y J. A. Estrella Ruiz, *Prontuario de legislación sanitaria del Perú*, tomo II, pp. 377-378.

45. *Ibíd.*, p. 442.

46. Muchos países europeos donde la reglamentación de la prostitución fue abolida tuvieron en común poseer una marcada tradición protestante. En el caso peruano se tiene conocimiento de la Sociedad Nacional de Temperancia. Para mayor información véase Fonseca Ariza, Juan, “Antialcoholismo y modernización”, pp. 327-364.

Estas medidas se tomaron en un contexto de auge de las ideas eugenésicas sobre el peligro que generaban estas enfermedades como la sífilis, ya que los expertos de entonces estaban convencidos de que su propagación y manera de contagio eran hereditarios, por lo tanto amenazaban de manera directa a futuras generaciones del país. La Eugenesia del siglo XX influyó especialmente en la idea de tomar como medida legal el certificado prenupcial y en las consideraciones de esta legislación estaba presente la idea que la sífilis era una enfermedad transmisible por herencia.

### **7. En el nombre de la descendencia y las futuras generaciones: conservando la raza**

El avance en el estudio de la sífilis produjo diversas reflexiones entre los médicos que se preocupaban por el tema de las enfermedades venéreas. Ellos asociaron estas preocupaciones a los problemas sociales, legales y políticos del país. Esto debido a que, rápidamente las carreras científicas se fueron haciendo de un gran prestigio, proponiendo acciones en la lucha contra estas enfermedades. Así, el discurso médico intervino en la construcción de una nación moderna y es un discurso en el que claramente los médicos se consideran como “salvadores” de la sociedad:

[...] ante una enfermedad que sacrifica tantos seres que pudieron ser útiles, que genera la ruina moral y material del hogar, suscitando odios, lágrimas, remordimientos y miserias; ante una enfermedad en fin, que produce tantos desgraciados que excitan la compasión pública y son una carga para la familia y para la sociedad en general, no era posible que permanecieran callados los hombres de ciencia, los hombres celosos del bienestar público [...].<sup>47</sup>

---

47. Parodi, Rómulo, “Importancia de las medicinas legales”, p. 19. Esto mismo ocurrió en el caso brasileño donde los médicos deciden intervenir en la sexualidad

Por lo tanto, no se hicieron esperar las recomendaciones médicas para el tratamiento de la sífilis, al mismo tiempo que los avances científicos generaban nuevas preocupaciones. Este es el caso de los estudios que se hacen con respecto a la sífilis en los niños. Esta es considerada importante porque es la generación futura y la que traería progreso y modernidad al país. La niñez iba a ser protegida de esta enfermedad que causaba “idiotas, degenerados, seres peligrosos e inútiles para sí mismos y para la sociedad en cuyo seno viven”.<sup>48</sup>

La sífilis comenzó entonces a ser entendida como la herencia mórbida, como la destrucción de la raza futura. Aquí los médicos dan mucho énfasis a la sangre, pues se creía que era a través de la sangre que la enfermedad se transmitía a los descendientes.<sup>49</sup> Para los médicos no se trataba de una enfermedad pasajera, al contrario, debido a su naturaleza la sífilis tendría un efecto ilimitado. No se trata pues de la enfermedad del individuo, sino de la raza en general. Por estas causas, la sífilis será vista como una enfermedad eminentemente de carácter social.

Aquí se tomó en cuenta el estudio sobre la herencia contagiosa de la sífilis, la cual para los médicos no sólo causaba niños enfermos, sino que también producía un alto índice de abortos, de morbilidad y mortalidad infantil, siendo considerada como un problema para la despoblación del país. La amenaza de la sífilis a la descendencia generaba un gran obstáculo al proyecto modernizador y esto fue uno de los motivos principales para que el Gobierno empiece un seguimiento profiláctico radical no sólo dirigido a las prostitutas y a los hombres sino a la sociedad en general.

---

de cada uno como un problema de todos. Véase: Marques, Vera Regina Beltrão. “A espécie em risco”, p. 284.

48. Ferreyra, Pedro A., “Reflexiones sobre el tratamiento de la sífilis”, p. 19.

49. Esta idea es reforzada cuando Wassermann, en 1906, descubre el test que lleva su nombre; consistía en el análisis de sangre para detectar si una persona tenía o no sífilis.

La Eugenesia en el Perú se había instalado progresivamente desde finales del siglo XIX, y sus preceptos influenciaron a muchos intelectuales y científicos del país. Esta teoría incluía conceptos como los de “degeneración de la raza” y “existencia de razas superiores”. Tal como afirma Gonzalo Portocarrero, en el Perú estas ideas se difundieron rápidamente entre las elites científicas y el Estado oligárquico que dirigían el país.<sup>50</sup>

Para cuando esto sucedía, el Perú pasaba por dos de sus períodos de gobierno más representativos en su historia republicana: la llamada República Aristocrática y el Oncenio de Leguía.<sup>51</sup> Durante estos gobiernos se elaboraron proyectos influenciados por la corriente filosófica del Positivismo, proponiendo cambios importantes en el desarrollo de la nación. Uno de estos cambios será la importancia que se dio al desarrollo de la salud pública como ente principal para promover la civilización y el progreso del país. Esto llevó a que la lucha para la curación y prevención de enfermedades se volviera un punto principal en muchos políticos.

Sin embargo, la Eugenesia para la segunda década del siglo XX, había transformado su discurso, este ya no estaría tan centrado en las razones biológicas del mejoramiento de la raza sino que comenzó a cambiar sus concepciones hacia un discurso que dirigía la mirada hacia objetivos culturales. En este sentido, y como lo hemos visto anteriormente, la educación sería un factor importante para lograr este fin.<sup>52</sup>

---

50. Portocarrero, Gonzalo, “El Fundamentalismo invisible”, pp. 219-260. Mendoza, Walter y Óscar Martínez, “Las ideas eugenésicas”, pp. 55-60.

51. Véase Burga, Manuel y Alberto Flores Galindo, *Apogeo y crisis de la República Aristocrática*.

52. La Eugenesia, propuesta por Francis Galton en 1883, hacía alusión a “la ciencia del mejoramiento biológico del tipo humano”. Galton consideraba que la mayoría de las cualidades físicas, mentales y morales de los humanos eran heredadas, por lo tanto el progreso humano dependía de la manera como esas cualidades serían

Lo que nos interesa señalar es cómo la Eugenesia mantuvo una preponderancia en las cuestiones médico-legales en torno al matrimonio. Como se ha estudiado en otros trabajos, su propulsor fue Galton, un científico inglés primo de Charles Darwin, quien sostuvo que la posibilidad de perfeccionar la especie humana se lograría mediante el matrimonio de los “mejor dotados”, por lo tanto, lo que se tendría que evitar sería la unión entre seres enfermos, con alguna deficiencia física o con malas costumbres, tales como, los alcohólicos, delincuentes y vagabundos.<sup>53</sup>

Todos estos rasgos son importantes porque influenciaban, al mismo tiempo, las ideas y concepciones que estigmatizaban a la sífilis como enfermedad y a los infectados con ella. Los enfermos con sífilis se convirtieron en más peligrosos cuando los avances científicos indicaron que esta era contagiosa y transmisible por vía hereditaria, tanto por vía materna como por vía paterna. Por lo tanto, los niños nacidos de un matrimonio con padres sífilíticos crearon una grave preocupación para los fines eugenésicos y para los fines modernistas del Estado, ya que la sífilis era una enfermedad que infectaba a muchos individuos.

Además, se pensaba que la sífilis no sólo era portadora por vía hereditaria de sus propios agentes patógenos sino que transmitía a su vez otras enfermedades, como la tuberculosis, el raquitismo, entre otras. Asimismo era acusada de generar futuros alcohólicos, prostitutas o delincuentes, que a su vez tendrían hijos o bien sífilíticos o bien con malos hábitos. De esta manera, la sífilis no sólo afectaba las cuestiones biológicas sino también la conducta. Un ejemplo de estas ideas, comunes en la época, acerca de la descendencia que estos matrimonios

---

pasadas a las generaciones futuras. Véase: Castañeda, Luiza Aurelia, “Eugenia e casamento”, pp. 901-930.

53. Nari, Marcela, “La Eugenesia en Argentina”, pp. 343-369. Bustíos Romani, *Cuatrocientos años de la salud pública*, pp. 656-657.

darían a la sociedad, se puede apreciar en la siguiente cita: “Por parte, a la sífilis hereditaria debe imputarse esa falange numerosa de imbéciles, idiotas, atrasados, coreicos, epilépticos, etc.”<sup>54</sup>

Los médicos entonces comienzan a desarrollar medidas y estrategias posibles para evitar que la sífilis sea contraída por herencia de los padres a sus hijos. Es así que se añade un punto más a seguir en el plan de la profilaxia antivenérea, en este caso se luchará por la reglamentación de los certificados prenupciales, teniendo como antecedentes y ejemplos a países europeos. Este certificado prenupcial, consistiría en realizar reacciones serológicas, tanto al hombre como a la mujer, antes de contraer matrimonio, en este caso el test de Wassermann, el cual revelaría si estos estaban infectados o no. Si alguno de ellos estaba infectado con la enfermedad se procedería a evitar la unión entre ambos.

Por lo general, el Gobierno solía aceptar las recomendaciones que los médicos señalaban para llevar a cabo la profilaxia de las diversas enfermedades. En el caso de los certificados esto resultó más difícil de aceptar, debido a que las opiniones dentro de los propios científicos estaban divididas, algunos deseaban que esto se hiciera efectivo, sin embargo otros aducían que estas acciones no podrían realizarse en la práctica. Señalaban que ello era idealista, que en muchos rincones del país e incluso de Lima, ni siquiera había dónde realizarse los análisis y que esta no protegía a la descendencia ilegítima, y además se corría el riesgo que por evitar el examen aumentarían los concubinatos o las uniones irregulares.

La Primera Conferencia Nacional Antivenérea solo se limitó a proponer que se introduzca, en el Código Civil, la prescripción del certificado médico para el matrimonio y en el Código Penal, el delito de contagio venéreo.<sup>55</sup>

---

54. Valera, Javier, “Impedimentos para contraer matrimonio”, p. 18.

55. Véase: Sifuentes Olaechea, Enrique, *La Venereología*.

## 8. Conclusiones

Para los años treinta del siglo XX, se había desarrollado en Lima una lucha contra las enfermedades venéreas, principalmente contra la sífilis, a través de las diversas medidas profilácticas que recomendaron los higienistas y que el Estado implementó en su legislación. El discurso médico dirigido a la sífilis tuvo un alcance significativo para el futuro del país. El Gobierno recogió e hizo efectivas medidas inspiradas en este discurso, que reflejaban el ideal moderno y progresista que el poder deseaba implantar para el país y sus habitantes.

A pesar de estos esfuerzos, los resultados en la práctica, no llegaron a ser efectivos en el control de esta enfermedad. Las críticas hacia el reglamentarismo de la prostitución eran continuas, por la evidente clandestinidad que siguió siendo considerado uno de los refugios para la difusión de las enfermedades venéreas. Tampoco se logró un buen mantenimiento de los dispensarios ni de los sifilicomios. Como consta en las estadísticas de la época la mayor cantidad de pacientes la siguieron teniendo los hospitales, ya que los dispensarios contaban con un reducido presupuesto y, por lo tanto, con pocos recursos para llevar a cabo sus prácticas médicas. Finalmente, en 1932, se crearon dos dispensarios antivenéreos más, uno en el barrio obrero de La Victoria y otro en el Rímac. De este modo, hacia mediados del siglo XX, la sífilis y las demás enfermedades venéreas se convirtieron en un desafío y un problema que el Estado seguía teniendo pendiente.



## VII

### LOCURA, NEURASTENIA Y “MODERNIDAD”: interpretaciones médico-legales y populares del suicidio en la República Aristocrática

PAULO DRINOT<sup>1</sup>

AUNQUE ÚLTIMAMENTE la muerte ha devenido en un objeto atractivo para la investigación histórica, ha sido sólo desde finales de los años 1980 que los historiadores se han preocupado por el suicidio. Tal como demuestran estas nuevas investigaciones, el estudio histórico del suicidio ofrece una nueva perspectiva sobre procesos de cambio social y cultural: en efecto, las actitudes frente al suicidio pueden ser leídas como reflejos de las cambiantes aspiraciones y ansiedades de una sociedad.<sup>2</sup>

- 
1. Profesor del Departamento de Historia de la Universidad de Manchester, Inglaterra. Este ensayo es una versión revisada y ampliada del artículo: Drinot, Paulo, “Madness, Neurasthenia and ‘Modernity’: Medico-legal and Popular Interpretations of Suicide in Early Twentieth Century Lima”, *Latin American Research Review* 39:2 (2004) pp. 89-113.
  2. Es posible identificar dos tendencias en los estudios históricos sobre el suicidio, la estadística y la etno-metodológica que corresponden a las tendencias sociológicas asociadas con Emile Durkheim y Jack Douglass. Ver: Anderson, Olive, *Suicide*; McDonald, Michael y Terence R. Murphy, *Sleepless Souls*; Alexander Murray, *Suicide in the Middle Ages*; Bailey, Victor, *This Rash Act*; Minois, Georges, *History of Suicide*. Las aproximaciones médicas al suicidio se enfocan en el papel jugado por un neurotransmisor específico, la serotonina. Sobre cómo incorporar perspectivas biomédicas al análisis histórico del suicidio, ver Kushner, Howard I., “Biochemistry, Suicide and History”, pp. 69-85.

En este ensayo, recorro a estos estudios a fin de examinar las actitudes hacia el suicidio desde la elite y desde los sectores populares en la Lima de comienzos del siglo XX. En especial, me propongo examinar en qué medida las interpretaciones científicas y populares del suicidio coincidieron, se entrelazaron y, en ocasiones, entraron en conflicto. Analizo entonces, en parte, el discurso de la elite sobre el suicidio tal como era presentado en las revistas profesionales (médicas y legales, en particular), tratados o tesis universitarias, y, además, las visiones sobre el suicidio registradas por oficiales de policía, periodistas, funcionarios del Poder Judicial, parientes y amigos, y los suicidas mismos, cuando dejaban notas. El énfasis está puesto aquí en qué pueden decirnos estas diferentes interpretaciones sobre los cambios vividos por la sociedad peruana, o para ser más precisos, limeña, durante la República Aristocrática (1895-1919).

Un estudio de las actitudes científicas y populares frente al suicidio debe ser considerado dentro de la discusión más amplia en torno a los cambios en el paisaje estructural y cultural de la capital a comienzos del siglo XX, cambios que han sido interpretados como correspondientes a una “modernización tradicionalista”.<sup>3</sup> Estimulada por los ingresos generados por el sector exportador, Lima vivió una considerable transformación. La ciudad se expandió tanto físicamente, experimentando una limitada *Hausmanización* (mediante la reorganización física de la ciudad, en particular de sus calles y avenidas, en un proceso parecido al desarrollado por el Barón Hausman en París en la segunda mitad del siglo XIX), así como también en términos de población, principalmente como resultado de la migración interna.<sup>4</sup>

---

3. Trazegnies, Fernando de, *La idea de Derecho en el Perú republicano*.

4. Joffré, Gabriel Ramón, *La muralla y los callejones*. Si bien Lima no fue destino de un gran número de inmigrantes como sí lo fue Buenos Aires o São Paulo, según el censo de 1908 un 10% de la población de la ciudad había nacido en el exterior. La mayoría eran europeos (6113), seguidos de asiáticos, principalmente chinos y japoneses (5494), y personas oriundas de otros países del continente

Para la década de 1930, la ciudad contaba con varios de los símbolos del progreso [...], incluyendo una red de electricidad, fábricas textiles, tranvías y automóviles, mientras que su población, cada día más cosmopolita y multiétnica, se incrementó de 120,276 en 1897, a 154,617 en 1908, y 203,381 en 1920. Nuevos espacios de socialización, como teatros, cines, bares y restaurantes, así como salones exclusivos y callejones populares, contribuyeron al surgimiento de nuevas culturas urbanas.<sup>5</sup> La capital también experimentó el surgimiento de nuevos actores sociales y políticos, en especial una clase obrera crecientemente organizada en sindicatos, y una amplia y diversa clase media con importantes reclamos propios.<sup>6</sup> En poco tiempo, la ciudad desarrolló una demarcación espacial clasista, en la medida que los ricos comenzaron a mudarse a los balnearios del sur mientras que los pobres se congregaban en casas de alta densidad ocupacional en los distritos centrales, los que se convirtieron en caldos de cultivo para las ansiedades de la élite sobre las masas contaminantes, tanto en términos biológicos (epidemias) como políticos (anarquismo). Como en otros países de América Latina, estas ansiedades fueron marcadas por nociones de diferencias de clase y de “raza” (así como de género).<sup>7</sup>

---

americano (1694). Entre los europeos, los italianos (3094) eran de lejos el grupo más importante, pero se encontraba gente de casi todos los países de Europa. Además de tener todas estas nacionalidades, Lima era una ciudad sumamente multiétnica. Según el mismo censo, en la capital vivían 66,750 blancos (38.6% del total), 55,831 mestizos (32.3%), 32,842 (19.0%), 9400 negros (5.4%) y 7694 “amarillos” (4.4%).

5. Ver Águila, Alicia del, *Callejones y mansiones*; Mc Evoy, Carmen, “Entre la nostalgia y el escándalo”, pp. 247-313 y Muñoz Cabrejo, Fanni, *Diversiones públicas en Lima*.
6. Blanchard, Peter, *The Origins of the Peruvian Labor Movement*, pp. 153-78; Ruiz Zevallos, Augusto, *La multitud, las subsistencias y el trabajo*; Parker, D. S., *The Idea of the Middle Class*.
7. Cueto, Marcos, *El regreso de las epidemias*, 1997; Parker, David S., “Civilizing the City of Kings”.

De 1895 a 1919, el Perú estuvo gobernado por una oligarquía que, si bien menos cohesionada o poderosa de lo que a veces se cree, controlaba al Partido Civil y sectores económicos claves, y se nutría del racismo científico para justificar su dominio sobre, y la exclusión política de, una población que consideraba social y racialmente degenerada.<sup>8</sup> La derrota en la Guerra del Pacífico (1879-1884) había puesto en cuestión la viabilidad del Perú como Estado-nación, la que se entendió como dependiente tanto de la reconstrucción del país sobre la base de los supuestos vastos y, en su mayoría, no aprovechados recursos naturales, así como del aumento y, tras el fracaso de los intentos de atraer inmigrantes europeos, del “mejoramiento” de su población.<sup>9</sup> Estas visiones informaron las ideas de un grupo cada vez mayor de profesionales con formación universitaria, quienes encontraron en el Positivismo (aunque brevemente) los fundamentos de un nuevo proyecto nacional.<sup>10</sup> En Lima de comienzos del siglo XX, las vidas de la “gente del pueblo” se vieron cada vez más escudriñadas: cómo este sector de la población vivía y moría, cómo trabajaba y se divertía pasaron a ser los temas de numerosas tesis universitarias y artículos académicos escritos por jóvenes abogados y médicos, quienes se consideraban a sí mismos como los impulsores de una nueva misión civilizadora. Con pocas excepciones, estos estudios pintaban un cuadro sombrío: la población de Lima no sólo padecía de degeneración racial como consecuencia de una cada vez mayor mezcla entre las razas, también padecía de degeneración social y moral, como consecuencia de la ignorancia, las prácticas no sanitarias y la vida licenciosa. Sin embargo, si bien estos profesionales se desesperaban al constatar el estado de desgracia en el que se encontraba la población limeña, tam-

---

8. Burga, Manuel y Alberto Flores Galindo, *Apogeo y crisis*; Portocarrero, Gonzalo, “El fundamento invisible”, pp. 219-259.

9. Ver Marcone, Mario, “Indígenas e inmigrantes”, pp. 73-93.

10. Sobre el Positivismo en el Perú, ver Cueto, Marcos, *Excelencia científica en la periferia*, 1989.

bién creían que ese estado podía ser superado si se proveía un ambiente corrector. Estas conclusiones influyeron en las campañas dirigidas por funcionarios de la salud pública o higienistas, apoyados por un incipiente aparato estatal, que buscaban inculcar modernas y saludables costumbres a los pobres de la ciudad. Si bien estas campañas tenían finalidades loables, tal como erradicar enfermedades como la peste bubónica, y fueron apoyadas por sectores de la población, también reproducían el autoritarismo y el prejuicio racial que caracterizaban la interacción más amplia entre la elite y los sectores populares.<sup>11</sup>

Este contexto dio forma a las ideas medicolegales y populares del suicidio. Los médicos y abogados en la Lima de comienzos del siglo XX interpretaron el suicidio a través del lente ofrecido por el pensamiento moderno científico y legal, que los llevó a contradecir las interpretaciones tradicionales de la Iglesia, según las cuales el suicidio era un acto individual voluntario. Para ellos, el suicidio, siempre un acto de locura, era esencialmente un fenómeno moderno, tanto producto como evidencia de la creciente modernidad de Lima, así como una enfermedad social que podía ser combatida si se adoptaban las políticas adecuadas. Sin embargo, si bien se oponían a la insistencia de la Iglesia sobre la responsabilidad del suicida, los médicos y abogados veían la propensión al suicidio como un indicador de una degeneración moral y racial, y compartían con la Iglesia la idea de que el suicidio era un acto vergonzoso e inmoral. Para la gente del común, el discurso medicolegal sobre el suicidio proporcionaba una explicación adicional de la muerte autoinflingida. En particular, la idea de que el suicidio era causado por fuerzas sobre las que nadie tenía un efectivo control, especialmente fuerzas que eran producto de la percibida modernización de Lima, ayudó a diluir sentimientos de culpa y remordimiento. Pero, si bien las explicaciones medicolegales y popu-

---

11. Ver Cueto, Marcos, *El regreso de las epidemias*, 1997; Parker, David S., “Civilizing”; Mannarelli, María Emma, *Limpias y modernas*; Fonseca Ariza, Juan, “Antialcoholismo y modernización”, pp. 327-364.

lares del suicidio se entrelazaban, los intentos por parte de la “gente del pueblo” de dar determinados sentidos al suicidio, en particular sentidos que construían el suicidio como un acto voluntario, fueron percibidos por la comunidad médico-legal, y, por cierto, de manera más amplia, como amenazas a la sociedad.

### I. Locura, neurastenia y la secularización del suicidio

En un comienzo, buena parte del debate local sobre el suicidio se basó en ejemplos europeos. Revistas legales como *La Gaceta Judicial*, *El Derecho* y *La Revista del Foro* reprodujeron artículos incluidos en publicaciones de derecho europeas e informaron sobre el fenómeno del suicidio en el extranjero. En setiembre de 1892, por ejemplo, *La Gaceta Judicial* informó del juicio que había tenido lugar en Francia varios años antes donde se discutió si la esposa e hijos de un suicida tenían derecho al seguro social. De manera similar, puesto que no había estadísticas locales disponibles (porque no se llevaban registros), las estadísticas extranjeras, como las francesas, fueron usadas como evidencia de que “el número de individuos que se quitan la vida continúa aumentando cada año”. *La Gaceta de la Policía* publicó un editorial en abril de 1892 titulado “Suicidiomanía”, el cual discutía las cifras sobre el suicidio en Francia provistas por Alphonse Bertillon (inventor de la antropometría —técnica que debía ayudar al reconocimiento legal de las personas por sus características físicas—, una “ciencia” criminalística que tuvo cierta influencia en el Perú), que mostraban que el suicidio se había triplicado en cincuenta años. Este editorial recogía una serie de ideas aceptadas sobre el suicidio, como su vínculo con las enfermedades mentales, el alcoholismo, el hecho que fuera un fenómeno más generalizado en los países “civilizados” y que fuera esencialmente un fenómeno urbano.<sup>12</sup>

---

12. Véase *La Crónica Médica* II, 1894, p. 110; *La Gaceta de Policía*, Año II, n.º 41, 1892.

Sin embargo, rápidamente los peruanos también comenzaron a escribir sobre el suicidio. De hecho, ya en la década de 1860, José Casimiro Ulloa y Domingo Vera publicaron artículos sobre el suicidio en la *Gaceta Médica de Lima*. Estos dos breves trabajos brindan amplia información sobre las problemáticas que rodeaban el suicidio en Lima durante la segunda parte del siglo XIX. En su artículo, Vera describía los procedimientos seguidos por las autoridades con respecto a los cadáveres: la policía enviaba los cuerpos al anfiteatro del Hospital San Andrés, donde los médicos residentes los examinaban. Allí los médicos determinaban la causa de la muerte y enviaban el veredicto al poder judicial. De acuerdo con Vera, esos procedimientos eran inadecuados ya que hacían imposible determinar si la muerte había sido o no autoinflingida. Los procedimientos debían ser actualizados de acuerdo con los criterios franceses de los “procedimientos judiciales en materia criminal”. Ulloa se hacía eco de la propuesta de Vera y afirmaba que no era suficiente llevar adelante una autopsia a fin de determinar si se estaba ante la presencia de un suicida. Los médicos debían examinar también la vivienda del muerto, así como sus pertenencias, incluyendo papeles personales: “Todo debe examinarlo el médico”. Solamente de esta manera podía evaluarse científicamente las causas de la muerte.<sup>13</sup>

Aunque los comentarios de Vera y Ulloa parecían ser meras críticas a los procedimientos legales y médicos, el análisis de Ulloa llevó a una discusión más amplia provocada por un artículo publicado en el periódico religioso *El Progreso Católico*, el cual protestaba por la “deshonra de la memoria de los suicidas, declarándolos traidores a la patria”. Ulloa insistía que su intención no era discutir:

[...] la eficacia de las penas propuestas contra el suicidio por *El Progreso Católico*, ni del derecho que pueda o no tener la sociedad para imponerlas, ni la cuestión fundamental de la criminalidad del suicidio.

---

13. *La Gaceta Médica de Lima*, Año VI, n.º 123, pp. 345-346 y 353, 1861.

Sin embargo, Ulloa señalaba que la “medicina síquica” distinguía dos formas de suicidio: el libre y el maníaco:

[...] distinción [sic] fundada en la observación de los hechos, en las cuales se ve el suicidio unas veces motivado por una deliberación reflexiva y razonada, otras por un movimiento de la voluntad dirigida, o bajo la influencia de un desorden moral o intelectual.

Era, por lo tanto, necesario distinguir entre las diferentes formas de suicidio, y de allí la necesidad de un enfoque más científico a la hora de determinar la causa de la muerte. Aunque renunciaba a comprometerse a un debate moral sobre el suicidio, las observaciones de Ulloa eran claramente un desafío a la posición de la Iglesia, la cual continuaba viendo todos los suicidios como actos voluntarios y pecaminosos.

Con cierta anterioridad, entonces, los artículos de Vera y Ulloa condensaban los principales temas que preocuparían a los médicos y abogados peruanos de finales del siglo XIX y comienzos del siglo XX que se interesaron en el fenómeno del suicidio.<sup>14</sup> Por un lado, el estudio del suicidio se convertiría en un elemento importante en la especialización de la “medicina legal” o “jurisprudencia médica”. Ya en 1878, por ejemplo, Modesto Silva Santisteban presentó una tesis en la Facultad de Medicina bajo el título *Homicidio y suicidio: sus caracteres medicolegales*, que discutía en detalle las modalidades del suicidio.<sup>15</sup> Para 1886, una de las preguntas que los médicos debían responder en sus exámenes, como le sucedió a Manuel A. Muñiz, era: “¿Puede distinguirse un suicidio de un homicidio solo por la natura-

---

14. En esta sección sigo en parte el trabajo de Ruiz Zevallos, Augusto, *Psiquiatras y Locos*, especialmente el capítulo 6.

15. Silva Santisteban, Modesto, “Homicidio y suicidio”, pp. 305-307.

leza del veneno?”<sup>16</sup> Por otra parte, el interés en el suicidio coincidía con una creciente atención a las enfermedades mentales y al desarrollo del tratamiento y la práctica psiquiátrica, disciplina que había contado con Muñiz entre sus pioneros.<sup>17</sup> Estos dos enfoques combinados produjeron el discurso científico y legal dominante sobre el suicidio hacia finales del siglo XIX, el cual, en pocas palabras, establecía que el suicidio era un acto de locura y que, por lo tanto, no podía ser considerado un delito. Esta interpretación del suicidio como un acto de locura correspondió con el proceso de secularización del suicidio que comenzó con la Ilustración y que implicó que la responsabilidad del suicidio se diluyera como consecuencia de factores sociales y psicológicos. Éste constituía un proceso que, todavía a comienzos del siglo XX, generaba en el Perú un debate entre liberales y conservadores, así como entre científicos, abogados y autoridades religiosas, y que fue parte de un proceso mayor de secularización que incluyó la laicización de los cementerios (1888), el matrimonio civil (1897) y la aprobación —por lo menos formalmente— de la tolerancia religiosa (1915).<sup>18</sup>

Según el discurso medicolegal sobre el suicidio si bien existía un número de causas que “predisponían” y “determinaban” el suicidio,

- 
16. Muñiz comienza argumentando que “la estadística, elocuentemente, prueba que la mortalidad por enfermedades crece, que por vejez disminuye y la criminal aumenta [...]. Multiplíquense los homicidios y suicidios. Uno de los medios usados ha sido, es y será el empleo de los venenos”. Sin embargo, Muñiz señala que la pregunta elegida no tiene sentido, dado que solo las circunstancias en que se produjo la muerte, y no el veneno utilizado, podían ayudar a resolver si un suicidio o un homicidio había tenido lugar. Esta pregunta fue luego descartada de los exámenes. *La Crónica Médica* 3, 1886, pp. 130-135.
  17. Ruiz Zevallos, Augusto, *Psiquiatras y locos*. Ver también Mariátegui, Javier, “La evolución de las ideas psiquiátricas”, vol. II.
  18. García Jordán, Pilar, *Iglesia y poder en el Perú*; Armas, Fernando, *Liberales, protestantes y masones*.

tanto psicológicas (pobreza, enfermedad, alcoholismo) como morales (celos, vanidad), el suicidio era antes que nada un acto de locura. En su tesis de 1899 titulada *El suicidio como entidad neuropatológica*, Neptalí Pérez Velásquez observaba:

[...] creo que la miseria, desgracias, quiebras, muertes de seres queridos [...] a todos les sucede [sic] y que no todos se suicidan siendo así necesario estar en mal estado de salud cerebral para cometer un suicidio.<sup>19</sup>

Andrés Muñoz, otro médico, señalaba en un artículo publicado pocos años antes, la existencia de un número de enfermedades mentales (como la “lipemanía” y varias formas de “locura”) las que junto a dolencias físicas, podían conducir al suicidio y concluía que aquellos que cometían un suicidio estaban completamente poseídos por una “pasión” que los privaba de su “libre albedrío”. En otras palabras, el suicidio era el resultado de “la pérdida o la perversión de la libertad moral [...], la pasión [...], es una verdadera forma de enajenación mental; y el suicida, un enfermo del espíritu, un loco”.<sup>20</sup> Silva Santisteban, también médico, afirmaba ya en 1878 que en la mayoría de los casos “el suicidio es un hecho realizado [...] bajo la influencia de un estado de enajenación mental”. Por esta razón, los suicidios no podían ser considerados un delito: “Generalmente hablando, aunque no de manera absoluta, el homicida es un criminal, el suicida es un desgraciado vencido por una manía”.<sup>21</sup> Como bien indican estos ejemplos, para los médicos peruanos de fines del siglo XIX y comienzos del siglo XX, el suicidio era un acto que resultaba de una pérdida de la razón y, por lo tanto, el suicida no podía ser considerado responsable por su muerte. Así, cualquier castigo carecía de sentido. En su tesis, Pérez Velásquez criticaba: “Los religiosos, conservadores [que han] sido y son los

---

19. Pérez Velásquez, Neptalí, *El suicidio como entidad neuropatológica*.

20. Muñoz, Andrés S., “Estado mental del suicida”, pp. 297-301.

21. Silva Santisteban, Modesto, “Homicidio y suicidio”, p. 307.

ardientes defensores de la responsabilidad del suicida, queriendo por ello que sean castigados los que atentan contra sus días, y que si mueren no sean sepultados en lo que llaman lugar sagrado”.<sup>22</sup> En verdad, el castigo por el delito de suicidio era crecientemente visto como ineficaz. En este sentido, Sabino Ríos, autor de una tesis sustentada en 1920 sobre el suicidio en Lima, sostenía que las leyes que estipulaban el encarcelamiento de aquellos que habían fracasado en el intento de suicidio o la confiscación de la propiedad de los suicidas eran inefectivas, como había sido reconocido en países “más desarrollados” como los Estados Unidos.<sup>23</sup>

La Iglesia rechazaba estas interpretaciones. Un artículo publicado en 1894 en *La Revista Católica*, por ejemplo, sostenía que el incremento de la tasa de suicidios en Francia, comentado en las revistas médicas locales, era el resultado del relajamiento de las ideas religiosas.<sup>24</sup> Tal como lo venía haciendo desde la Edad Media, durante la mayor parte del siglo XIX, la Iglesia se negaba a permitir el entierro de suicidas en camposantos (y por lo menos en un caso se negó a permitir el matrimonio de una persona que había intentado suicidarse).<sup>25</sup> Cuando un suicida era enterrado por error o, como solía ocurrir con mayor frecuencia, por insistencia de las autoridades municipales, las autoridades eclesiásticas hacían todo lo posible para exhumar el cuerpo, ya que la presencia de un suicida en el camposanto lo inhabilitaba para entierros cristianos.<sup>26</sup> Precisamente, fue la exhumación de un

---

22. Pérez Velásquez, Neptalí, *El suicidio como entidad neuropatológica*.

23. Ríos, Sabino, *El suicidio en Lima*.

24. *La Revista Católica*, Año XV, n.º 661, p. 29, 1894.

25. Archivo Arzobispal de Lima [de ahora en adelante AAL], Comunicaciones 35:39, caso de Liborio Paz Burbano, 3 de marzo de 1891.

26. AAL, Notas de Supremo Gobierno XA: 220, Fernando Cavero al Director de la Beneficencia Pública, 3 de agosto de 1867; XIII A: 254A, Fernando Cavero al obispo de Lima, 5 de agosto de 1888; Comunicaciones, XXXIX: 121, cura de San Mateo al Arzobispo, 1 de junio de 1903.

suicida en 1888 (y para colmo de los religiosos era además masón) lo que provocó un encendido debate parlamentario que resultó en la creación de cementerios laicos. La sanción moral de la Iglesia al suicidio se mantuvo firme. Aún en 1923, L. A. Barandarián insistía en un artículo publicado en la revista católica *El Buen Consejo*, que “el suicidio es un acto voluntario que consiste en atentar contra la vida propia”, repitiendo así la posición de la Iglesia. Para Barandarián el suicidio era una ofensa a Dios:

¿Quién es el hombre para disponer de su vida? Mísero mortal que ha recibido ese don de manos de Dios, el cual, como creador, tiene derecho sobre las criaturas, por tanto el suicidio pasa sobre ese dominio y comete una gravísima ofensa a Dios atentando contra sus derechos.<sup>27</sup>

Sin embargo, y a pesar de estas críticas, la posición científica de la falta de responsabilidad del suicida fue reflejada en la legislación penal peruana que, a diferencia del derecho canónico, no establecía castigo alguno en caso de suicidio. Tal como señalaba José Viterbo Arias, un abogado, en su comentario al Código Penal de 1863, “es una insensatez conminar con penas al suicida”.<sup>28</sup> A diferencia de Gran Bretaña en la Época Victoriana, donde los intentos de suicidio conllevaban penas de prisión de hasta dos años, en el Perú sólo los que asistían al suicida o instigaban al suicidio eran considerados criminales.<sup>29</sup> Tanto el Código Penal de 1863 como el de 1924 establecían severas penas, incluso de cárcel, para los que proporcionaban los medios para que otros se suicidaran o para aquellos que ayudaban directamente en el suicidio.<sup>30</sup> En este sentido, cuando un suicidio se concretaba, se proce-

---

27. Barandarián, L. A., “El suicidio”, pp. 61-64.

28. Viterbo Arias, José, *Exposición comentada y comparada*, p. 36.

29. Bailey, Víctor, *This Rash Act*, p. 130.

30. El artículo 238 del Código Penal de 1863 fijaba severas sanciones para aquellos que “presten a otros medios para que se suiciden” (cinco años de prisión) y a

día a una investigación criminal a fin de determinar, primero, si un suicidio había tenido lugar, y, segundo, si alguien, además del suicida, había participado. En la práctica, sin embargo, la policía solía percibir a los suicidas como criminales, sometiéndolos a interrogatorios cuando sobrevivían y, en algunos casos, arrestándolos y transfiriéndolos a uno de los hospitales de Lima.

Al pulir sus ideas sobre las relaciones entre enfermedad mental y suicidio, los médicos paulatinamente se inclinaron hacia el concepto de neurastenia. Tal como el *tedium vitae* (el hastío o desgano de vivir) de la edad clásica o la depresión moderna, la profesión médica concibió a la neurastenia como una creciente tendencia hacia la fatiga, y en términos más generales, como la incapacidad de enfrentar la vida moderna y un mundo en cambio constante.<sup>31</sup> Ya en 1906, un artículo en la *Gaceta de los Hospitales* observaba que lo que llevaba a aquellos afectados con psicastenia (una condición relacionada a la neurastenia) al suicidio no era una “obsesión sistematizada” como en el caso de las manías, o una “ausencia moral”, como en los casos de la epilepsia sino más bien un estado de “abatimiento, de soledad moral” que los llevaba a sentirse perdidos y abandonados y a buscar un final a sus vidas.<sup>32</sup> La neurastenia se convirtió en un fenómeno tan general que provocó la aparición de una serie de remedios mágicos que alegaban proveer curas efectivas para la enfermedad, tales como el Vino de

---

quien “ayude a la ejecución del suicidio, cooperando personalmente” (doce años de prisión, la misma pena que por el cargo de homicidio). De manera similar, el Código Penal de 1924 no castigaba a los suicidas, pero el artículo 157 determinaba que “el que por un móvil egoísta instigare a otro al suicidio o lo ayudare a cometerlo, será reprimido, si el suicidio se ha consumado o intentado, con penitenciaría o con prisión no mayor de cinco años”. Viterbo Arias, José, *Exposición comentada y comparada*, p. 36; República del Perú, *Código Penal (Ley n° 4868)*, p. 48.

31. Sobre la historia de la neurastenia ver Giswijt-Hofstra, Marijke y Roy Porter, eds., *Cultures of Neurasthenia*.

32. Tamayo, M. O., “Un caso grave de psicastenia”, pp. 141-150.

Bugeaud, Neurinase, Neurosthyll, Tricalcine Reconstituyente y Juvenina, publicitados en revistas médicas y en periódicos de la época. La Juvenina era comercializada “como un poderoso regenerador de las fuerzas en caso de estados de agotamiento nervioso, neurastenia, impotencia sexual y agotamiento espiritual”.<sup>33</sup> De manera similar, un anuncio de Suero Vital, que comenzaba con un llamado a los “¡Neurasténicos!”, prometía regenerar “todo el organismo”: esta medicina revitalizaría la sangre, nervios y músculos. Aquellos que estuvieran “fatigados por exceso de trabajo intelectual” y aquellos que se encontraban recuperándose de una enfermedad “se sentirán pronto revivir con el uso del Suero Vital”.<sup>34</sup> Otra publicidad, la del tónico Sanatogen de la compañía Bauer Chemical, incluía comentarios del doctor Blitz, un famoso doctor del Pankow Sanatorium, en las afueras de Berlín, quien observaba que la neurastenia era una “debilidad nerviosa” y que el reposo y las “influencias psíquicas” que los pacientes recibían en el sanatorio podían no restaurar completamente su salud. Un “tónico nutritivo” era necesario para ello y esto era lo que Sanatogen ofrecía.<sup>35</sup>

Tal como había sucedido con la cuestión de la responsabilidad del suicida, la explicación científica era desafiada por una interpretación moral y religiosa. Para la Iglesia, la neurastenia era una forma de castigo divino para aquellos que optaban por una vida de concupiscencia y placer carnal. Según P. Gorena, en un artículo publicado en 1926 en *El Buen Consejo*, un semanario católico:

No hay duda; la raíz de todos los desórdenes y anomalías físicas está principalmente en la molicie, en los pasatiempos deshonestos, en el pecado; así como la salud tiene su base en el trabajo, en la abstinencia, en el ayuno, en la práctica de los preceptos cristianos [...] la neu-

---

33. Ver: *La Crónica Médica* 43, 1925.

34. *La Reforma Médica* 15, 1915.

35. *Ibidem*.

rastenia casi siempre precede de una vida desarreglada, transmitiéndose, desgraciadamente por ley de herencia, de padres a hijos. El remedio más poderoso y cierto contra la neurosis es la virtud. Reprimid vuestras pasiones, crucificad vuestros malos instintos y viviréis sano de cuerpo y alma.<sup>36</sup>

La visión que Gorena tenía sobre la neurastenia hacía eco del enfoque que, en un sentido más general, tenía la Iglesia sobre el suicidio. Para algunos, entonces, la neurastenia era el resultado del excesivo trabajo de un mundo moderno acelerado. Para otros, era la consecuencia del poco trabajo, la lasitud, la inmoralidad y el abandono de la práctica religiosa. Pero es significativo que Gorena incorporase nociones científicas (como la herencia biológica) en su análisis. De manera similar, L. A. Barandarián respaldaba su argumento de que el suicidio era un acto voluntario aludiendo al conocimiento científico:

[...] el hombre tiene principios e instintos destinados a conservar la vida. Que hable la Fisiología y oiremos el papel que desempeñan los riñones, la linfa, los ganglios linfáticos, la bilis, las antitoxinas, la saliva, etc.<sup>37</sup>

Como señalaré más adelante, así como Gorena y Barandarián podían reconciliar su dogma religioso con el saber científico, los médicos y abogados de comienzos de siglo XX combinaban una interpretación científica sobre el suicidio con una perspectiva religiosa de la moralidad.

## 2. “Modernidad” y degeneración

Para finales de la década de 1920 el concepto de neurastenia se había debilitado de alguna manera como consecuencia de su uso excesivo.

---

36. Gorena, P., “Causas de la neurastenia”, pp. 52-53.

37. Barandarián, L. A., “El suicidio”.

Hermilio Valdizán, una de las figuras principales de la psiquiatría peruana y director del asilo mental de Lima en los años veinte, observó en un artículo escrito en 1929 que la neurastenia había caído en desuso como una reacción a:

[...] la frecuencia con la que se ofrecía esta etiqueta psiquiátrica en un conjunto de trastornos cuya naturaleza no había sido estudiada debidamente. Muchas veces se hablaba de neurastenia aun en casos en que no era posible invocar el hecho de este agotamiento como obra principal de excesos de trabajo nervioso.<sup>38</sup>

Naturalmente, los comentarios de Valdizán hacen surgir la pregunta de por qué el concepto de neurastenia fue tan fácilmente adoptado como una explicación para las enfermedades nerviosas, y en particular, para el suicidio, y por qué médicos y abogados se manifestaron particularmente preocupados por el suicidio en este período. La mayoría de los observadores aceptaban que el suicidio en Lima no había alcanzado las proporciones de otras sociedades modernas. Según Sabino Ríos, en Lima:

[...] nuestra vida de ‘pueblo nuevo’ no encierra las múltiples complicaciones de las grandes urbes, no se manifiesta con gran intensidad la titánica *struggle for life* [sic] de las ciudades modernas.<sup>39</sup>

Sin embargo, existía la sensación de que la tasa de suicidio estaba aumentando. En un artículo titulado “El mal del siglo”, publicado en 1915, un joven periodista llamado Juan Croniqueur (el seudónimo del joven José Carlos Mariátegui) apuntaba a la percepción de un aumento en la tasa de suicidios: “Los suicidios se suceden día a día, escribiendo en sus trágicas estadísticas una amarga impresión de desen-

---

38. Valdizán, Hermilio, *Elementos de jurisprudencia*, pp. 43-44.

39. Ríos, Sabino, *El suicidio en Lima*.

gaño, desesperanza y lacería”.<sup>40</sup> El año siguiente, Carlos Enrique Paz Soldán, el pionero de la medicina social peruana, publicó un artículo en *La Crónica* en el cual sostenía que Lima estaba viviendo una epidemia de suicidios: “Pocas semanas más trágicas para nuestra capital que la última, seis suicidios en menos de diez días. Una verdadera epidemia, con todo su cortejo de malestar social y de inquietud pública”.<sup>41</sup> Paz Soldán urgía a los periódicos a abstenerse de informar en detalle sobre los suicidios, los cuales, sostenía, podían provocar el contagio:

[...] un suicidio se produce: dos líneas breves, condenatorias, en los diarios y basta. Pero consagrar al delito pasional, al suicidio neurasténico o neuropático, los sendos artículos que se acostumbra en los cuales la nota dramática está subrayada, es sencillamente contribuir inconscientemente a la formación del núcleo contagioso, precursor de las ideas-fuerzas que llevan al suicidio.<sup>42</sup>

Es significativo que la preocupación por el reportaje de suicidios y de actos de violencia de manera más amplia, tanto en los periódicos como, cada día más, en el cinema, se convirtió en un tema recurrente en la prensa en este periodo. En 1918, por ejemplo, *La Prensa* señalaba un supuesto aumento de la violencia y la criminalidad en la ciudad y pedía moderación en el reportaje de tales actos, sosteniendo

---

40. Ver “El mal del siglo”, en *La Prensa*, 29 de abril de 1915; citado en Mariátegui, José Carlos, *Escritos Juveniles II*, p. 235.

41. Paz Soldán, Carlos Enrique, “El inquietante problema del suicidio”. La preocupación por la aparente epidemia de suicidios llevó a algunos abogados y médicos a proponer medidas de control de los suicidios. En 1915, G. Olano, escribiendo para *La Revista del Foro*, responsabilizaba al fácil acceso a ciertas drogas, especialmente el opio y el mercurio, en las farmacias de la ciudad, “por la frecuencia de los atentados contra la vida, mediante las expresadas sustancias, y otras igualmente tóxicas”. Ver *La Revista del Foro*, año II, n° 14, julio de 1915, p. 223.

42. Paz Soldán, Carlos Enrique, “El inquietante problema del suicidio”.

que ese tipo de noticias “impelen lentamente a los seres anormales a encontrar situaciones de dolor parecidas y a resolverlas de idéntica manera”.<sup>43</sup>

La creencia en una epidemia de suicidios o, por lo mismo, en el incremento de la criminalidad, y la adopción de la neurastenia como una explicación del suicidio se correspondían bien con la sensación de que el mundo, e incluso la atrasada y provinciana Lima, estaba avanzando a un ritmo nunca antes visto. Como señalaba José Carlos Mariátegui en 1912: “¡Lima se moderniza! [...] La tranquilidad, la placidez beatífica de la antigua Lima se ha tornado en una efervescencia atolondrada, en un movimiento continuo, en una nerviosidad loca”.<sup>44</sup> El suicidio era percibido como un producto de este ritmo acelerado experimentado crecientemente en la capital. Dado que el suicidio era visto como un fenómeno esencialmente moderno, su creciente influencia estimuló la creencia (o el deseo) de que Lima estaba realmente convirtiéndose en una ciudad moderna:

[...] la vorágine de esta vida febril que nos enferma, la electricidad que sensibiliza nuestros nervios gradualmente, el teléfono que genera trastornos mentales, la mareante confusión de los automóviles que pasan raudos lastimándonos con el grito ululante de sus bocinas, todo va siendo germen fecundo de la neurastenia [...]. Un neurasténico fue el suicida de anteayer. Un neurasténico vulgar. Un neurasténico anónimo. [...] La neurastenia le había invadido, le había hecho su siervo. Dueña de sus energías, le condujo finalmente al suicidio.<sup>45</sup>

Si el suicidio como fenómeno se estaba incrementando en la práctica es, en un sentido, irrelevante en relación con este argumento (y la

---

43. *La Prensa*, 31 de marzo de 1918.

44. *La Prensa*, 7 de agosto de 1912. Citado en Mariátegui, José Carlos, *Escritos juveniles II*, p. 20.

45. Croniqueur, “El mal del siglo”, p. 236.

escasa evidencia disponible difícilmente confirma la idea de una epidemia de suicidios). Como miembros de la misión civilizadora de la República Aristocrática, los médicos estaban en sintonía con los signos de la modernidad y, en este sentido, estaban más predispuestos a registrar esos signos de lo que podían haberlo estado con anterioridad. Así, no fue el proceso de “modernización” el que produjo una “epidemia” de suicidios a comienzos del siglo XX.<sup>46</sup> Más bien, la epidemia de suicidios que Paz Soldán y otros diagnosticaron fue posiblemente más el producto de, por un lado, la creciente conciencia popular del suicidio como consecuencia de una mayor discusión del mismo en la prensa, y, por el otro, una creciente preocupación en la elite científica con respecto a las muertes por suicidio. Esta preocupación fue moldeada por corrientes más amplias en el pensamiento científico local, las cuales se encontraban íntimamente ligadas a los debates contemporáneos sobre la degeneración social y racial de la “gente del pueblo” y sobre la necesidad de “mejorar” la población.

Como hemos visto, desde mediados del siglo XIX los médicos habían tomado posición contra los enfoques de la Iglesia católica, insistiendo en la carencia de responsabilidad del suicida. Sin embargo, aun cuando se oponían a la insistencia de la Iglesia en relación con la responsabilidad, la mayoría todavía veía al suicidio como el producto de una crisis religiosa y moral. De acuerdo con Modesto Silva Santisteban, por ejemplo, el suicidio era el resultado de:

[...] la falta de religiosidad conforme a la sana moral y por consiguiente el extravío grosero en ideas filosóficas. El libertinaje, el celibato y el onanismo son también causas que dan por resultado seres que frecuentemente terminan en el suicidio.<sup>47</sup>

---

46. En este sentido, discrepo con el análisis de Augusto Ruiz Zevallos, ver: *Psiquiatras y Locos*, pp. 97-98.

47. Silva Santisteban, Modesto, “Homicidio y suicidio”, p. 306.

José Viterbo Arias, un abogado, sostenía que la vida era un deber que Dios había establecido: “Cada hombre libre tiene, a nuestro juicio, una misión que realizar en la Tierra; y el que la abandona, sin ser llamado a otro puesto, falta al deber de mantenerse en el deber a que fue colocado”.<sup>48</sup> Los médicos y abogados estaban de acuerdo en que los suicidas no eran criminales desde un punto de vista legal, pero sí lo eran desde un punto de vista moral y religioso. Desde esta perspectiva, la gente que se suicidaba eludía sus responsabilidades. De acuerdo con Andrés Muñoz, el suicidio era vergonzoso porque restaba “seres útiles y necesarios para el mayor engrandecimiento de la humanidad entera”.<sup>49</sup> Según Sabino Ríos el suicidio era “un acto inicuo, inmoral y hasta cierto punto deshonesto”.<sup>50</sup> Tras describir, en un artículo publicado en *La Crónica Médica* en 1898, con amplios detalles la operación para salvar la vida de un hombre que se había disparado un tiro en la cara, Miguel Morante, un interno en el Hospital Militar, se sintió con la obligación de añadir el comentario siguiente:

Pronto abandonará nuestro enfermo el hospital e irá a arrastrar por el mundo una vida desesperante, manteniéndose solo a líquidos con la jeringa de ‘Davis’, y enseñando así a los desequilibrados que no impunemente se pretende arrebatar una vida a la naturaleza.<sup>51</sup>

Las implicaciones de estos enfoques eran claras: el suicidio era vergonzoso e inmoral, y merecía una sanción moral. Suicidarse era subvertir el orden natural de las cosas, socavar la autoridad divina o, en efecto, la autoridad *tout court*.

Algunos médicos vieron al suicidio no solo como producto de una degeneración social o moral sino también como el producto de

---

48. Viterbo Arias, José, *Exposición comentada y comparada*, p. 36.

49. Muñoz, Andrés S., “Estado mental del suicida”, p. 300.

50. Ríos, Sabino, “El suicidio en Lima”, p. 45.

51. *La Crónica Médica* 6, pp. 178-181, 1898.

una degeneración racial. Andrés Muñoz, por ejemplo, llamó a una prohibición de los matrimonios interraciales porque consideraba que podían conducir a enfermedades hereditarias tales como “afecciones al sistema nervioso, la locura, la epilepsia, el alcoholismo y especialmente el suicidio, que según es reconocido se transmite con tanta facilidad”.<sup>52</sup> Sabino Ríos, entre tanto, sostenía que el suicidio funcionaba como una válvula de seguridad social de origen biológico:

El suicidio no es más que una especie de válvula de seguridad de la humanidad, contra el nerviosismo de las generaciones venideras, que hace que los neurópatas se eliminen voluntariamente, ahorrándola de elementos mórbidos, convirtiéndose el suicidio en una suerte de muerte involuntaria.<sup>53</sup>

En el análisis de Ríos, la definición habitual del suicidio se invierte completamente: de acuerdo con su perspectiva, un suicida no tiene control sobre su muerte, la que es naturalmente predeterminada. Es un ser degenerado que ha sido programado para eliminarse a sí mismo en beneficio de la sociedad. Este tipo de determinismo biológico extremo era inusual. La mayoría de los médicos creían, siguiendo la eugenesia neo-Lamarckiana, que el suicidio podía ser prevenido si se proveía de un ambiente correctivo: el suicidio, creían, podía ser combatido en el campo social si se erradicaban las causas de la degeneración moral y social y se fortalecían instituciones como la familia y el trabajo, las cuales podían impedir el suicidio.<sup>54</sup> Muñoz sugería que los jóvenes debían ser educados en “el amor al trabajo, el orden y la libertad, a fin de disminuir la miseria y la ociosidad, que, tarde o

---

52. Muñoz, Andrés S., “Estado mental del suicida”, p. 301.

53. Ríos, Sabino, “El suicidio en Lima”, p. 8.

54. Sobre el neo-Lamarckismo y la eugenesia en América Latina, ver: Stepan, Nancy Leys, *The Hour of Eugenics*.

temprano, conducen a fines desastrosos”.<sup>55</sup> Según Pérez Velásquez, una profilaxis del suicidio necesariamente incluía:

[...] la provisión del trabajo, para combatir el ocio, hospicios para ebrios consuetudinarios, en supresión de bebederos, de casas de juego, en la reglamentación de la prostitución, y en el reconocimiento médico-legal forzoso de los que vayan a contraer matrimonio, para no llevar gérmenes de enfermedades que pueden más tarde darle origen.<sup>56</sup>

A pesar del determinismo biológico de su tesis, Sabino Ríos, al considerar cómo combatir el suicidio, también llamaba a que se tomaran medidas para mejorar la educación primaria y técnica, que se iniciaran campañas de abstinencia alcohólica, y fortaleciera la institución de la familia ayudando a que parejas puedan contraer matrimonio, así como permitiendo el divorcio en aquellas “uniones desiguales” y castigando la “seducción seguida de abandono”. Por último, proponía como medidas necesarias para contrarrestar el suicidio tanto una “decidida protección al obrero”, incluyendo trabajo garantizado, como la provisión de viviendas higiénicas.

### 3. La experiencia del suicidio

Habiendo analizado el discurso médico-legal sobre el suicidio en Lima a comienzos del siglo XX, examinaré ahora cuál fue la actitud de los suicidas frente a la experiencia del suicidio y cuál fue la experiencia de aquellos cercanos a quienes se quitaron (o intentaron quitarse) la vida. Existe poca información estadística sobre el suicidio para este periodo, y la información que hay suele ser poco fiable. Las memorias anuales de la Municipalidad nos pueden dar cierta idea de las tasas de suicidio. De igual manera, algunas de las tesis médicas escritas en

---

55. Muñoz, Andrés S., “Estado mental del suicida”, p. 301.

56. Pérez Velásquez, Neptalí, *El suicidio como entidad neuropatológica*, s. p.

este periodo sobre el suicidio contienen información estadística aunque sus autores no tardan en admitir que las estadísticas presentadas son de poca confianza. La serie más completa está incluida en la tesis de Sabino Ríos, sustentada en 1920, que incluye una muestra, basada en datos extraídos de la morgue, de 121 suicidios para el periodo 1904-1919.<sup>57</sup> Un rápido análisis de estas cifras indica que el suicidio en Lima, en buena medida, fue moldeado por circunstancias locales. Aunque debemos ser conscientes de sus limitaciones, sin embargo estas cifras apuntan a una tasa de suicidio general de 0.04 por mil, muy debajo de la tasa de Buenos Aires (ciudad que, según un estudio, tenía una tasa de suicidio diez veces mayor).<sup>58</sup> No es posible en este contexto estudiar las causas de estas tasas bajas, aunque vale la pena resaltar que incluso hoy el Perú tiene una de las tasas de suicidio más bajas del mundo.<sup>59</sup>

Una de las conclusiones que se desprenden de estos datos es el altísimo desequilibrio de género en la tasa de suicidio. Según esta muestra, solo seis mujeres se suicidaron entre 1904 y 1919. Estas cifras se encuentran muy por debajo de la media, es decir tres suicidios masculinos por cada suicidio femenino. Sin duda, el suicidio femenino en Lima de comienzos del siglo XX era considerado como un acontecimiento poco frecuente. Cuando una joven de nombre Matilde Saavedra intentó matarse de un disparo en 1901, *El Comercio* señaló que “los suicidios en las mujeres son raros, y mucho más aún en la forma

---

57. Si bien sabemos que Ríos construyó sus estadísticas sobre el suicidio a partir de documentos de la morgue y, por esa razón, podemos suponer que reflejan el número total de suicidios oficialmente registrados para 1904-1919; estos datos son claramente inexactos y no reflejan todos los suicidios en este periodo. En efecto, los datos del suicidio incluidos en los informes anuales municipales sugieren que los datos de Ríos subestiman la verdadera tasa de suicidio.

58. Ver: Scarzanella, Eugenia, *Ni gringos ni indios*, p. 50.

59. Ver: <[http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suiciderates/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suiciderates/en/)>.

que ha empleado la señorita Saavedra”.<sup>60</sup> Es posible que algunos suicidios femeninos fueran declarados accidentes, tanto porque los métodos utilizados (como el envenenamiento, el ahogamiento o lanzarse a las ruedas de los trenes) hacían difícil establecer si había habido intención de por medio, como, en la mayoría de los casos, para proteger la reputación de las mujeres y, aún más importante, de sus familiares. En este sentido es necesario enfatizar que en una sociedad sumamente patriarcal como Lima en los inicios del siglo XX, tal como sugiere Christine Hünefeldt: “Los deberes sociales y morales de las mujeres les prohibían ser infelices”.<sup>61</sup>

Una segunda conclusión concierne al alto número de extranjeros entre los suicidas: 42 de 121. Estas cifras resultan en una tasa de suicidio de alrededor de 0.2 por mil para los extranjeros en Lima, una tasa no muy disímil de la tasa para inmigrantes en Buenos Aires (0.3 por mil para los italianos y 0.6 por mil para otros inmigrantes).<sup>62</sup> De los 42, los chinos (13) y los italianos (7) conforman los grupos más importantes, si bien encontramos varias nacionalidades europeas, así como a otros sudamericanos y a japoneses. La muestra también incluye información sobre la “raza” de los suicidas, aunque naturalmente debemos tratar estas clasificaciones con sumo cuidado. Tomando en cuenta sus limitaciones, la muestra indica una sobrerrepresentación de asiáticos y marginalmente de indígenas, y una subrepresentación de afroperuanos.<sup>63</sup> Una posible explicación de la sobrerrepresentación de extranjeros podría ser la ausencia de redes sociales de apoyo, lo que puede llevar al aislamiento social, condición considerada por muchos como una de las mayores causas del suicidio. Quizás esto explica por qué en

---

60. *El Comercio*, 6 de julio de 1901 (tarde).

61. Hünefeldt, Christine, *Liberalism in the Bedroom*.

62. Scarzanella, Eugenia, *Ni gringos ni indios*, p. 50.

63. La muestra incluye a 39 blancos, 1 negro, 36 indígenas, 29 mestizos y 16 “amarillos”.

1905 un italiano llamado Doménico Fabro, quien se había trasladado de California al Perú sólo para ver fracasar su negocio en Cerro de Pasco, se cortó las venas en la habitación de un hotel.<sup>64</sup> En relación con la alta tasa de suicidios entre asiáticos, concuerdo con Humberto Rodríguez Pastor que ello tenía más que ver con las paupérrimas condiciones de trabajo y de vida que experimentaban muchos chinos en el Perú que con una supuesta predisposición cultural al suicidio.<sup>65</sup> Sin embargo, al argumento que enfatiza el aislamiento social como causa del suicidio debe ser matizado. Como demuestran una serie de estudios, los inmigrantes, tanto europeos como asiáticos, en Lima a comienzos de siglo XX, no tardaron en establecer redes sociales e instituciones cuya función era proveer apoyo a sus connacionales.<sup>66</sup>

Otros datos parecen reflejar de una manera más cercana la estructura social de la población limeña. Según la muestra, la mayoría de los suicidios fueron clasificados como de condición social “humilde” (97) seguidos por los de condición social “mediana” (28). Solo dos suicidios fueron clasificados como de condición “elevada”. Estas cifras reflejan a *grosso modo* la estructura de la pirámide social de la ciudad, pero, claro está, no sabemos qué criterios se utilizaron para establecer esta clasificación. Es probable que hubo un mayor encubrimiento entre la elite.<sup>67</sup> La calidad de los datos hace difícil establecer correlaciones entre ciertas profesiones y tasas de suicidios, a pesar de que algunos médicos sostenían que:

[...] son los comerciantes, contadores, banqueros y militares los que nos ofrecen el mayor contingente y esto me parece racional si nos

---

64. *El Comercio*, 30 de enero de 1905 (tarde).

65. Rodríguez Pastor, Humberto, *Hijos del Celeste Imperio en el Perú*, p. 85.

66. Worrall, Janet E., *La inmigración italiana*; Bonfiglio, Giovanni, *Los italianos*; Bracamonte, Jorge, “La modernidad de los subalternos”, pp. 167-188.

67. Sobre las actitudes de la elite frente a la muerte, ver: Portocarrero, Felipe, “Religión, familia, riqueza y muerte”, pp. 131-138.

fijamos que son ellos los más expuestos a los cambios de fortuna, o a desequilibrio intelectual, por su trabajo excesivo.<sup>68</sup>

A pesar de la frecuencia de gente pobre en la muestra de Ríos, habían más suicidas alfabetos (39) que analfabetos (11), aunque en el caso de 21 personas no fue posible establecer si eran uno o el otro. Estas cifras reflejan el hecho que la población limeña disfrutaba de altas tasas de alfabetización, en particular cuando se les compara con las tasas muy bajas que existían a escala nacional. En 1908 solo 18.3% de la población de la Lima era clasificada como analfabeta. Esta cifra bajó a 9.6% en 1920 y aumentó a 11% en 1931, un reflejo quizás de la migración de provincianos en los años 1920. En 1940, el analfabetismo en Lima era calculado en 18%, muy por debajo del promedio nacional, 60%. Si examinamos el suicidio durante el ciclo de vida, encontramos que la mayoría de suicidios, 46 de 121, ocurrían durante “la flor de la vida” de 26 a 40 años; seguido por “la edad vieja temprana”, de 41 a 60 años (31 casos); el período de “tempranas transiciones”, de 16 a 25 (28), y “la edad vieja tardía”, 60 años para adelante (10).<sup>69</sup> Desafortunadamente, los datos no permiten un análisis detallado del suicidio a través del ciclo de vida como el realizado por Víctor Bailey para la ciudad inglesa de Hull en el Período Victoriano.<sup>70</sup> Sin embargo, como detallo más adelante, una estimación cualitativa del suicidio en este período demuestra, quizás naturalmente, que los motivos que determinaban el suicidio cambiaban según los diferentes grupos de edad. Por último, vale la pena notar que el 70%

---

68. Ver: Pérez Velásquez, Neptalí, *El suicidio como entidad neuropatológica*.

69. En la muestra, solo una persona menor de 15 años se suicidó (en el caso de tres personas fue imposible determinar sus edades). He tomado estas categorías, con pequeñas modificaciones para los grupos de edad, de Bailey, Víctor, *This Rash Act*. Merece tomar en consideración que en 1940, la esperanza de vida promedio en el Perú era de un poco menos de 40 años.

70. Ver: Bailey, Víctor, *This Rash Act*, en particular el capítulo 5.

de los suicidios se realizaron utilizando armas de fuego, generalmente un revólver.<sup>71</sup> Esta alta incidencia de suicidios por arma de fuego puede estar relacionada a la presencia importante de armas en Lima en esta época, como consecuencia de guerras recientes, entre ellas la Guerra del Pacífico y la guerra civil de 1895. Era sin duda una incidencia más alta que en la ciudad inglesa de Hull estudiada por Bailey, donde la mayoría de los suicidios se llevaban a cabo con la ayuda de una cuerda.

A pesar de sus limitaciones, los datos de Sabino Ríos ofrecen una perspectiva útil sobre quién se suicidaba en Lima a comienzos del siglo XX y cómo. Pero tenemos que estudiar otras fuentes para entender cómo la gente del común interpretaba el suicidio, o, como sugiere Bailey, cómo el suicidio se construía socialmente, es decir cómo los que se suicidaban y aquellos cercanos a ellos, además de la policía y las autoridades que tuvieron que ocuparse de los casos de suicidio o intentos de suicidio, explicaban el suicidio, y al hacerlo, asignaban sentido a la muerte autoinflingida. Para lograrlo, he estudiado los motivos de suicidio indicados en una serie de documentos, incluyendo informes de la policía, causas criminales, artículos periodísticos y notas de suicidas. Establecer el motivo de un suicidio cumplía una serie de propósitos. En primer lugar, establecer el motivo posible era puramente un requisito legal: algo necesario a fin de desechar la posibilidad de que la muerte fuera en realidad un homicidio o un accidente.<sup>72</sup>

---

71. Otros métodos menos comunes incluían el ahorcamiento (15%), el uso de armas blancas (13%), el envenenamiento (11%), arrojar-se de altura (3%) y arrojar-se bajo vehículos (1%).

72. Por ejemplo, cuando, en abril de 1900, Asención Rivera, de nacionalidad china, relató al oficial inspector que Achú, otro chino, había tratado de cortar su garganta; el comisario ordenó que José Atián, también de nacionalidad china y que vivía con Achú, fuera arrestado: “Como [creo] que en este hecho pueda ocurrir circunstancia criminal para el asiático compañero del presunto suicida, he ordenado que se le capture donde sea habido para practicar los esclarecimientos que

Una muerte sin explicación, así como un cuerpo sin identificación, era como Richard Cobb sugiere, “hasta cierto punto una amenaza para una *société policiée* que buscaba ante todo dar cuenta de todos sus ciudadanos, tanto los vivos como los recién muertos”.<sup>73</sup> Aunque los suicidas no eran considerados criminales, cuando un suicidio no se consumaba, el hombre o la mujer eran casi siempre puestos bajo arresto y enviados a alguno de los hospitales de Lima o, en ciertos casos, a la cárcel.<sup>74</sup> No es claro por cuánto tiempo permanecían allí, pero la evidencia disponible sugiere que una vez que se habían repuesto de las heridas autoinflingidas, los suicidas recibían autorización para volver a sus casas.

A pesar de que el suicidio era invariablemente considerado un acto de locura, parece que aquellos que sobrevivían al suicidio no eran automáticamente enviados al asilo mental de Lima, como indica el hecho de que cuando la hija de Magdalena Morón, Petronila Castillo (quien era descrita como una “enajenada”), fracasó en su intento de suicidio, Morón tuvo que solicitar permiso a las autoridades para internarla.<sup>75</sup> El estigma moral y social asociado al suicida significaba que en la mayoría de los casos de intentos de suicidio, los sobrevivientes afirmaban no haber intentado suicidarse. En 1918, por ejemplo, un “vaporino” (un tripulante de un barco a vapor) de 38 años, de nombre Tomás Fuentes se arrojó bajo un tranvía en el Callao y sobrevivió. Fuentes afirmó que estaba borracho y que simplemente había

---

se desprendan”. [de ahora en adelante AGN] /3.9.5.1.15.1.16.12, Intendente a Prefecto, 18 de abril de 1900.

73. Cobb, Richard, *Death in Paris*, p. 32.

74. Por ejemplo, en 1907, María Ignacia Torres fue enviada a la cárcel de mujeres de Santo Tomás tras su intento de suicidio. Desafortunadamente, no sabemos cuánto tiempo tuvo que permanecer ahí. Ver: Archivo General de la Nación, Prefectura de Lima. AGN/3.9.5.1.15.1.16.19, Intendente al Prefecto, 4 de abril de 1907.

75. AGN/3.9.5.1.15.16.15, Intendente a Prefecto, 25 de mayo de 1904.

tropezado. Sin embargo, los pasajeros del tren se presentaron para atestiguar que “la actitud de ese hombre ha sido premeditada y ha querido suicidarse”.<sup>76</sup> En otros casos, los sobrevivientes del intento de suicidio decían haber sido víctimas de un intento de homicidio. En noviembre de 1913, por ejemplo, Florentino Nogueira, un español de 46 años, se disparó un tiro en su habitación del Hotel de Comercio y sobrevivió. Durante el interrogatorio de la policía, afirmó que “un individuo desconocido acababa de dispararle un balazo que, penetrándole por el oído derecho le salió por el pómulo izquierdo”.<sup>77</sup> Sin embargo, la investigación de la policía concluyó que Nogueira había intentado matarse y que estaba mintiendo.

En un sentido más amplio, establecer un motivo correspondía a la necesidad de racionalizar la autodestrucción, de darle una lógica. Las causas dadas por aquellos que conocían al suicida pueden ser leídas como un producto de las percepciones sociales sobre qué llevaba a un hombre o a una mujer a suicidarse. Como Michael McDonald y Terence Murphy sugieren, los motivos dados pueden entenderse como ventanas a los miedos y las ansiedades de las personas cuyas vidas fueron afectadas por el suicidio:

Los motivos que los observadores y los suicidas daban para la muerte autoinflingida son un índice de lo que los contemporáneos más temían perder. Demostraban la importancia de la familia nuclear, la precariedad de la vida económica y la importancia del honor y la vergüenza.<sup>78</sup>

A pesar de que este comentario se refiere a la Inglaterra del siglo XVI y XVII, es perfectamente aplicable al Perú de comienzos de

---

76. AGN/RPJ (República Poder Judicial), Causas criminales, Legajo 83, “De oficio contra Tomás Fuentes por intento de suicidio”.

77. AGN/3.9.5.1.15.1.16.28, Intendente a Prefecto, 10 de noviembre de 1913.

78. McDonald, Michael y Terence R. Murphy, *Sleepless Souls*, p. 298.

siglo XX. Según los datos de Sabino Ríos, los motivos más frecuentemente mencionados eran “amores contrariados” (17), “enfermedades físicas” (16), “alcohol” (13), “falta de recursos” (10), “enajenación mental” (9), “malos negocios” (5), “hastío de la vida” (5), “disgusto familiar” (4), “otros motivos” (2), “huir del castigo” (1) y, significativamente, “ignorados” (37). Estos motivos daban a los suicidios racionalidad y, por ende, los hacían comprensibles y aceptables; al establecer un motivo, la gente asignaba un sentido aceptable a la muerte autoinflingida. De hecho, negarse a dar un motivo de suicidio era considerado casi subversivo, como puede verse en el tono perplejo del informe policial relativo al intento de suicidio de Sergio Lama y Ossa, un empleado de la Secretaría de la Cámara de Diputados, en 1899, el que observaba que Lama y Ossa, “se ha negado a explicarme las causas de [la] fatal determinación que ha tomado, limitándose a decirme que ‘había resuelto quitarme la vida’, simplemente y que lamentaba el mal éxito de su propósito”.<sup>79</sup> Como plantearé más adelante y como sugiere este ejemplo, si bien asignar un sentido al suicidio era considerado necesario, algunos sentidos y la ausencia de sentido eran considerados inaceptables.

Cuando un suicidio fracasaba, los sobrevivientes casi siempre tenían que explicar por qué habían decidido terminar con sus vidas. Cuando un intento de suicidio era exitoso, sin embargo, la evidencia indirecta era necesaria para establecer la causa. En algunos pocos casos, los suicidas dejaban notas. Como Víctor Bailey sugiere, “con una nota de suicidio el occiso tenía la posibilidad de transformar un acto de autodestrucción en una forma de autoexpresión: un acto privado en un discurso público”.<sup>80</sup> Las notas de suicidio cumplían una serie de funciones: por un lado, una última voluntad o testamento, por otro, una explicación a las personas queridas o más cercanas y, a veces, a las

---

79. AGN/3.9.5.I.15.II6.12, Intendente a Prefecto, 11 de octubre de 1899.

80. Bailey, Víctor, *This Rash Act*, p. 56.

autoridades. En la mayoría de los casos, las notas eran dejadas para salvar la responsabilidad de aquellos que conocían al suicida, a fin de que no fueran acusados. Cuando Juan de la Cruz (un español de 64 años, propietario de una panadería en la calle Zavala) se disparó un tiro en la boca en 1899, dejó dos escritos: uno dirigido al cónsul español, indicando que el contenido de su baúl debía ser distribuido entre sus acreedores y enumerando una lista de deudores a los cuales perdonaba; el otro, dirigido al Intendente de Policía, en el que urgía al oficial a que “no moleste usted a nadie por mi muerte. Pues me la é [sic] dado con mi propia mano”.<sup>81</sup> En otras situaciones, las notas cumplían un propósito de venganza, compartiendo la culpa del suicidio con otros, como era sutilmente sugerido en la nota que Luis Salinas y Rávago escribió a su mujer en 1915: “Perdóname, ni tu madre ni tus hermanos tienen la culpa de nada, ampáraseles y rueguen por mí”.<sup>82</sup> En otros casos, las notas no tenían destinatario; pueden ser leídas como un trágico y final comentario o manifiesto personal. Felícita Olártegui, fue una mujer que abandonó a su esposo en su pueblo de Pomabamba para escapar con un amante, pero éste la dejó cuando quedó embarazada; este hecho la impulsó a tirarse al vacío en el Salto del Fraile; dejó registrados sus motivos de esta manera: “¡Adiós! Me despido de este mundo y que gocen los que se quedan con gusto. ¡Qué tarde tan dichosa para mí! Me viene la oscuridad. *Mil veces maldito el hombre* [énfasis mío]”.<sup>83</sup>

Sin embargo, las notas de suicidio no eran comunes. Más frecuentemente, los motivos del suicidio eran establecidos a través de interrogatorios de la policía a los familiares más cercanos, vecinos o amigos.

---

81. AGN/RPJ, Causas criminales, Legajo 680, 1899, “Oficio para descubrir las causas de la muerte de Juan de la Cruz”.

82. AGN/RPJ, Causas criminales, Legajo 75, 1915, “Seguidos con motivo del suicidio de don Luis Salinas y Rávago”.

83. *La Crónica*, 11 de julio de 1916, p. 9.

El suicidio creaba sentimientos de vergüenza y culpa en la familia del muerto y, a veces, en todo su entorno. Como recuerda Luis Alberto Sánchez en sus memorias de infancia, el suicidio de Ramón Beltroy en 1916 “fue una tragedia para todo el barrio”.<sup>84</sup> Los motivos dados, por consiguiente, servían para explicar el suicidio o intento de suicidio; hacerlo aceptable frente a la posición de condena de la sociedad. Este era el caso con el alcoholismo que, como sugieren los datos de Sabino Ríos, era visto como uno de los causantes principales del suicidio. Cuando, en 1899, un hombre blanco de 60 años se arrojó a las vías del tren en la línea de Chorrillos, el intendente culpó del suicidio al estado de embriaguez del hombre: “De las averiguaciones practicadas resulta que el referido individuo hacía uso de bebidas alcohólicas y esta mañana lo vieron muy temprano por la [Plaza de la Exposición] en estado de embriaguez, lo que sin duda hizo que éste se arrojará a la línea”.<sup>85</sup> De manera similar, cuando Jacobo Wandelsbosh, un anciano holandés de 54 años, se ahorcó en marzo de 1901, el informe policial observó que “el occiso hacía permanentemente uso de bebidas alcohólicas por lo que no es extraño que en ese estado se quitase la vida”.<sup>86</sup> En 1904, Francisco Huapaya bebió ácido nítrico, pero sobrevivió. Según su empleador, propietario del depósito de pianos en la calle Minas, “siempre que se embriaga es acometido de tendencias al suicidio”.<sup>87</sup> También el suicidio en junio de 1918 del gendarme Guillermo Cerrún, se explicó por el hecho de que “aquel usaba, con frecuencia, bebidas alcohólicas”.<sup>88</sup>

Un médico, Alberto García, llevó esta explicación al extremo de sostener que todas las muertes ligadas al consumo de alcohol debían

---

84. Sánchez, Luis Alberto, *Testimonio personal*, vol. I, p. 66.

85. AGN/3.9.5.1.15.1.16.12, Intendente a Prefecto, 10 de julio de 1899.

86. AGN/3.9.5.1.15.1.16.13, Intendente a Prefecto, 4 de marzo de 1901.

87. AGN/3.9.5.1.15.1.16.15, Intendente a Prefecto, 9 de mayo de 1904.

88. AGN/3.9.5.1.15.1.16.35, Intendente a Prefecto, 7 de junio de 1918.

ser consideradas como suicidios: “Suicidas conscientes la mayor parte de las veces, inconscientes otras, pero siempre suicidas”.<sup>89</sup> Aunque el alcoholismo era visto usualmente como causa suficiente de suicidio, en algunos casos era percibido más como un síntoma que una causa. En marzo de 1904, por ejemplo, Raymundo Durand intentó matarse de una puñalada. Su esposa había muerto ocho meses antes dejándolo al cuidado de sus tres hijos. Según el informe policial: “Parece que el sentimiento que le causó verlos huérfanos de madre lo ha arrastrado desde aquel tiempo a beber licor, con tal exceso que cuando se embriaga se pone como loco”.<sup>90</sup>

Además del alcoholismo, las dificultades económicas fueron frecuentemente citadas como causa de suicidio. En 1904, Griceldo Gutiérrez, de 24 años, se arrojó desde un puente a las turbias aguas del Rímac. Sobrevivió para explicar que había tratado de matarse porque estaba “aburrido con la vida por no tener trabajo”.<sup>91</sup> En agosto de 1907, Manuel Oyague, quien había ingerido mercurio, también sobrevivió y explicó que la causa de su intento de suicidio era “la falta de dinero, pues había dispuesto de la cantidad de S/. 500, que le encomendó la cobranza el señor Juan Rissi, a quien mandó llamar y pidió perdón”.<sup>92</sup> En junio de 1915, un joyero de 27 años llamado Aquilino Rodríguez murió luego de tomar cianuro. El informe policial observó que:

[...] el extinto vivía en compañía de su madre, Manuela Solari, su mujer, Juana García y los hijos menores, que hacía tiempo se encontraban enfermos y, careciendo de trabajo y agobiado por su causa, anunció a su familia su intención de quitarse la vida.<sup>93</sup>

---

89. Ver: García, Alberto, “Alcohol y alcoholismo”, pp. 103-106.

90. AGN/3.9.5.1.15.1.16.16, Intendente a Prefecto, 15 de marzo de 1904.

91. AGN/3.9.5.1.15.1.16.15, Intendente a Prefecto, 7 de junio de 1904.

92. AGN/3.9.5.1.15.1.16.19, Intendente a Prefecto, 17 de agosto de 1907.

93. AGN/3.9.5.1.15.1.16.29, Intendente a Prefecto, 28 de junio 1915.

Una situación de endeudamiento y el deshonor que traía consigo, condujeron a muchos al suicidio. En junio de 1900 Belisario Zavala, un empleado de una pulpería en la calle Chalaco, se disparó un tiro después de perder su dinero y su reloj en un juego, y posteriormente haber robado la pulpería donde trabajaba.<sup>94</sup> En 1911, Florencio Matienzo se mató en la pulpería de la calle Soledad. La policía informó que el motivo del suicidio era “el hecho de tener deudas pendientes y poseerse de su persona el temor de que fuese descubierto”.<sup>95</sup> Las dificultades económicas, especialmente cuando éstas resultaban de la pérdida del empleo y la pérdida del honor asociada con las deudas, eran posiblemente factores que habrían llevado al suicidio a aquellos miembros de los sectores sociales de posición más acomodada de la sociedad limeña. Los pobres en su mayoría se empleaban por su cuenta y tenían poco acceso al crédito.

Los hombres y las mujeres en Lima también elegían el suicidio como una forma de escapar del dolor y la marginación social y económica que venían con las enfermedades graves o prolongadas. La esposa de Nicanor Merino, quien se mató en agosto de 1907, declaró que Merino “siempre le manifestaba que deseaba concluir con su existencia por la grave enfermedad que adolecía”.<sup>96</sup> En 1914, Julio Huamán, un sastre de 32 años, se disparó dos tiros en la cabeza porque no podía soportar por más tiempo la “grave afección estomacal” que lo había afligido durante algún tiempo.<sup>97</sup> El mismo año, Juan Delpino, un suicida descrito como “decentemente vestido” dejó una nota en la que explicaba que se quitaba la vida por una enfermedad “que le agobia y le impide trabajar”.<sup>98</sup> Entre personas mayores, en

---

94. AGN/3.9.5.1.15.1.16.12, Intendente a Prefecto, 30 de junio de 1900.

95. AGN/3.9.5.1.15.1.16.25, Intendente a Prefecto, 10 de julio de 1911.

96. AGN/3.9.5.1.15.1.16.19, Intendente a Prefecto, 6 de agosto de 1907.

97. AGN/3.9.5.1.15.1.16.28, Intendente a Prefecto, 9 de noviembre de 1914.

98. AGN/3.9.5.1.15.1.16.28, Intendente a Prefecto, 8 de julio de 1914.

particular, el suicidio era visto como una solución al malestar provocado por una enfermedad. En 1898, por ejemplo, Bernardo Rueckner, un armero alemán de 52 años quien fracasó en su intento de suicidio cuando se disparó un tiro en la cabeza, le dijo al Intendente de policía que “al tomar determinación tan extrema había sido por no poder soportar la vida, ni la mortificación que le causaba su escasez de vista”.<sup>99</sup> Una semana más tarde, Jesús Grimaldo, un capitán de artillería de 55 años, trató de cortarse la garganta. Sufría de una parálisis de acuerdo con el informe de la policía.<sup>100</sup> En mayo de 1907, Luis Chiappi, un comerciante italiano de 52 años, se disparó un tiro en la cabeza, había sufrido una enfermedad cardíaca severa por más de un año y en varias ocasiones le había comentado a su familia sobre su deseo de terminar con su vida y su sufrimiento.<sup>101</sup> Algunos años después, otro italiano de 65 años, Juan Tassara, se mató, según el informe policial, “por haberle venido el hastío a consecuencia de la dolencia que le aquejaba”.<sup>102</sup>

El amor o, más frecuentemente, el amor no correspondido, era también una explicación común para el suicidio. En ciertos casos, algunos hombres se quitaban la vida porque habían sido despreciados y, por consiguiente, ante sus ojos, humillados y deshonrados, por las mujeres que amaban. En agosto de 1900, Gumaniza Flores y su esposo de cincuenta años, Martín Berna, fueron citados a la prefectura. Flores había acusado a Berna de golpearla. Frente a las autoridades habían estado de acuerdo en separarse luego de haber vivido juntos por 20 años. Sin embargo, poco tiempo después, Berna amenazó con vender un reloj y con ese importe comprar un arma “para matarla y matarse él enseguida”. Después de haber llamado sin éxito a la

---

99. AGN/3.9.5.1.15.1.16.12, Intendente a Prefecto, 6 de diciembre de 1898.

100. AGN/3.9.5.1.15.1.16.12, Intendente a Prefecto, 12 de diciembre de 1898.

101. AGN/3.9.5.1.15.1.16.19, Intendente a Prefecto, 21 de mayo de 1907.

102. AGN/3.9.5.1.15.1.16.28, Intendente a Prefecto, 20 de marzo de 1912.

casa de Flores, Berna tomó su arma recién comprada y se disparó un tiro en la cabeza.<sup>103</sup> En 1905, Mariano Sánchez también se disparó en la cabeza porque Isabela López, la mujer con la que había tenido “relaciones maritales” y un hijo, se negó a casarse con él aduciendo que tenía mal carácter.<sup>104</sup> Leoncio F. Núñez, un estudiante de la Escuela Técnica de Comercio sorprendió a todos suicidándose. Según su tío, Núñez no tenía problemas de conducta, se iba a dormir temprano y siempre había mantenido su carácter franco y alegre. Sin embargo, como revelaban tres cartas encontradas sobre el cadáver: “Núñez ha obrado bajo el dominio de una pasión amorosa”.<sup>105</sup> En marzo de 1916, un empleado doméstico de la casa comercial Werman se disparó un tiro por no poder “soportar” que la criada de la que se encontraba “enamorado locamente [...] había depositado su cariño en otro galán, vecino del barrio”. Según el informe publicado en *La Crónica*, “la indiferencia de la criada contribuyó a que aumentase el amor de Castro en forma tal que al fin hubo de conducirlo a trágicas determinaciones”.<sup>106</sup>

En algunos casos extremos, como hemos visto, algunos hombres intentaban suicidarse después de haber matado a la mujer que amaban o deseaban. A finales de 1899, Juan Thompson, de 27 años, mató de un disparó a Emma Rebagliatti, una joven de 17 años que vivía en el piso de arriba del departamento de Thompson. Perseguido por la policía que había llegado a la escena del crimen, Thompson tomó su revólver y se disparó un tiro.<sup>107</sup> En noviembre de 1900, Nemencio

103. AGN/3.9.5.1.15.1.16.12, Intendente a Prefecto, 20 de agosto de 1900.

104. AGN/RPJ, Causas criminales, Legajo 35, “Criminal de oficio por el suicidio de Mariano Sánchez”.

105. AGN/3.9.5.1.15.1.16.13, Intendente a Prefecto, 17 de septiembre de 1902.

106. *La Crónica*, de 30 marzo de 1916, p. 3. Ver también *El Comercio*, 29 de marzo de 1916 (tarde).

107. AGN/3.9.5.1.15.1.16.12, Intendente a Prefecto, 11 de noviembre de 1899.

Mendoza, un panadero de 20 años nacido en Arica, se disparó dos tiros luego de haber intentado matar a Teodosia García, quien fue herida en el brazo.<sup>108</sup> En 1915, Honorio Márquez Valderrama, un joven de 18 años proveniente de Cajamarca, le disparó dos veces a Julia Vargas, de 20 años, matándola, para luego quitarse la vida. Según el informe policial, Márquez “requería de amores desde hace un año poco más o menos”.<sup>109</sup> Un año después, Simón Morales Saavedra, mayordomo de la señora Del Río viuda de Benedetti, le disparó a Carmen Alvarado, una nodriza que trabajaba para Carlos Benedetti, el hijo de su empleadora. Las investigaciones revelaron que Alvarado y Morales tenían “relaciones amorosas mantenidas tan discretamente que la familia nunca llegó a darse cuenta de ello”.<sup>110</sup>

En algunos casos los amantes decidían suicidarse juntos, aunque esta era una decisión frecuentemente difícil de probar. Cuando el capitán Ernesto Briceño, de la Escuela Militar de Chorrillos, y Rosa Eichmann, miembro de la “orquesta de damas vienasas que toca en el Jardín Estrasburgo”, fueron encontrados en una cantera cerca de la playa La Herradura con heridas de bala en sus cabezas, el informe policial observó:

Reconstituida la escena, se ve que ambos protagonistas han estado sentados en la piedra mencionada, recibiendo la Eichmann un balazo en la sien derecha, volviendo en seguida el capitán Briceño el arma sobre sí para suicidarse acto continuo. Si este hecho lamentable fue de común acuerdo, o si medió entre ambos alguna disputa previa, que originó el crimen, es cosa que envuelve el misterio.<sup>111</sup>

---

108. AGN/3.9.5.1.15.1.16.12, Intendente a Prefecto, 2 de noviembre de 1900.

109. AGN/3.9.5.1.15.1.16.29, Intendente a Prefecto, 1 de junio de 1915.

110. AGN/3.9.5.1.15.1.16.31, Intendente a Prefecto, 26 de junio de 1916.

111. AGN/3.9.5.1.15.1.16.29, Intendente a Prefecto, 3 de diciembre de 1915.

El 27 de setiembre de 1915, Julia de Moya informó al oficial de policía que llamó a su casa que Alejandro M. Allen había matado a su hija, Juana María, de quien era su novio. Ese mismo día, más temprano, Juana María había tratado de envenenarse. Cuando Allen se enteró de ello, de acuerdo con Julia de Moya, mató a Juana María de un tiro y luego se quitó la vida. La madre de Juana María afirmó que la decisión de su hija de matarse era consecuencia de “la situación bastante estrecha que su familia atravesaba, por encontrarse el padre sin destino”.<sup>112</sup> Sin embargo, el informe de la policía no brinda ninguna indicación de por qué Allen creyó que era esencial que él y su novia murieran juntos.

Para algunas mujeres, el suicidio fue una vía trágica que les permitía escapar de una relación violenta o insoportable. En marzo de 1918, Faustina Lucero intentó arrojararse bajo un tranvía, pero fue salvada justo a tiempo por un oficial de policía. Lucero argumentó que había intentado matarse “porque estaba cansada de la vida de sufrimientos que llevaba, pues su marido la maltrataba continuamente sin motivo alguno”.<sup>113</sup> Una semana después, Carmen de Bustamante, una mujer de 19 años descrita como “joven y hermosa”, tomó magnesio de potasio pero fracasó en su intento de matarse. Durante el interrogatorio reveló que “ansiaba morir porque su marido le daba mala vida, haciéndole sufrir todo género de privaciones y maltratos”.<sup>114</sup> Algunos años antes, Francisca Vidal se tiró al río a la altura de Matucana. Las investigaciones demostraron que su esposo, un comerciante de 44 años llamado Manuel Rosas le pegaba regularmente y que, según varios testigos, había amenazado con matarla. Una semana antes de su muerte, Rosas había encadenado a Vidal a una cama. El subprefecto, quien había sido alertado acerca de ello por familiares de Vidal, ordenó que

---

112. AGN/3.9.5.I.15.I.16.30, Intendente a Prefecto, 27 de setiembre de 1915.

113. *La Prensa* (tarde), 19 de marzo de 1918.

114. *La Prensa* (tarde), 27 de marzo de 1918.

fuera liberada. Vidal entonces se fue a la casa de su hermana, pero, cuando Rosas llegó por ella, Vidal se escapó y corrió hacia el río, saltando hacia él desde un puente. Rosas sostuvo que Vidal estaba mentalmente enferma y que su suicidio había sido provocado por su estadía en casa de su hermana, en donde había pasado el tiempo “mascando coca y tomando ron, de cuyos resultados se desequilibró el cerebro”. Significativamente, ya que este caso demuestra cómo las construcciones de género informaban las interpretaciones del suicidio, el agente fiscal encargado de la investigación pareció estar de acuerdo, afirmando que “la señora Vidal de Rosas estaba desequilibrada, que no quería permanecer en su hogar, junto a su esposo y a sus hijos”.<sup>115</sup>

La construcción social de la muerte por suicidio también incorporaba la interpretación científica dominante: era una enfermedad mental la que conducía al suicidio. En 1900, por ejemplo, Rodolfo Decher, un alemán de 66 años, se arrojó al vacío desde el último piso de su casa de la calle Zamudio. Había tratado previamente de matarse saltando bajo las ruedas de un tren. Según el intendente de policía, Decher “adolece de trastornos mentales”.<sup>116</sup> El año siguiente, Isidro Reyes, un trabajador agrícola, se mató. Según su esposa, Ignacia Reyes, “hacía tiempo padecía de enajenación mental”.<sup>117</sup> Ese mismo año, un chino conocido como Achón, quien era tratado en el asilo mental por paranoia, escapó del asilo y se ahorcó. El informe policial observó que era muy probable que el suicidio fuera consecuencia del desequilibrio mental de Achón.<sup>118</sup> En algunos casos los suicidas que sobrevivían argumentaban haber actuado como consecuencia de una

---

115. AGN/RPJ, Causas criminales, Legajo 70, “Oficio con motivo de la muerte de doña Francisca Vidal”.

116. AGN/3.9.5.I.15.I.16.12, Intendente a Prefecto, 13 de julio de 1900.

117. AGN/3.9.5.I.15.I.16.13, Intendente a Prefecto, 26 de diciembre de 1901.

118. AGN/RPJ, Causas criminales, Legajo 16, “Oficio con motivo del suicidio del asiático Achón”.

pérdida momentánea de la razón. En 1904, por ejemplo, un farmacéutico llamado Fausto Bertini tomó una dosis de mercurio. Bertini argumentó que su negocio en Cerro de Pasco no estaba funcionando bien y que había actuado durante un ataque de locura. Significativamente, esas afirmaciones tenían poco que ver con intenciones de evadir un castigo, ya que el fiscal que examinó este caso observó que “nuestra legislación no tiene determinada pena para los que intentan suicidarse”. Por el contrario, es posible que Bertini haya buscado escapar al estigma social asociado al suicidio.<sup>119</sup>

Sin embargo, en la percepción popular, la relación entre enfermedad mental y suicidio podía ser ambigua. Un intento de suicidio puede servirnos para ilustrarlo. En marzo de 1900, Miguel Huertas y su esposa Eusebia Rivera estaban cruzando el Puente de Piedra cuando de pronto Huertas se arrojó al río. Varios policías y transeúntes intentaron rescatarlo. Huertas estaba colgado de una rama en una pequeña isla del río. Dos hombres se arrojaron y pudieron atar una soga alrededor del pecho de Huertas, a pesar de su oposición, y atraerlo hacia la orilla. La policía observó:

De las investigaciones practicadas [...] resulta que: Huertas de 58 años y raza blanca es amente [sic] y hace poco salió del manicomio, lo que hace creer que *el móvil que lo obligó a arrojarse no fue el intento de suicidio sino la falta de sus facultades*, pues cuando aconteció el hecho venía de hacerse una curación en la botica del Colegio Real [énfasis mío].<sup>120</sup>

En este caso, por lo tanto, suicidio y enfermedad mental eran vistos como incompatibles. El suicidio requería intención y la enfermedad mental implicaba que esa intención estaba ausente.

---

119. AGN/RPJ, Causas criminales, Legajo 29, “De oficio con motivo del intento de suicidio de Fausto Bertini”. Véase también: AGN/3.9.5.1.15.1.16.16, Intendente a Prefecto, 2 de setiembre de 1904.

120. AGN/3.9.5.1.15.1.16.16, Intendente a Prefecto, 10 de marzo de 1910.

De manera similar que el concepto de enfermedad mental, el de neurastenia también finalmente fue adoptado como una de las interpretaciones populares dominantes. En marzo de 1917, Juan V. Brown, inglés, se disparó un tiro en Miraflores, porque, de acuerdo con la policía, “padecía de una aguda neurastenia, la que lo impulsó a tomar su fatal determinación”.<sup>121</sup> De la misma manera, la causa del suicidio de Eduardo Pedro Mena en noviembre de 1918 fue “una aguda neurastenia de que el finado venía padeciendo desde hace seis años”.<sup>122</sup> En mayo de 1918, el suicidio de Alfredo Morote, un empleado de 24 años de la Escuela de Artes y Oficios, se debió, según el parte policial, a que “estaba atacado de una neurastenia aguda, enfermedad que motivó, sin duda, su trágica determinación”.<sup>123</sup> Significativamente, incluso aquellos que decidían suicidarse citaban a la neurastenia como una causa: cuando Luis Salinas y Rávago se disparó un tiro en 1915, dejó una nota a su esposa que explicaba que “una terrible neurastenia me lleva al otro mundo”.<sup>124</sup> La neurastenia se convirtió en un sinónimo de deseo de muerte. En abril de 1917, por ejemplo, Melecio Moreno fue arrestado porque la policía lo consideró sospechoso de intento de suicidio. Moreno había sido visto caminando alrededor de la estación de policía durante unos quince minutos y su sospechosa actitud había llevado al comandante de policía a creer que Moreno “pretendiera en un momento de desesperación o como impulso neurasténico, arrojarse a la línea o realizar algún acto delictuoso”.<sup>125</sup> Según *El Comercio*, el suicidio de Otto Silvestry, un empleado del Ministerio de Hacienda que se había arrojado a un barranco era, como

---

121. AGN/3.9.5.1.15.1.16.33, Intendente a Prefecto, 8 de marzo de 1917.

122. AGN/3.9.5.1.15.1.16.34, Intendente a Prefecto, 27 de noviembre de 1918.

123. AGN/3.9.5.1.15.1.16.34, Intendente a Prefecto, 10 de mayo de 1918.

124. AGN/RPJ, Causas criminales, Legajo 75, “Seguidos con motivo del suicidio de don Luis Salinas y Rávago”.

125. AGN/3.9.5.1.15.1.16.32, Comisario a Subprefecto, 11 de abril de 1917.

el título del breve artículo observaba, “un suicidio por neurastenia”. El artículo sostenía que Silvestry había llevado una vida que, era de suponer, terminaría de manera desgraciada: “Silvestry no tenía familia y arrastraba la vida melancólica de las personas que carecen de hogar y viven en condición de perpetuos huéspedes de hoteles y casas de inquilino”.<sup>126</sup>

Como sugieren estos ejemplos, la construcción social del suicidio hacía eco a las interpretaciones científicas. Combinaba causas que predisponían al suicidio, como el alcoholismo y el amor contrariado, con la explicación medicolegal dominante, que sostenía que el suicidio era un acto de locura, y que la neurastenia causaba el suicidio. El entrelazamiento entre los discursos médico-legales y populares sobre el suicidio sugiere que la gente del común estaba más que dispuesta a incorporar interpretaciones científicas en su entendimiento del suicidio. En tal sentido, este análisis encaja bien con las interpretaciones de la medicalización de las sociedades latinoamericanas que se enfocan tanto en procesos desde arriba como desde abajo.<sup>127</sup> Las explicaciones medicolegales del suicidio otorgaban herramientas discursivas a la “gente del pueblo” con las cuales explicar el suicidio. Para la policía, el discurso medicolegal sobre el suicidio proporcionaba una explicación expeditiva y autorizada de la muerte autoinflingida. Para los familiares, quienes casi siempre se sentían avergonzados por un suicidio en la familia, y también para los suicidas, las explicaciones medicolegales ayudaban a diluir el remordimiento y la responsabilidad al asignar la culpa a fuerzas de orden psicológico sobre las que nadie tenía un efectivo control. Sin embargo, como sugiero más adelante, las interpretaciones medicolegales y populares no eran siempre complementarias. Las interpretaciones del suicidio que desafiaban las

---

126. *El Comercio*, 10 de abril de 1905 (tarde).

127. Ver los ensayos en Armus, Diego, ed., *Disease in the History of Modern Latin America*.

explicaciones dominantes eran percibidas como amenazas, no solo al intento por parte de médicos y abogados de controlar el sentido del suicidio, sino a la sociedad misma.

#### 4. “Me quito la vida porque me da la gana”

En 1900, Fabio Melgar, descrito en un informe médico como un joven de 23 años “de raza blanca” y “bien constituido”, y empleado de la empresa Duncan Fox, se disparó un balazo en la boca. En una de las notas que dejó, escribía: “Me quito la vida porque me da la gana. Estoy muy tranquilo. Suplico se entregue mi revólver al señor Carlos Rospigliosi Vigil. No estoy loco ni borracho”.<sup>128</sup> Una década más tarde, en 1913, Alejandro Pine, de 21 años de edad, oriundo de Cajamarca, “soltero y de raza india” y empleado doméstico de Víctor Raffo, se suicidó al colgarse. Tal como Melgar, dejó una nota en la que negaba causa alguna de su suicidio: “Me mato i [*sic*] no tengo motivo alguno, me mato porque la vida me apesta”.<sup>129</sup> Es posible, incluso probable, que la intención, tanto de Melgar como de Pine, fuera simplemente permitir a los demás saber que se quitaban la vida de manera voluntaria. Sin embargo, al hacerlo, subvertían la explicación aceptada del suicidio, la cual requería de ellos no ser responsables por sus acciones y convertirse en víctimas de fuerzas sociales y psicológicas inexorables. Aun si estaban o no conscientes de ello, las notas de Melgar y Pine representaban un desafío directo a la interpretación que las elites médicas hacían del suicidio. El hecho de que Melgar y Pine se encontraran en extremos opuestos del continuo socioeconómico y racial que caracterizaba (y, en cierto modo, aún caracteriza) a la sociedad peruana, demuestra que no se limitaba a los

---

128. AGN/RPJ, Causas criminales, Legajo II, 1900, “Sumario sobre el suicidio de don Fabio Melgar”.

129. AGN/3.9.5.I.15.I.16.28, Intendente a Prefecto, 28 de octubre de 1913.

sectores más instruidos o más privilegiados de esa sociedad la posibilidad de articular un discurso desafiante y, por ende, amenazante al discurso dominante sobre el suicidio, y, por extensión a la comunidad médico-legal que producía ese discurso.

Que acciones (conscientes o no) como las de Melgar o Pine eran vistas como amenazas por la comunidad médico-legal es evidente en la reacción de uno de los más distinguidos médicos de la época, Carlos Enrique Paz Soldán, al suicidio de Julio Guerrero Ortwald, un sargento del quinto regimiento con asiento en Lima, quien se quitó la vida en 1916 luego de haber sufrido fuertes dolores de estómago durante varios años. Guerrero Ortwald dejó una nota que fue publicada en uno de los más importantes periódicos de Lima. La nota estaba dirigida a su regimiento:

No siento alivio, no puedo sufrir más; mis propias pisadas son agujas que hieren a mis intestinos; estoy desmoralizado y físicamente vencido. He resuelto pues, eliminarme del número de los mortales. No me llaméis cobarde en mi determinación fatal: meditad, habéis sido testigos de mi sufrimiento. Dichosos vosotros que quedáis al servicio de la patria. Seguid la senda que os ha puesto nuestro inteligente, honrado, caballeroso, comandante don Samuel Del Alcázar; seguidla con entusiasmo, esa es la senda del prestigio, del triunfo y de la gloria. Desgraciado de mí que el destino me arranca de las filas; pero yo que he amado tanto a mi patria a ella dedico mi última palabra: ¡Viva el Perú!<sup>130</sup>

Guerrero Ortwald introducía así su suicidio dentro de la lógica del patriotismo: su muerte se justificaba porque no podía cumplir más con su deber patriótico. Además, dedicaba su muerte (como había hecho con su vida) a su país. De esta manera, Guerrero daba un sentido específico a su muerte, la cual esperaba que apareciera ante los ojos

---

130. *La Crónica*, 22 de junio de 1916.

de su regimiento como racional, honorable y patriótica. La publicación de esta nota de suicidio provocó una respuesta de Paz Soldán en el mismo periódico, condenando el reportaje y con lo cual buscaba destruir el sentido que Guerrero Ortwald había dado a su suicidio, y reemplazarlo en cambio con la interpretación científica dominante: el suicidio era un acto carente de lógica, un acto de locura individual. Según Paz Soldán:

Alardear de amor a la patria, lanzar una serie de lugares comunes destinados, en la idea de su autor, a producir una gloria en torno a su nombre, y dispararse un tiro, es la falta de lógica más completa, y sin embargo esa carta se ha juzgado digna de publicidad.<sup>131</sup>

Como sugerí anteriormente, si bien los médicos rechazaban la insistencia de la Iglesia sobre la responsabilidad del suicida, comparían la condena de la Iglesia del suicidio como un acto vergonzoso e inmoral. Vale la pena especular que lo que molestó a Paz Soldán y lo llevó a escribir su replica fue la referencia al patriotismo: si los médicos veían al suicidio como un acto vergonzoso e inmoral, una interpretación del suicidio como algo honorable y patriótico proveniente, para colmo, de un soldado, representaba una amenaza palpable hacia el papel de los médicos de preservar la vida para el mayor beneficio de, si no Dios, por lo menos la patria. La réplica de Paz Soldán, sostengo, debe ser vista como un intento de controlar el sentido del suicidio.

La preocupación entre ciertos sectores de la sociedad limeña frente al sentido asignado al suicidio es también evidente en un artículo publicado en 1915 en *Lulú*, una revista semanal para mujeres de clase alta, que se refería a un crimen ocurrido últimamente que involucraba a un joven que, tras haber sido despedido de su trabajo, mató a su

---

131. Paz Soldán, Carlos Enrique, “El inquietante problema del suicidio”.

enamorada y acto seguido se suicidó. El autor desconocido del artículo culpaba a la juventud de los eventos trágicos narrados:

[...] la juventud se entrega abiertamente a las pasiones y no piensa y no vacila y no tiene fe en la vida ni esperanza en lo venidero. De esto puede atestiguar los crímenes pasionales y suicidios que se han efectuado últimamente y en brevísimos lapsos de tiempo [sic] [...] El asesinato y el suicidio juntamente están de moda. Y la moda se arraiga en el alma del pueblo.<sup>132</sup>

El autor del artículo presentaba los crímenes cometidos, el homicidio y el suicidio, no como tragedias personales sino más bien como síntomas de un problema social mayor, de una sociedad que ha perdido la esperanza en el futuro y que busca una gratificación inmediata. Implícita en esta lectura encontramos una crítica a la pérdida de un sentido de deber y de responsabilidad entre los jóvenes, pero también entre la sociedad en términos más amplios. Los crímenes son vistos como una “moda”, son opciones que se escogen. Así como la réplica de Paz Soldán a la nota de suicidio de Guerrero Ortwald, este artículo buscaba condenar una interpretación del suicidio percibida como corrosiva de la sociedad. Más que el suicidio en sí, era la interpretación del suicidio como una decisión que uno puede tomar libremente (y, mas aún, honorablemente) lo que era percibido como fundamentalmente subversivo.

## 5. Conclusión

Vuelvo a la pregunta inicial de este capítulo: ¿Qué nos dicen estas interpretaciones o actitudes frente al suicidio sobre la sociedad limeña durante la República Aristocrática? Por un lado, ambas interpreta-

---

132. Ver *Lulu: revista semanal ilustrada para el mundo femenino*. Año I, n.º 14, 21 de octubre de 1915.

ciones, la científica y la popular, indicaban la necesidad sentida por médicos y la “gente del pueblo” de encuadrar el suicidio dentro de una lógica que lo hiciera aceptable, social y moralmente. Esto significaba, en cierto sentido, diluir la culpa. Ello puede explicar hasta qué punto el discurso médico sobre el suicidio se compenetró con el discurso popular. Si el suicidio era un acto de locura, entonces aquellos que se suicidaban, y aquellos que sentían que habían precipitado o no hecho lo suficiente para prevenir un suicidio, no podían ser culpables: los suicidas habían sido empujados a quitarse la vida por fuerzas, algunas sociales, otras psicológicas o incluso biológicas, que estaban más allá de su control. Se dejaba, entonces, al suicida sin responsabilidad por el acto del suicidio. Quienes se quitaban la vida pasaban a ser víctimas, a las cuales había que compadecer más que culpar por su acción, rechazarlas o castigarlas. En Lima de comienzos del siglo XX, la neurastenia fue ampliamente adoptada como una de las causas principales del suicidio precisamente porque ofrecía una explicación que no solo diluía la culpa sino que además encajaba bien con la creencia (o el deseo) de que Lima se estaba transformando en una ciudad moderna.

Por otro lado, como demuestran unos pocos pero importantes casos, aunque era necesario asignar una lógica al suicidio, esto no podía ser hecho libremente. Aquellos que elegían inscribir sus suicidios en una lógica diferente a la que la elite científica consideraba apropiada, como en el caso de Guerrero Ortwald, eran rápidamente reducidos, por médicos de la estatura de Paz Soldán, al rol de simples suicidas enloquecidos. En este sentido, los médicos y abogados aceptaban que la “gente del pueblo” era (legalmente) libre de quitarse la vida, pero no de introducir su propio sentido o interpretación a su muerte. No quiero sugerir que la réplica de Paz Soldán corresponde a un discurso disciplinario foucaultiano o a un mecanismo de control social.<sup>133</sup> Más bien, he tratado de sostener que los suicidios de Fabio

---

133. En sus influyentes estudios, Michel Foucault elaboró una interpretación del poder que se enfocaba en cómo las sociedades modernas desarrollan tecnologías nue-

Melgar, Alejandro Pine, Julio Guerrero Ortwald y otros, representaban y eran vistos como, por buenas razones, amenazas al discurso médico-legal sobre el suicidio y a la sociedad misma en términos más amplios, porque sugerían que el suicidio podía ser voluntario y hasta honorable. No debemos subestimar hasta qué punto podía parecer subversiva esta proposición en el contexto de la República Aristocrática. Como George Minois observa:

¿Cómo [...] es posible gobernar a gente que ni siquiera está convencida de querer seguir con vida? ¿Qué control puede uno tener sobre sujetos o ciudadanos que tienen toda la libertad para morir cuando así lo desean? ¿Cómo inspirarles confianza si todos los días un número de ellos manifiesta su rebelión y desesperación al preferir la muerte a la vida?<sup>134</sup>

Como demuestran los debates contemporáneos sobre la eutanasia, incluso hoy son pocos los Estados dispuestos a permitir que la gente decida cómo y cuándo morir, y así buscan continuar en el intento de controlar el sentido del suicidio.

---

vas para disciplinar y controlar a sus poblaciones y cómo estas tecnologías se imponen a través de prácticas discursivas e institucionales. Ver, entre otros, Foucault, Michel, *Surveiller et punir*.

134. Minois, Georges, *History of Suicide*, pp. 325-326.





## VIII

### DIECINUEVE PARROQUIAS:

### planificación familiar católica en el Perú, 1967-1976

RAÚL NECOCHEA LÓPEZ<sup>1</sup>

NO ES RARO AFIRMAR QUE, en lo referente a planificación familiar, los católicos en el mundo entero han tomado, en los últimos cuarenta años, una posición diferente a la propuesta por las autoridades de la Iglesia católica. Es decir, se ha vuelto un asunto de sentido común asumir que, mientras las autoridades eclesiásticas defendían el uso exclusivo de métodos de abstinencia periódica, el resto de la población o los políticos han venido promoviendo o usando diversos métodos de forma más pragmática.<sup>2</sup> Asimismo, se piensa que durante el gobierno militar de Juan Velasco Alvarado no existieron actividades de planificación familiar porque el General Presidente las consideraba atentatorias a los intereses nacionales.

Sin embargo, ha existido más variación en la práctica y en el pensamiento de las autoridades católicas de la que solemos admitir. El presente artículo describe y analiza cómo miembros de la Iglesia católica peruana apoyaron el uso de anticonceptivos orales entre 1967

- 
1. Estudiante de doctorado Departamento de Historia de la Universidad de McGill, Canadá. Una versión en inglés de este trabajo está publicada en el *Latin American Research Review*, vol. 43: 1, 2008.
  2. Clinton, Richard, *Población y desarrollo*.

y 1976. La iniciativa derivó de un esfuerzo por armonizar la doctrina católica con la convicción que tenían las autoridades eclesiásticas peruanas de que el control de la fertilidad era una cuestión de justicia social y, por lo tanto, una preocupación legítima de la Iglesia. Sin embargo, para estas autoridades la anticoncepción no era un asunto puramente médico o tecnológico, sino un problema que involucraba aspectos educacionales y principalmente el concepto de la “paternidad responsable”, transformando así las aproximaciones tradicionales y el significado mismo del control de la natalidad.

Este control poblacional no fue concebido por la Iglesia católica peruana como un medio para simplemente disminuir las tasas de natalidad o para independizar a las mujeres de la esfera doméstica, sino como un vehículo para la transformación y la edificación de la familia y la nación. Al mismo tiempo, los líderes de la Iglesia católica peruana no podían escapar de los avatares de la historia. Sus acciones formaban parte del contexto de la Guerra Fría (iniciada a fines de los años cuarenta) y reflejaban la emergencia de corrientes nacionalistas en el Perú, propias de la década de 1960. El énfasis en la explosión demográfica, el discurso del desarrollo, las reacciones nacionalistas frente a los Estados Unidos, y la introducción de nuevos métodos anticonceptivos artificiales forman parte del contexto de la época en que se desarrolló la historia que se examina en este trabajo.

El presente texto desarrolla dos argumentos centrales. Primero, la provisión de anticonceptivos orales fue una solución original que permitió armonizar la doctrina católica con la cada vez más popular convicción de que el control de la natalidad era un asunto de justicia social. Segundo, el programa desarrollado por la Iglesia católica peruana incluyó aspectos educacionales, la promoción del concepto de paternidad responsable y la participación de la familia y la comunidad, en gran medida, por la poca voluntad de los líderes católicos de dejar el control de la natalidad enteramente en manos de las mujeres.

## I. El doctor Joseph Kerrins y su misión en el Perú

El médico norteamericano Joseph Kerrins fue el primero y más destacado promotor de esta iniciativa. Nacido en 1928, Kerrins fue un católico casi toda su vida. Estudió en el Providence College, dirigido por padres dominicos, y después de servir en el Servicio de Guardacostas de los Estados Unidos, estudió Medicina en la Universidad de Tufts, graduándose en 1954. A inicios de la década de 1960, Joseph Kerrins y su esposa, Helen, eran participantes activos del Movimiento Familiar Cristiano. Asimismo, Kerrins fundó el *Family Life Clinic and Marriage Institute*, para enseñar el método del ritmo a parejas católicas en Attleboro, Massachusetts. Kerrins también era el jefe de Obstetricia y Ginecología del Sturdy Memorial Hospital de Attleboro.<sup>3</sup> La actitud de Joseph Kerrins hacia los anticonceptivos orales había sido en un principio negativa. Sin embargo, esto empezó a cambiar a mediados de la década de 1960.

En ese momento el Movimiento Familiar Cristiano (MFC), era el movimiento de parejas católicas más grande del mundo. La importancia de este movimiento se refleja, por ejemplo, en el hecho de que el papa Pablo VI le pidiera a la pareja de directores del MFC en los Estados Unidos, Patrick y Patricia Crowley de Chicago, que formen parte de la Comisión Pontificia de Población, Familia y Natalidad. El Papa anterior, Juan XXIII, había establecido esta comisión en 1963, durante el Concilio Vaticano II, con el fin de recibir y brindar consejo en materia de anticoncepción a las parejas católicas. Aunque originalmente la membresía de la comisión estaba reservada a científicos sociales y teólogos, en 1965 el papa Pablo VI consideró necesario incluir a médicos y parejas católicas, invitando a participar en la misma a los Crowley. Actuando de manera diferente al tradicional perfil bajo que prefería seguir El Vaticano para asuntos considerados parte de la

---

3. "Their Choice: Ring of Misery", p. 7.

vida privada de una pareja, los Crowley buscaron activamente la opinión de otros miembros del MFC con relación al tema de la abstinencia periódica de relaciones sexuales como método principal de control de la natalidad. Los resultados de dichas consultas fueron compartidos con otros miembros de la Comisión Pontificia, lo que para muchos de ellos fue la primera oportunidad para conocer las quejas y las dificultades que las parejas católicas encontraban en el método de abstinencia periódica de relaciones sexuales, así como su constante búsqueda por nuevas alternativas de anticoncepción.<sup>4</sup> Luego de una reunión del MFC en la Universidad de Notre Dame, en 1965, el mismo Kerrins superó sus dudas con respecto al uso de anticonceptivos orales y los aceptó como un método congruente con sus convicciones religiosas.<sup>5</sup>

Aunque era consciente de que el trabajo de misionero implicaría abandonar su lucrativo consultorio privado en obstetricia y ginecología, Kerrins estaba cada vez más interesado en el trabajo como misionero en el extranjero. En 1966 contactó a la Asociación para el Desarrollo Internacional (ADI en inglés), una organización caritativa de laicos católicos estadounidenses dedicada a la obra social y establecida en Patterson, Nueva Jersey.<sup>6</sup> Desde su fundación a inicios de la década de 1960, ADI se especializaba en apoyar a profesionales católicos interesados en realizar trabajo voluntario en los países en desarrollo.<sup>7</sup> ADI cumplía cuatro funciones principales: (I) dirigía sesiones de entrenamiento para que los voluntarios pudieran aprender sobre

---

4. Kaiser, Robert, *The Encyclical that Never Was*; Marks, Lara, *Sexual Chemistry*.

5. Entrevista con Joseph Kerrins, St. Petersburg, Florida, 3 de marzo de 2005.

6. La ADI no se trata de la Agencia para el Desarrollo Internacional de los EE. UU. (USAID). La primera se trata de una organización privada de caridad que dejó de existir en los años setenta, mientras que la segunda es parte del Departamento de Estado de los EE. UU. y continúa operando hoy en día.

7. Dodge, Larry, *Becoming Global Citizens*.

los retos de vivir y trabajar en el extranjero; (2) ayudaba a recaudar fondos para los gastos en que incurriesen estos voluntarios; (3) los proveía con una red de colaboradores locales para que los ayuden a instalarse; (4) coordinaba el trabajo de los voluntarios con las autoridades locales de la Iglesia Católica. Aunque la Iglesia tenía un rol importante en decidir a qué se dedicarían los voluntarios, ADI los alentaba a embarcarse en proyectos relacionados con su profesión y sus habilidades.

ADI puso a Kerrins en contacto con el padre John Coss, un cura católico de la orden de los Hijos de María. Los Hijos de María llegaron al Perú en abril de 1961 respondiendo a un pedido del papa Juan XXIII hecho a las órdenes católicas de enviar 10% de su personal a Sudamérica “para combatir el comunismo”.<sup>8</sup> El cardenal peruano de entonces, Juan Landázuri, le pidió a los Hijos de María que regentaran la parroquia de Santa Magdalena Sofía Barat en el emergente distrito limeño de El Agustino, con familias que en su gran mayoría eran pobres. Coss fue nombrado párroco en octubre de 1965, y Kerrins lo conoció en Estados Unidos en el verano de 1966. Kerrins pensó en un inicio que mientras estuviera en el Perú debía dedicarse a la Pedagogía. Sin embargo, cambió de opinión después de un corto viaje a Lima realizado hacia fines de 1966, durante el cual conoció la clínica que los Hijos de María administraban en El Agustino, y donde quedó particularmente impresionado por el hermano Francisco Tanega, un médico miembro de los Hijos de María.

Tanega administró clínicas en varios distritos pobres de Lima entre 1961 y 1969. Él y Kerrins hicieron una encuesta entre las mujeres que llegaban a las clínicas preguntándoles qué debía priorizar en su labor Kerrins. Como recuerda Kerrins: “En sus mentes no había duda

---

8. Carta de John Coss al autor, 29 de noviembre de 2006. Véase también Klaiber, Jeffrey, *The Catholic Church in Peru*.

que querían que les ayuden a tener menos hijos”.<sup>9</sup> Posteriormente, el hermano Tanega, los párrocos Coss y Roger Reedy (otro Hijo de María), y Joseph Kerrins, discutieron el diseño de un programa de control de natalidad que debía enmarcarse dentro de la doctrina católica. Hasta entonces sólo la abstinencia periódica de las relaciones sexuales era aceptada como medio de control de natalidad para las autoridades católicas. Sin embargo, durante nuestro período de estudio soplaban vientos reformistas, especialmente luego de la invención de los métodos artificiales de anticoncepción, y existía una gran presión internacional por promoverlos en los países en vías de desarrollo como el Perú. Su efectividad era atractiva a personas de distintas clases sociales y religiones, y en particular a las mujeres que no deseaban quedar embarazadas. Asimismo, muchos médicos católicos ya recetaban anticonceptivos orales para hacer los ciclos de ovulación más predecibles para las mujeres interesadas en seguir el método del ritmo.<sup>10</sup> El mismo Kerrins recetaba Ovulén, una píldora anticonceptiva producida por la compañía G. D. Searle, desde 1964, para estas mujeres.<sup>11</sup>

Más importante para este estudio es resaltar que Kerrins y los Hijos de María estaban convencidos de que la meta final del programa debía ser el fortalecimiento de los matrimonios y la unidad de las familias cristianas, y dudaban que esto se lograría simplemente entregando anticonceptivos. Por ello añadieron un componente educativo al programa de planificación familiar. Como miembros del Movimiento Familiar Cristiano en la diócesis de Fall River, Massachusetts, una de las principales actividades de Kerrins y su esposa Helen había sido la conducción de seminarios para entrenar a matrimonios católicos en

---

9. Carta de Joseph Kerrins al cardenal Juan Landázuri, Lima, 28 de diciembre de 1967. Archivo de Joseph y Helen Kerrins, East Falmouth, Massachusetts, y St. Petersburg, Florida. De aquí en adelante Archivo Kerrins.

10. World Health Organization, *Clinical Aspects*.

11. Carta de Joseph Kerrins al cardenal Juan Landázuri, Lima, 28 de diciembre de 1967. Archivo Kerrins.

diversos aspectos, como el sexo conyugal, la comunicación entre las parejas y la comunicación con los hijos sobre el sexo. Los Kerrins sugirieron utilizar el currículo de estos seminarios para el componente educativo de su programa de control de la natalidad en el Perú.<sup>12</sup>

El padre Coss y el hermano Tanega entregaron la propuesta al cardenal Landázuri, delineando los componentes clínicos y educativos del programa de planificación familiar y enfatizando que las píldoras anticonceptivas serían dadas por un período máximo de 18 a 24 meses. Este periodo fue determinado sobre la base de las observaciones hechas por el hermano Tanega sobre el tiempo promedio de lactancia de las mujeres de zonas urbanas pobres de Lima.<sup>13</sup> Según los organizadores del proyecto, era válido moralmente prevenir un embarazo durante el período de lactancia, pues pensaban que las madres lactantes debían dedicarse a tiempo completo a cuidar de sus hijos. Entendiendo las razones de los organizadores, el cardenal Landázuri dio su permiso para que el programa empiece a funcionar en El Agustino.

Los meses previos al viaje de los Kerrins al Perú implicaron un importante proceso de planeamiento y muchos dolores de cabeza por diferentes asuntos que Joe y Helen Kerrins debieron resolver. Al mismo tiempo, su voluntad de ayudar a los más pobres y sacrificar las comodidades de la vida en los suburbios estadounidenses los hizo merecedores de sendos reportajes periodísticos. El *Attleboro Sun*, periódico local de Attleboro, Massachussets, envió a periodistas a Lima para cubrir la vida de los Kerrins y sus diez hijos en el Perú.<sup>14</sup> En setiembre de 1966, Joe y Helen hicieron un viaje exploratorio al Perú

---

12. Kerrins, Joseph y Helen Kerrins, "Responsible Parenthood Program in the Barriadas of Lima", *Report to the Association for International Development*, abril-diciembre de 1967. Archivo Kerrins.

13. Correo electrónico del hermano Francisco Tanega al autor, 17 de abril de 2006.

14. Murphy, Yolande, "Humanitarian Obligation in Peru", 1967 y Murphy, Yolande, "What he Witnessed is Beyond Imagination", 1967.

y confirmaron su compromiso de pasar en un futuro cercano 18 meses trabajando en las barriadas más pobres de Lima.<sup>15</sup>

La migración de zonas rurales a zonas urbanas se aceleró en el Perú a partir de la década de 1930, como consecuencia de un proceso de industrialización desigual pero generalizado en toda América Latina, que convirtió a las ciudades en nuevos focos de empleo y de oportunidades de educación para los hijos de familias pobres, además de brindar la esperanza de mejorar las condiciones de vivienda y salud. Sin embargo, los nuevos migrantes que llegaron a Lima encontraron en muchos casos escasez de viviendas así como altos precios de las mismas y, en general, condiciones precarias para sobrevivir. Incluso para los residentes de la capital las condiciones de vivienda, la seguridad ciudadana y los servicios de baja policía se hallaban sumamente deteriorados, debiendo las personas de menos recursos tener que soportar la acumulación endémica de basura, la delincuencia y servicios municipales pobres en agua, desagüe y electricidad. La decisión de dónde ubicarse, para los migrantes, no era fácil. Se necesitó de mucho liderazgo y planeamiento para encontrar espacios libres, negociar con los dueños antes o después de asentarse en sus terrenos, y luego organizar a la comunidad para exigir servicios municipales básicos como desagüe y electricidad.<sup>16</sup> Aunque con el transcurso de los años los migrantes rurales ciertamente lograron mejorar sus condiciones de vida y vivienda, en la década de 1960, las así llamadas “barriadas” eran, para los visitantes extranjeros, espacios de caos y miseria, agravada por el alto número de hijos que tenían las mujeres.

Los Kerrins llegaron a Lima en febrero de 1967 y se impresionaron por las condiciones de vida de las barriadas de la ciudad. Las reacciones de Joe Kerrins fueron mixtas y variadas; desde molestia por

---

15. McIntire, William, “Responsible Parenthood”, pp. 380-382.

16. Sánchez, Abelardo, Raúl Guerrero, Julio Calderón y Luis Olivera, *Tugurización en Lima*; Golte, Jürgen y Norma Adams, *Los caballos de Troya de los invasores*.

“las hordas de niños sucios en harapos”<sup>17</sup> que lo seguían cuando iba a trabajar, hasta un cierto optimismo después de sus primeros éxitos: “Estoy sorprendido. Los pobres de la barriada de El Agustino están ansiosos por limitar el número de sus familias”.<sup>18</sup> Consideró las chozas de paja de las barriadas como “inhabitables para los seres humanos” y calificó a la gente de las barriadas como “supersticiosa y analfabeta”, en particular por su inicial rechazo a las pastillas anticonceptivas.<sup>19</sup> Kerrins también comparó y criticó con lucidez las grandes desigualdades sociales y económicas que existían en el Perú y entre el Perú y Estados Unidos:

Por todos lados vemos perros, muros y ventanas enrejadas para prevenir que los pobres tomen algo de los ricos. Uno se pregunta, ¿qué harán los pobres, no sólo del Perú sino de todo el mundo, cuando se enteren de la abundancia que existe en los Estados Unidos. ¿Seremos capaces de entrenar perros suficientemente feroces, barras suficientemente fuertes para nuestras ventanas y construir muros suficientemente altos?<sup>20</sup>

Firmando las cartas que enviaba a sus amigos con la frase “tuyo en una oración de acción”,<sup>21</sup> Kerrins puso manos a la obra. El Comité de Normas de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Marcos le dio un permiso temporal para prestar asistencia en “trabajo sanitario, puestos de salud, clínicas de nutrición y otros problemas que afectan directamente la salud de los habitantes de la barriada de

---

17. Carta de Joseph Kerrins a Gene y Joane, 9 de junio de 1967. Archivo Kerrins.

18. Carta de Joseph Kerrins a la ADI, 16 de abril de 1967. Archivo Kerrins.

19. “The Hand of Friendship”, pp. 9-12.

20. Carta de Joseph Kerrins a la ADI, 18 de febrero de 1967. Archivo Kerrins.

21. Carta de Joseph Kerrins a Gene y Joane, 9 de junio de 1967. Archivo Kerrins.

El Agustino”.<sup>22</sup> Asimismo, Kerrins recibió una carta de presentación del Obispo de Fall River, Massachusetts.<sup>23</sup> Es significativo que Kerrins no recibiera apoyo abierto del Gobierno de los Estados Unidos. Jonathan Fine, de la Oficina de Recursos Humanos de la Agencia Estadounidense para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés) le pidió que tome en cuenta cuán políticamente sensible era el tema de la planificación familiar y cuán peligroso era para un ciudadano estadounidense ser identificado con dichas actividades, “aunque puede ser un poco tarde para que reconsidere su intención de viajar al Perú”. Fine le pidió a Kerrins que se mantuviera en contacto cercano dado que, según Fine, la prensa peruana rutinariamente “malinterpretaba los motivos de aquellos [que trabajan] en este campo y azuzaba el falso fantasma del Imperialismo Yanqui”.<sup>24</sup>

La sección clínica del programa de planificación familiar se estableció primero porque Kerrins dudaba que las parejas asistirían a los seminarios educacionales sin el incentivo del control de la natalidad. En este aspecto, el apoyo del Centro de Estudios de Población y Desarrollo del Perú (CEPD) fue crucial. Creado en 1964 por el presidente Fernando Belaúnde, el CEPD era una agencia gubernamental que producía información estadística sobre población para los hacedores de políticas públicas nacionales. Estaba ideológicamente influenciado por la retórica internacional algo amenazante de una inminente “explosión demográfica del Tercer Mundo”,<sup>25</sup> y —algo contradicto-

- 
22. Carta del decano J. Campos Rey de Castro de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos a Joseph Kerrins, Lima, 2 de diciembre de 1966. Archivo Kerrins.
  23. Carta de James Connolly, obispo de Fall River, a Joseph Kerrins, Fall River, 6 de enero de 1967. Archivo Kerrins.
  24. Carta de Jonathan Fine, M. D., Human Resource Development Officer, US Agency for International Development, a Joseph Kerrins, Lima, 25 de enero de 1967. Archivo Kerrins.
  25. Baird, Douglas, “A Fifth Freedom?”, pp. 1141-1148; Elrich, Paul, *The Population Bomb*.

riamente— también por un discurso nacionalista pronatalista que insistía que el Perú era aún un país con un territorio poco poblado y con muchas riquezas por explotar, y que, por lo tanto, debía regular la fertilidad de su población y buscar redistribuirla.<sup>26</sup> Desde 1966, el CEPD apoyaba programas de salud materno-infantil, así como clínicas de planificación familiar.<sup>27</sup> Así, hacia 1967, cuando los Kerrins llegaron al Perú, ya existían diversos programas y aproximaciones al problema de la planificación familiar.

El CEPD otorgó de manera gratuita a Kerrins el *Ovulen-21*, el mismo anticonceptivo que Kerrins había estado utilizando en su práctica privada en Massachusetts, para que fuera vendido a muy bajo costo entre las mujeres que se enrolaban en su programa de planificación familiar. Los primeros trabajadores de la clínica de El Agustino, que oficialmente se inauguró en abril de 1967, fueron todos voluntarios: Kerrins, una enfermera y una trabajadora social. En un día común, Kerrins recogía a sus asistentes y los equipos y luego se dirigía a la clínica. Colocaba sus equipos en uno de los salones de la parroquia, utilizando un cuarto privado para atender a los pacientes y una mesa en un espacio abierto para recibirlos. La clínica proveía una serie de servicios ginecológicos, incluyendo la detección de cáncer del cuello uterino y despistajes de tuberculosis, además de brindar la píldora anticonceptiva. Una trabajadora social anotaba el nombre de las pacientes, edad, número de embarazos, número de hijos y la razón de la visita. Luego el doctor tomaba su historial médico y le hacía un examen físico. Si deseaba tomar la píldora anticonceptiva, el médico le enseñaba cómo hacerlo y le advertía de los efectos secundarios. La trabajadora social repetía las instrucciones y luego le daba la dosis de pastillas para el primer mes. Si era una mujer lactante, le proporcionaban además minerales y vitaminas. Posteriormente, la trabajadora social y

---

26. Malpica, Carlos, *El desarrollismo en el Perú*; García Jordán, Pilar, *Cruz y arado, fusiles y discursos*.

27. Donayre Valle, José, "Población y revolución", pp. 5-7.

la paciente acordaban la fecha de la siguiente cita, que usualmente ocurría después de una semana, en caso surgiera algún problema con el uso de los anticonceptivos. Finalmente, la trabajadora social le daba a la paciente una hoja de papel que debía firmar el marido de la misma, donde daba su consentimiento para que su esposa tomara píldoras anticonceptivas. Kerrins estimó que el primer grupo de trabajadores voluntarios atendió alrededor de 40 mujeres diarias. El trabajo tomaba alrededor de cinco horas, incluyendo los viajes de ida y vuelta.<sup>28</sup>

Pronto, curas de otras parroquias empezaron a acercarse a Kerrins y a los Hijos de María para pedir que clínicas similares se abrieran en sus parroquias. En junio de 1967 ya existían cuatro clínicas más en otras barriadas: una en Dos de Mayo, otra en El Montón, y dos más en Comas. Todos estos barrios estaban habitados en su mayoría por migrantes o hijos de migrantes pobres. Curiosamente, los primeros en establecer estas clínicas fueron todos párrocos misioneros extranjeros, pertenecientes a las órdenes de los Oblatos, Columbanos y de San Jaime.<sup>29</sup> Hacia junio de 1967, la carga de trabajo para los voluntarios era tal que Kerrins postuló a un concurso y ganó \$ 5000 dólares del CEPD para contratar a dos trabajadoras sociales y una enfermera. Ya en agosto de 1967, algunas de las clínicas eran tan populares que tenían que abrir dos veces por semana, y Kerrins recibió \$ 6000 dólares más de la fundación norteamericana Pathfinder Fund.<sup>30</sup>

Hacia 1965, la píldora anticonceptiva era un medicamento bastante lucrativo en los Estados Unidos.<sup>31</sup> No era de sorprender

---

28. Entrevista con Joseph Kerrins, St. Petersburg, Florida. 3 de marzo de 2005; y Kerrins, Joseph, "A Responsible Parenthood Program in the Barriadas of Lima". Report to the Association for International Development, agosto de 1968. Archivo Kerrins.

29. Secretariado del Episcopado Nacional del Perú, *Anuario Eclesiástico del Perú*, 1969. Archivo de la Conferencia Episcopal Peruana.

30. Kerrins, Joseph, "A Responsible Parenthood Program".

31. Tone, Andrea, *Devices and Desires*.

entonces que otras compañías farmacéuticas quisieran traer al mercado sus propias píldoras. La firma Warner-Lambert en particular tenía un producto listo para ensayos clínicos con humanos. Su fórmula era una combinación de quinesterol, un estrógeno que se almacenaba en el tejido adiposo y, por lo tanto, tenía un efecto duradero, y acetato de quingestanol, un progestágeno. Lo novedoso de esta fórmula era que se tenía que tomar sólo una vez al mes.<sup>32</sup> La sustancia, conocida como QI-Q2 fue simultáneamente probada en México, Chile y Perú, antes de ser sometida a aprobación en los Estados Unidos, y sus promotores la presentaron como la solución a los problemas de sobrepopulación en el Tercer Mundo.<sup>33</sup>

Warner-Lambert se acercó a Kerrins en agosto de 1967, cuando el programa se encontraba en su período de mayor expansión y por ende de mayores necesidades financieras, y le ofreció \$ 10,000, además del QI-Q2 gratuitamente. A cambio le pidió un informe sobre su recepción entre las pacientes de áreas urbanas pobres. Kerrins aceptó.<sup>34</sup> Este trato, sin embargo, le resultaría bastante caro a Kerrins. Sus críticos señalaron que este fue el momento en que Kerrins dejó de ser simplemente un misionero católico y pasó a convertirse en empleado de una corporación americana que lucraba al prevenir el nacimiento de peruanos.<sup>35</sup>

---

32. Odell, W. D. y M. E. Molitch, "The Pharmacology", pp. 413-434.

33. Maqueo-Topete, Edel, Javier Soberón y Juan José Calderón, "A Pill-a-Month Contraceptive", pp. 884-891; Winterhalter, Max, *Un nuevo contraceptivo oral*; Rubio, Boris y Edel Berman, "Once-a-Month Oral Contraceptive", pp. 110-118.

34. Kerrins, Joseph y Helen Kerrins, "Responsible Parenthood Program", abril-diciembre 1967. Archivo Kerrins.

35. Carta de Federico y Laura Hurtado, del Movimiento Familiar Cristiano del Perú, al cardenal Juan Luis Landázuri. Lima, 9 de mayo de 1974. Archivo del MFC, Lima.

Irónicamente, estas críticas llegaron principalmente del Movimiento Familiar Cristiano del Perú, que era hasta entonces el principal aliado de Kerrins. Como en los Estados Unidos, el MFC del Perú estaba compuesto principalmente por matrimonios de clase media, poco interesados en el activismo social y más preocupados por promover la reflexión católica de parejas individuales, los roles tradicionales de género y en fortalecer el rol de la mujer subordinado dentro de la esfera doméstica.<sup>36</sup> Sin embargo, algunas de las parejas del MFC fueron inicialmente persuadidas por la posición de Kerrins y por el apoyo que la jerarquía de la Iglesia católica le brindó. Estas parejas fueron, por ejemplo, las que tradujeron los materiales educativos de Kerrins al castellano. Después de ser entrenadas ellas mismas, estas parejas contribuyeron dirigiendo los seminarios sobre amor conyugal en las barriadas. La experiencia de dictar estos seminarios en ambientes pobres y violentos fue un desafío pero también una inspiración. Entablaron amistad con las parejas que venían a las charlas y con los párrocos cuyas iglesias visitaban. Algunas de las parejas que atendían estos seminarios eran escogidas, por su potencial de liderazgo, para conducir posteriormente seminarios en las barriadas. Al mismo tiempo, la mayoría de las parejas del MFC no conocía bien cómo funcionaba la parte clínica del programa, aunque se encargaban de promoverla.<sup>37</sup>

Hacia fines de 1967 el programa de planificación familiar de Kerrins confrontó su primera crisis debido a que se empezó a cuestionar si efectivamente el cardenal Landázuri había dado permiso para que se abrieran otras clínicas, además de la original en El Agustino. Durante el transcurso de la controversia se supo que Kerrins estaba siendo financiado por Warner-Lambert. “El Cardenal explotó” escribió Kerrins.<sup>38</sup> Convencido de que Landázuri era “muy nacionalista y

---

36. Zarama, Francisco y Consuelo Zarama, eds., “Este es el MFC”.

37. Entrevista con la señora Consuelo Castillo, ex miembro del Movimiento Familiar Cristiano del Perú. Lima, 22 de junio de 2006.

38. Carta de Joseph Kerrins a John y Pat. 6 de enero de 1968. Archivo Kerrins.

antigringo”<sup>39</sup> Kerrins inmediatamente fue a asegurarle al primado de la Iglesia peruana que nunca había tenido la intención de ofender a la institución. Kerrins también enfatizó la importancia de la parte educativa del programa y le ofreció a Landázuri cerrar las nuevas clínicas si es que esto le parecía adecuado.<sup>40</sup> Es en este momento que el programa empezó realmente a interesar al cardenal Landázuri, quien nombró al padre Enrique Bartra, un teólogo jesuita, para evaluar más profundamente los aspectos morales del programa, y para decidir si debían cerrarse las clínicas o no. A inicios de 1968, la crisis había sido superada. Para entonces, aproximadamente 699 mujeres estaban tomando anticonceptivos orales a través de las ocho clínicas establecidas por el programa,<sup>41</sup> y hacia junio de 1968, el número se había incrementado a 1200 mujeres.<sup>42</sup>

La encíclica del papa Pablo VI, *De Humanae Vitae*, promulgada en julio de 1968, prohibía el uso de métodos de planificación familiar que no fueran otros que el método de la abstinencia periódica de relaciones sexuales. Kerrins había vuelto hacía poco a los Estados Unidos y estaba sorprendido y dolido por las noticias. Calificó la decisión papal como arbitraria e injusta, y señaló que:

[...] la sociedad en que viven los peruanos —pobre, poco educada, con poca cultura— no ha llegado a un nivel suficiente de cristianidad que les permita acatar un edicto que va a empeorar un gravísimo problema que recién han empezado a combatir.<sup>43</sup>

---

39. Carta de Joseph Kerrins al padre G. 13 de febrero de 1968. Archivo Kerrins.

40. Carta de Joseph Kerrins al cardenal Landázuri. Lima, 28 de diciembre de 1967. Archivo Kerrins.

41. Kerrins Joseph y Helen Kerrins, “Responsible Parenthood”, abril-diciembre 1967.

42. Carta de Joseph Kerrins a la ADI. 9 de junio de 1968. Archivo Kerrins.

43. “Gynecologist Hopeful Encyclical”, p. I.

Kerrins, sin embargo, había subestimado cuán comprometida estaba la jerarquía de la Iglesia católica peruana con el programa de planificación familiar. No podía tampoco prever las relaciones establecidas entre la Iglesia católica y la nueva elite política que tomó el poder en octubre de 1968.

## 2. *Post De Humanae Vitae*

Como muchos dirigentes eclesiásticos alrededor del mundo, las autoridades de la Iglesia católica peruana estaban preocupadas por los efectos secundarios de la píldora anticonceptiva y, en el caso particular de América Latina, con la posibilidad de que Estados cada vez más eficientes y organizados utilizaran indiscriminadamente su poder para extender el control de la natalidad a poblaciones que tenían poca oportunidad de reflexionar sobre el significado de este tipo de tecnología para sus vidas. Las autoridades se preocupaban especialmente por las poblaciones pobres, que estaban siendo arrastradas a un debate internacional en el que no tenían voz sobre si existía o no una “explosión demográfica” en el Tercer Mundo.<sup>44</sup>

Esta preocupación era compartida por el Gobierno militar “revolucionario” de Juan Velasco Alvarado, quien tomó el poder en octubre de 1968. Velasco desconfiaba en general de los Estados Unidos. Una semana después de tomar el poder su gobierno expropió la International Petroleum Company, una subsidiaria de la norteamericana Exxon. Menos de un año después decretó una reforma agraria radical empezando por afectar a las ricas haciendas de la Costa. Aunque Velasco intentó dirigir al país por una senda que no era ni completamente capitalista ni completamente comunista, su gobierno (1968-1976) fue, después de Cuba, el segundo comprador de armas

---

44. McGregor, Felipe, SJ, “Posición de la Iglesia”, pp. 1-15.

y el segundo en recibir mayor entrenamiento militar de la Unión Soviética en América Latina.<sup>45</sup>

Después de la crisis de 1967, el cardenal Landázuri había estado evaluando el programa de paternidad responsable en las barriadas de Lima que Kerrins inició. Landázuri era consciente del crecimiento de otras clínicas dedicadas al control de la natalidad en las barriadas de Lima, que tenían como público objetivo mujeres urbanas pobres. La diferencia con las clínicas dirigidas desde las parroquias era el énfasis que estas últimas ponían en los aspectos educacionales y en la promoción de valores católicos, lo cual fue un motivo para que Landázuri decidiera mantenerlas abiertas. Más importante aún era la influencia de un sector progresivo de la jerarquía católica que tomó muy en serio el derecho de las parejas a determinar el número de hijos que deseaban tener, y la obligación de la Iglesia católica de mostrar una opción preferencial por los pobres. Estas ideas habían sido articuladas por el padre Pedro Arrupe, General de la Orden Jesuita, y popularizada por la Conferencia Episcopal de Medellín (1968) y por la Teología de la Liberación del padre peruano Gustavo Gutiérrez.<sup>46</sup> Este sector progresista de la Iglesia incluía también al auxiliar del Arzobispado de Lima, Luis Bambarén; al obispo de la provincia del Callao, Augusto Durand, y a los jesuitas Enrique Bartra y Juan Julio Wicht, quien era además demógrafo.

Cuando El Vaticano adoptó una posición clara en relación con la píldora anticonceptiva, las autoridades católicas peruanas hicieron lo mismo. Para consolidar el programa en las barriadas donde ya operaban las clínicas, el Cardenal cedió su administración al MFC del Perú, que a su vez dividió el programa en dos: una rama clínica y una rama educacional. Mientras que esta última se mantuvo bajo el férreo

---

45. McClintock, Cynthia y Abraham Lowenthal, eds., *The Peruvian Experiment*; Águila, Juan del, "The Soviet Union in South America", pp. 121-147.

46. Fagley, Richard, *The Population Explosion*; Gutiérrez, Gustavo, *Teología de la Liberación*.

control del MFC, la parte clínica del programa empezó a ser manejada por profesionales médicos. Con la nueva estructura en marcha, el programa se empezó a llamar “Programa de Promoción Conyugal y Familiar en Pueblos Jóvenes” y obtuvo el apoyo del gobierno militar de Velasco, a través del Organismo Nacional de Desarrollo de Pueblos Jóvenes, ONDEPJOV. Establecido en diciembre de 1968, ONDEPJOV se encargaba de implementar los programas sociales del gobierno de Velasco entre los habitantes de los pueblos jóvenes, así como de movilizar el apoyo hacia el régimen dentro de las barriadas. ONDEPJOV incluso recomendó que el programa de planificación familiar del Gobierno tomara como modelo el programa de la Iglesia católica.<sup>47</sup> Hacia finales de 1973, el gobierno de Velasco Alvarado ordenó el cese de operaciones de la Asociación Peruana para la Protección de la Familia (APPF), la red peruana más grande de clínicas de planificación familiar, y expropió sus materiales y equipos, aduciendo que la APPF recibía la mayoría de sus fondos de la *Planned Parenthood Federation of America*, una organización extranjera y, por lo tanto, sospechosa de ir en contra de los intereses oficiales estratégicos peruanos en pro de una mayor natalidad.<sup>48</sup>

A pesar de los cambios, el programa de la Iglesia católica mantuvo como meta el afianzar el rol de las parejas y las familias como “células básicas del pueblo de Dios”, aliviar “la angustia que causaba entre numerosas familias el desequilibrio entre el crecimiento demográfico y el desarrollo del país”; extender la idea de que el “crecimiento racional de las familias conduce a un progreso digno para la humanidad”, y desarrollar el concepto de la paternidad responsable. Sin embargo, en clara alusión a Kerrins y el incidente del QI-Q2, se

---

47. “Recomendaciones del Organismo Nacional de Desarrollo de Pueblos Jóvenes”. Lima, 8 de abril de 1969. Archivo del MFC, Lima.

48. Ministerio de Salud, Resolución 000310-74-SA/DS, *El Peruano*, 18 de enero de 1974; y Ministerio de Salud, Resolución 000293-73-SA/DS, *El Peruano*, 20 de diciembre de 1973.

señaló que el proyecto distribuiría “pastillas que hayan pasado todas las etapas de experimentación y que hayan sido aprobadas por las autoridades sanitarias peruanas”.<sup>49</sup>

La pareja que presidía el Movimiento Familiar Cristiano del Perú, Armando y Nelly Tovar, dirigieron el programa en 1968, sucedidos por Pedro y Magdalena Pazos. Ambas parejas eran miembros de la clase media urbana de Lima. Frente a la creciente popularidad de las clínicas, los líderes del MFC buscaron enlistar a más parejas de esta institución para dictar los seminarios en las barriadas. Esto no fue fácil. Tradicionalmente el MFC enfatizaba la reflexión individual antes que el activismo social. Más aún, de acuerdo con algunos de los promotores del programa, los miembros pertenecientes a las clases medias altas estaban poco entusiasmados con la idea de trabajar en zonas urbanas pobres. Más importante para este estudio es el hecho que muchos de los líderes del MFC se oponían vehementemente al uso de anticonceptivos orales, particularmente después de *De Humanae Vitae*, y a los fondos provenientes del extranjero para financiar las clínicas. De acuerdo con algunos de ellos, el proyecto “había ayudado a la AID a entrar al país e iniciar programas de control de la natalidad, por razones políticas, de una manera peligrosa”.<sup>50</sup> Estos críticos del MFC no estaban equivocados acerca del financiamiento. Los principales fondos del programa, entre 1969 y 1970 (alrededor de 1,4 millones de soles, aproximadamente \$ 33,000), provenían del CEPD, que en realidad canalizaba fondos de USAID. Otros \$ 16,000 eran donaciones del Pathfinder Fund.<sup>51</sup>

---

49. Cancino Izaguirre, Helí, Guillermo Tagliabue, Óscar Castillo y Armando Tovar, “Promoción conyugal, familiar y de investigación del MFC en barrios marginales”. Junio de 1968. Archivo Kerrins.

50. Actas de la reunión del equipo de la Arquidiócesis Central del Movimiento Familiar Cristiano. Lima, 14 de enero de 1970. Archivo del MFC, Lima.

51. Carta de Pedro y Magdalena Pazos Gamio, directores del Programa, a Juan y Renata Idoña, presidentes del Equipo de la Arquidiócesis Central, CFM. Lima, 18 de febrero de 1970. Archivo del MFC, Lima.

A inicios de 1970, el presidente del programa, Pedro Pazos Gamio, estimó que la sección clínica del mismo contaba con aproximadamente 2500 usuarias, y creía que esta cifra alcanzaría las 3300 mujeres en seis meses. De acuerdo con Pazos, el programa necesitaba 111 parejas más del MFC para dictar seminarios en las barriadas, sin embargo, solo 26 parejas habían completado el curso de preparación hasta entonces. De estas parejas, solo nueve trabajaban activamente en barriadas: cinco provenían del MFC y las otras cuatro de las mismas barriadas.<sup>52</sup> El pedido de Pazos para una mayor participación del MFC no fue exitoso. La indecisión llevó a Pazos a buscar una mayor independencia administrativa. Como resultado, dos nuevas organizaciones surgieron entre 1970 y 1971. El Programa de Apoyo Laico Familiar (PALF) tomó el control de las operaciones clínicas, mientras que el Centro de Capacitación y Promoción Familiar se concentró en ofrecer cursos sobre paternidad responsable y liderazgo entre parejas de las barriadas. A medida que transcurría el tiempo, el Centro de Capacitación y Promoción Familiar empezó a brindar otros servicios, tales como consejería matrimonial y consultas de investigación, “para entender de una mejor manera la realidad de las familias peruanas y ayudarlas a encontrar soluciones de acuerdo al humanismo cristiano”.<sup>53</sup>

Hacia agosto de 1970, la sección clínica del programa contaba con alrededor de 4000 usuarias de la píldora anticonceptiva, en 14 clínicas de Lima, Callao, Huacho, Ica, Áncash y Tacna. Empleaba veinte ginecólogos, un psicólogo, y numerosas trabajadoras sociales. Hacia junio de 1973 existían 19 clínicas y más de 5500 usuarias de la

---

52. Carta de Pedro y Magdalena Pazos Gamio, directores del Programa, a Armando y Nelly Tovar Juan, presidentes del Equipo de la Archidiócesis Central, CFM. Lima, 5 de enero de 1970. Archivo del MFC, Lima.

53. Informe del Centro de Capacitación y Promoción Familiar. Lima, setiembre de 1971. Archivo del MFC, Lima.

píldora anticonceptiva.<sup>54</sup> Además de los exámenes ginecológicos gratuitos y detección de cáncer y tuberculosis, las clínicas de las parroquias empezaron a ofrecer, a iniciativa del doctor Helí Cancino, director médico del programa, ayuda a parejas infértiles que no podían concebir. La parte educacional del programa había enlistado un poco más de 1000 personas para el curso educativo.<sup>55</sup> El cardenal Landázuri le dio al PALF la autorización de ofrecer directamente sus servicios médicos a los obispos en sus respectivas diócesis, que se reservaban el derecho de aceptar o rechazar la oferta de ayuda del PALF.

El sacerdote jesuita Enrique Bartra, asesor del PALF, pasó de ser un crítico moderado del programa a enriquecer la justificación teológica para la provisión de anticonceptivos orales hasta por 24 meses. Empezó por señalar que los ciclos mensuales de ovulación de las mujeres se suspendían después de dar a luz, y que, mantener o inducir este descanso natural a los ovarios estaba moralmente justificado debido a que existían lazos biológicos, psicológicos y espirituales entre la madre y los hijos durante el embarazo, lazos que se mantenían durante el período de lactancia. Bartra calificó estos lazos como esenciales para la formación del ser humano y señaló que estos lazos podían verse afectados por la llegada de un nuevo bebé. Bartra enfatizó que la duración del período de lactancia no podía ser establecida con precisión, en tanto que no era únicamente un fenómeno biológico sino también cultural. En todo caso, Bartra pensaba que la madre lactante tenía derecho al descanso ovárico durante dicho periodo, tan largo como este fuere.

De acuerdo con Bartra, incluso si una mujer que recién había dado a luz no diese de lactar, tendría el derecho al descanso ovárico, pero

---

54. Memorando de Harold Crow a John Robbins, Planned Parenthood Federation of America, 12 de octubre de 1973. Smith College, Sophia Smith College, PPFALL, Caja 83, Folder 22.

55. Pazos, Pedro, Helí Cancino, Guillermo Tagliabue, Carlos Flores-Guerra y Enrique Bartra, "Programas de Orientación Cristiana", pp. 153-168.

en dicho supuesto, sería necesario establecer límites al período de descanso. A efectos de lograr un estimado, Bartra citó crónicas del período colonial, la Biblia, una encuesta llevada a cabo por el PALF en una barriada, e incluso el Corán, y sugirió que, en el Perú, el período normal de descanso debería durar entre 18 a 24 meses, la misma duración que Kerrins y los Hijos de María usaron como referencia. Bartra también señaló que muchas mujeres que vivían en las barriadas querían dar de lactar, aunque fuera solo por el ahorro en la leche de fórmula, pero que no lo podían hacer debido a su mal estado de salud, derivado de su mala nutrición y problemas ginecológicos empeorados por la mala higiene y los numerosos embarazos y partos en condiciones poco sanitarias.<sup>56</sup>

Los argumentos de Bartra en favor del programa coincidían con la actitud del cardenal Landázuri. El padre Pedro Richards, consejero espiritual del MFC en América Latina, escribió al Cardenal en diciembre de 1976 criticando el programa y manifestando que “mientras a través del continente hay quienes valerosamente están luchando por lo pedido en la *Humanae Vitae*, esta experiencia limeña parece entregada a los *Pildorista*”. Landázuri respondió que dicho proyecto tenía su aprobación y, citando el trabajo de Bartra, añadió que “*Humanae Vitae* no prohíbe una razonable regulación de la fecundidad ni las terapias legítimas. El uso restringido de anovulatorios que se permite en el programa no sale de los términos previstos en la Encíclica según criterio de autorizados moralistas”. Adicionalmente, el proyecto en sí está continuamente “mejorando la parte médica, de acuerdo con los recientes avances de los métodos naturales”. Cuestionando el conocimiento de Richards de la realidad peruana, Landázuri se refirió a él como “un sacerdote de paso por Lima”, añadiendo fulminantemente que:

---

56. Bartra, Enrique, “Fundamentación Moral del Tratamiento Anovulatorio”, pp. 425-431.

[...] como Cardenal y Arzobispo, rechazó enérgicamente estas y otras expresiones de su carta que, además de injuriosas, son falsas. Yo no puedo permitir que ni usted ni nadie ponga en duda mi fidelidad al Santo Padre y a las doctrinas y directivas de la Iglesia!<sup>57</sup>

Sin embargo, y a pesar de las mejores intenciones de Bartra y de Landázuri, médicos y trabajadores sociales de la sección clínica del programa no siempre siguieron las pautas establecidas por el MFC en 1969.<sup>58</sup> Según estas pautas, cada párroco tenía la potestad final y la responsabilidad de decidir si una mujer era elegible para recibir anticonceptivos. Los médicos debían notificar al director médico y al cura de la parroquia si consideraban que había razones que justificaran que una mujer siguiera usando la píldora más allá de 24 meses. Los médicos también debían recordar a las mujeres su obligación de asistir a las charlas educativas junto con sus esposos. En la práctica, los médicos eran reacios a suspender la entrega de anticonceptivos. Por ejemplo, continuaban dándoles la píldora si, después de los 24 meses de régimen, las mujeres aún no habían completado el seminario educativo, que consistía en varias semanas de charlas.<sup>59</sup> Los médicos también hacían excepciones cuando estimaban que un nuevo embarazo era sumamente peligroso para la mujer. En este caso, las referían a hospitales que ofrecían métodos anticonceptivos más diversos además de anticonceptivos orales.<sup>60</sup> Cuando las mujeres que habían estado tomando las píldoras anticonceptivas quedaban embarazadas y tenían abortos, los médicos se permitían iniciar nuevamente el régimen de

---

57. Carta del cardenal Juan Landázuri a Pedro Richards, Lima, 3 de febrero de 1977. Archivo del MFC, Lima.

58. Carta de Pedro Pazos a los doctores Helí Cancino y Guillermo Tabliabue. Lima, 25 de noviembre de 1969. Archivo del MFC, Lima.

59. Entrevista con el doctor Jorge Ascenzo. Lima, 19 de julio de 2004.

60. *Ibíd.*

24 meses de anticonceptivos orales. La mayoría de médicos tampoco demandaba el formulario de consentimiento firmado por los esposos, dado que muchas mujeres de las barriadas no estaban casadas o tenían hijos de padres diferentes.<sup>61</sup>

Hacia mediados de la década de 1970, el Programa de Promoción Conyugal y Familiar en Pueblos Jóvenes enfrentó una nueva crisis. Algunos de los miembros más influyentes del MFC del Perú trajeron a colación la encíclica *De Humanae Vitae* y señalaron que en diversas provincias, como Huancayo, Yauyos, Abancay y Cajamarca, los obispos se oponían al programa, lo cual confundía a los católicos, pues no existía una voz uniforme dentro de la Iglesia. Los líderes limeños del MFC cuestionaron también el rol del MFC en tener que competir con otras instituciones en la distribución de anticonceptivos orales. Señalaron, asimismo, que los argumentos a favor del control de la natalidad, para evitar futuras hambrunas, eran débiles, debido a que el Perú contaba, de acuerdo con ellos, con vastos recursos naturales no explotados. Argumentaron también que los países ricos controlaban su producción alimenticia para mantener a los países del Tercer Mundo en un estado de dependencia. Además, según los líderes limeños del MFC, la píldora hacía que los hombres percibieran a las mujeres como más disponibles sexualmente. La píldora era “un arma poderosa de libertinaje sexual”. Finalmente, los líderes del MFC cuestionaron el apoyo que recibía la sección clínica del programa por parte de *Family Planning International Assistance*, la división internacional de la norteamericana *Planned Parenthood Federation of America*, debido a que los líderes del MFC no sabían cómo eran usados o distribuidos los fondos. Con ironía notaron que la sección médica del programa utilizaba fondos del *Planned Parenthood Federation of America*, a pesar de que el general Velasco había cancelado, en 1974, las actividades de

---

61. Entrevista con la señora Martha de Laudi, Lima, 14 de abril de 2006.

la Asociación Peruana para la Protección de la Familia, justamente por recibir fondos de dicha institución.<sup>62</sup>

Como respuesta, el cardenal Landázuri hizo que sus obispos auxiliares organizaran una reunión con los líderes del MFC y con los párrocos que participaban en el programa. La reunión fue favorable a la continuación del trabajo y, por ende, Landázuri no tuvo más remedio que retirar al MFC de la administración del proyecto, aunque esperaba que algunos miembros del MFC continuaran apoyándolo a título personal. Landázuri estaba decepcionado: “Lamento verme obligado a tomar esta determinación y confío en que los miembros del MFC mediten sobre el motivo que me ha llevado a adoptarla”.<sup>63</sup> Incluso después de esta amarga separación, el Programa de Promoción Conyugal y Familiar en Pueblos Jóvenes continuó por algunos años. Sin embargo, hacia 1976, por una serie de razones, empezó a declinar. El general Velasco fue derrocado por otros militares en agosto de 1975 y fue sucedido en la presidencia por el general Francisco Morales Bermúdez, quien frenó las reformas sociales introducidas por Velasco. En 1976, en el área de población, Morales Bermúdez convocó a un comité de expertos para que diseñaran, los lineamientos de Política de Población en el Perú. Estos Lineamientos endosaron el concepto de la paternidad responsable y permitieron el retorno de la *Planned Parenthood Federation of America* al Perú. Como resultado, los fondos para las organizaciones que promovían una variedad de métodos anticonceptivos, y no sólo la píldora y el método del ritmo, se incrementaron notablemente. Al mismo tiempo, la Iglesia católica empezó a apoyar más enérgicamente los métodos de abstinencia sexual periódica, como el Método Billings. Como resultado, la

---

62. Carta de Federico y Laura Hurtado, del CFM de Perú, al cardenal Juan Landázuri. Lima, 9 de mayo de 1974. Archivo del MFC, Lima.

63. Carta del cardenal Juan Landázuri a Federico y Laura Hurtado, del MFC. Lima, 5 de junio de 1974. Archivo del MFC, Lima.

sección clínica del programa empezó a decaer hasta su disolución final a inicios de la década de 1990.<sup>64</sup>

### 3. Discusión

Los componentes educacionales y clínicos del programa de planificación familiar católico tuvieron, en apariencia, la misma importancia para los diseñadores del programa. Sin embargo, está claro que más personas participaron en el programa clínico que en el educativo. De cada cuatro mujeres que se sometían al régimen de la píldora anticonceptiva, aproximadamente solo una culminó el seminario educativo. ¿Por qué este desbalance? La sección clínica del programa creció tan rápidamente que casi de inmediato dejó de ser conducida por voluntarios. Los fondos para los salarios de los profesionales médicos y administradores de la sección clínica del programa fueron asumidos por USAID. Particularmente después de 1968, la política exterior de los Estados Unidos, en materia de crecimiento poblacional en los países subdesarrollados, estuvo orientada a una silenciosa pero activa política de favorecer a aquellos gobiernos que apoyaran el control de la natalidad.<sup>65</sup> Como lo anunciara el presidente Lyndon Johnson en 1966, el Gobierno de los Estados Unidos estaba convencido de que “menos de cinco dólares invertidos en control de la natalidad equivalen a cien dólares invertidos en crecimiento económico”.<sup>66</sup>

En el caso de América Latina, este apoyo financiero al control demográfico se implementó junto a otras políticas, como la Alianza

---

64. Entrevista con Guillermo Tagliabue. Lima, 17 de julio de 2004.

65. Sai, Fred y Janet Nassim, “The Role of International Agencies”, pp. 497-520; Kelley, Allen, “Economic Consequences of Population Change”, pp. 1685-1728; Merrick, Thomas, “Population and Poverty”, pp. 41-46.

66. Citado en Palmlund, Ingar, “Risk Evaluation of Medical Technology”, pp. 312-330.

para el Progreso, iniciada a comienzos de la década de 1960 por el presidente John F. Kennedy, que buscaba limitar la “amenaza comunista”. De acuerdo con la perspectiva estadounidense de entonces, los altos índices de natalidad afectaban negativamente el desarrollo económico y social de la región y, por ende, amenazaban su estabilidad política, lo cual a su vez favorecía la expansión comunista. Los cuantiosos fondos que los Estados Unidos destinaron a aquellas agencias trabajando en planificación familiar en las décadas de 1960 y 1970 por toda América Latina es un factor crucial para entender el desigual desarrollo de la sección médica frente a la sección educacional del programa analizado en este trabajo.

Sin embargo, los intentos por influir en las prácticas y políticas nacionales de planificación familiar no siempre fueron bienvenidos. En cuanto al Programa de Promoción Conyugal y Familiar en Pueblos Jóvenes de la Iglesia católica hubo muchas críticas de algunos líderes del MFC que veían una alianza siniestra entre la promoción de la planificación familiar y la avaricia de las compañías farmacéuticas, el supuesto libertinaje sexual de las mujeres y la amenaza del imperialismo norteamericano. El antiimperialismo fue un tema particularmente sensible al general Juan Velasco Alvarado. Por ello en parte su gobierno, junto a otros países del Tercer Mundo, rechazó el borrador del Plan de Acción de las Naciones Unidas durante la Conferencia Internacional de Población de Bucarest de 1974. La posición del Perú era que la superación del subdesarrollo no se daría por el control de la natalidad, sino mejorando las injustas condiciones del comercio internacional y distribución de la riqueza que siempre favorecían a los países más ricos.<sup>67</sup> Velasco anunció que no incluiría el tema de la planificación familiar dentro del Plan Estratégico Nacional de 1970-1980. Según Velasco, una menor tasa de la natalidad se lograría a través de

---

67. Finkle, Jason y Bárbara Crane, “The Politics of Bucharest”, pp. 87-114.

mayores fondos en educación y la racionalización del desarrollo urbano.<sup>68</sup>

Los curas no fueron indiferentes a este debate, como lo indicó la Conferencia Episcopal Peruana en 1974. De acuerdo con la perspectiva católica, la familia era la unidad básica de la sociedad, así como de la realización personal. Los obispos reconocían los problemas derivados del crecimiento poblacional, de la migración de zonas rurales a zonas urbanas y de la desarticulación social causada por la explotación desmedida de recursos naturales. También pensaban que muchos de los problemas poblacionales derivaban del desempleo, el libertinaje sexual, y las “familias incompletas”. Considerando la compleja interrelación de estos problemas sociales, los obispos afirmaban que toda política de población era parte de una política de desarrollo saludable, y se negaban a reducir sus reflexiones a pronunciarse a favor o en contra de los métodos anticonceptivos. Tal actitud simplista, argüían los obispos, era propia de las “familias felices” que vivían de espaldas a la infelicidad de otras familias y a las injusticias de la sociedad. Esto era una crítica sutil a los conservadores del Movimiento Familiar Cristiano del Perú. Al mismo tiempo, los obispos no estaban dispuestos a ceder ni un milímetro en la lucha por los corazones y mentes de los católicos peruanos:

[...] por fidelidad al plan de Dios, por defensa de la dignidad de la persona y la familia, y por patriotismo, hay que estar atentos y vigilantes frente al esfuerzo de organismos internacionales que pretenden sensibilizar la opinión mundial en torno al problema “población”, con una intencionada unilateralidad y parcialidad, centrando la campaña de información, educación, estadísticas, opiniones —incluso presiones— en la reducción masiva de nacimientos, especialmente en el Tercer Mundo.<sup>69</sup>

---

68. Varillas Montenegro, Alberto y Patricia Mostajo de Muenta, *La situación poblacional peruana*.

69. “Familia y población”, pp. 1-8. Archivo de la Conferencia Episcopal Peruana.

Para los curas que trabajaban día a día en parroquias ubicadas en las zonas urbanas más pobres, el atractivo del Programa de Promoción Conyugal y Familiar no radicaba en recibir fondos de los Estados Unidos ni en promover el nacionalismo en el Perú, sino en el hecho de que este programa combinaba una demanda popular por familias más pequeñas, con la obligación de transformar a los católicos mediante la reflexión y la educación.<sup>70</sup> Para los líderes católicos de este programa, la paternidad responsable no significaba únicamente concebir hijos, sino proveerles además de una adecuada formación espiritual, apoyo material, amor y educación. Dentro de dicha perspectiva, los matrimonios católicos eran los mejor preparados para cumplir estas obligaciones. Asimismo, ninguna organización tenía el derecho de decidir por ellos cuántos hijos debían tener. Lo más que podía hacer la Iglesia era proveer guías para que las parejas pudieran tomar esta decisión de una manera consciente y libre.

Este énfasis en la libertad de elección informada creaba espacio para el pragmatismo dentro del Programa de Promoción Conyugal y Familiar. Líneas arriba enfatice la primacía de la sección clínica sobre la sección dedicada a la educación. Sin embargo, también podría argumentarse que el éxito de la sección clínica fue posible sólo gracias al consentimiento voluntario y relativamente informado de las mujeres y hombres que asistían a las clínicas. Los servicios médicos ofrecidos por las clínicas parroquiales no sólo incluían la píldora anticonceptiva, sino también exámenes médicos regulares, detección de cáncer cervical y tuberculosis, suplementos vitamínicos y, más sorprendentemente, tratamientos para la infertilidad. Para las mujeres de las barriadas, el prospecto de recibir atención médica gratuita era particularmente gratificante. Así, el énfasis del Programa de Promoción Conyugal y Familiar en la justicia social era compatible con el deseo de las personas de zonas urbanas pobres de acceso a opciones de atención de salud usualmente negadas a ellos, incluso cuando ello en algunas ocasiones

---

70. Freire, Paulo, *Pedagogy of the Oppressed*.

las llevaba a falsificar las firmas de los esposos o a mentir acerca del embarazo. Estas trasgresiones encajan dentro de una ideología según la cual el acceso a anticonceptivos eficientes o los chequeos médicos eran considerados como derechos ilegítimamente negados.

Aunque restringido a algunas zonas urbanas, la iniciativa de sectores de la Iglesia católica en el Perú nos lleva a repensar la historiografía sobre control de la población. Como ha argumentado Mathew Connelly, esta disciplina tiene que ser enriquecida por historias que unan los niveles micro y macro de análisis, reconociendo las iniciativas surgidas en sociedades no occidentales, y no asumiendo que todos los proyectos de control poblacional son iniciativas neocoloniales.<sup>71</sup> En el caso analizado en este trabajo, la fuerza motor se encontraba en el deseo de parte de la Iglesia católica de producir mejores católicos entre la población de las zonas pobres urbanas. La multifacética historia del control de la población y sus múltiples actores e intereses hizo posible alianzas, como las que existieron entre curas y píldoras anticonceptivas, que en otras circunstancias serían inimaginables.

Esta historia también es parte de una emergente literatura que cuestiona la necesidad de las mujeres de adoptar todo el discurso biomédico que acompaña a las tecnologías anticonceptivas.<sup>72</sup> Comúnmente se asume que, a medida que una sociedad se industrializa, se urbaniza y se educa, el discurso biomédico gana en hegemonía. Sin embargo, esto no siempre es así. Los usuarios de métodos anticonceptivos pueden hacer uso de estas tecnologías de manera más pragmática, guiados por sus propias metas, y sin necesariamente admitir las lógicas de los expertos por completo.<sup>73</sup> Por ejemplo, las mujeres en este estudio no solo actuaron para asegurarse la provisión de anticonceptivos, sino también para acceder a un conjunto de servicios

---

71. Connelly, Mathew, "Population Control is History", pp. 122-147.

72. Lock, Margaret y Patricia Kaufert, eds., *Pragmatic Women*.

73. Bledsoe, Caroline, *Contingent Lives*.

de salud ofrecidos por las clínicas parroquiales. Así, el uso de la píldora anticonceptiva puede entenderse como un esfuerzo pragmático realizado por algunas mujeres para asegurarse múltiples formas de atención médica, y no como el resultado de la persuasión de argumentos biomédicos y políticos que enfatizaban el valor de tener menos hijos.

En un nivel más práctico, está claro que cuando El Vaticano prohibió en 1968 el uso de métodos de planificación familiar, excepto los de abstinencia periódica, las iglesias católicas nacionales no necesariamente acataron inmediata y calladamente esta disposición. Este estudio cuestiona la idea de que la Iglesia católica peruana y norteamericana uniformemente se oponía a la planificación familiar. También sugiere que los líderes de la Iglesia católica sí promovieron la relación entre la reducción de la población y el desarrollo, aunque esta no significase una mayor autonomía de la mujer en la esfera doméstica. La clave de esta flexibilidad provenía de la creatividad teológica, como aquella desplegada por los Hijos de María o por el sacerdote jesuita Enrique Bartra, así como del reconocimiento de que las demandas populares son, en muchas ocasiones, legítimas y merecen ser apoyadas con decisión y con valentía, como lo hizo Landázuri.

La historia analizada en este estudio sugiere también que la polarización contemporánea entre la sociedad civil y la Iglesia católica latinoamericana, en cuestiones tales como la anticoncepción y la pastilla del día siguiente, no tiene por qué ser desesperanzadora, siempre y cuando los líderes católicos de la región puedan recrear la creatividad teológica, el liderazgo y el coraje que primaron en la Iglesia durante la década de 1960, y que ciertamente no se han extinguido.



## IX

### SECUESTRANDO EL FEMINISMO GLOBAL: **feministas, la Iglesia católica y la debacle de la planificación familiar en el Perú<sup>1</sup>**

CHRISTINA EWIG<sup>2</sup>

ENTRE LOS AÑOS 1996 Y 1998 el programa de planificación familiar dirigido por el Gobierno de Alberto Fujimori organizó campañas masivas de esterilización dirigidas a mujeres de comunidades pobres, indígenas y rurales. El programa dio prioridad a la esterilización sobre otras formas de contracepción y realizó las esterilizaciones quirúrgicas bajo condiciones de mala calidad, que ocasionalmente produjeron la muerte o serias lesiones en las pacientes. Asimismo, muchas veces se realizaron las esterilizaciones sin obtener previamente el consentimiento voluntario o informado de las pacientes. El número estimado de estas esterilizaciones (217,446 entre 1996 y 1998) fue

- 
1. Este trabajo fue hecho gracias al apoyo de la Fundación Fulbright, del Institute for the Study of World Politics, la Fundación Ford y el Duke University-University of North Carolina Program in Latin American Studies y fue originalmente publicado en inglés *Feminist Studies* (2006, vol. 32, n.º 3, pp. 632-659). Gracias a Bonnie Shepard, Cynthia McClintock, Michelle Mouton, Jessica Fields, Anne Eckman, Maxine Eichner, Carisa Showden, Merike Blofield, Anne Marie Choup, Jonathan Hartlyn, William Jones, Nancy Palomino, Ruth Iguíñez y Kiran Asher por sus comentarios.
  2. Profesora Asistente del Departamento de Estudios de Género y la Mujer y del Departamento de Ciencia Política en la Universidad de Wisconsin-Madison, Estados Unidos.

alcanzado en parte por un sistema de cuotas entre funcionarios del Ministerio de Salud, que proporcionaba pocos incentivos para el cuidado de la calidad de las operaciones.<sup>3</sup> A finales de 1998, una abogada feminista que investigaba los abusos a las mujeres en hospitales públicos tropezó con evidencia de problemas en el programa de planificación familiar y comenzó a divulgar sus resultados a través de la prensa. Sus denuncias alentaron un escrutinio del programa de planificación familiar y en última instancia llevaron a la reforma del programa.

Las problemáticas campañas de esterilización ocurridas en el Perú durante la década de 1990 son de alguna manera una vieja historia: reflejan el uso instrumental de la mujer, al que recurren los planificadores de políticas nacionales y las organizaciones internacionales como un medio de controlar el crecimiento de la población y de promover el desarrollo económico. Lo que resulta particularmente notable en el caso peruano es que las campañas de esterilización ocurrieron en contextos globales y locales aparentemente favorables a los derechos reproductivos de la mujer. En la década de 1990 surgió un nuevo credo a favor de los derechos reproductivos que dominó los esfuerzos globales de la población, y oficialmente el Perú había asumido, aparentemente, este credo. En 1982, Perú ratificó todos los artículos de la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de Toda Forma de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW por sus siglas en inglés), que fueron primero adoptadas por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1979. Es importante destacar que el CEDAW promueve la igualdad de las mujeres en lo político, social y económico, y es la única convención de derechos humanos que reafirma los derechos reproductivos de las mujeres. En la Conferencia de 1993 de las Naciones Unidas sobre Derechos Humanos realizada en Viena y en la Cumbre Mundial de 1995 de Copenhague para el Desarrollo Social, las activistas feministas colocaron exitosamente el tema de los derechos de la mujer tanto en la agenda internacional de los derechos humanos

---

3. Defensoría del Pueblo, *La aplicación de la anticoncepción quirúrgica*, p. 289.

como en la agenda de desarrollo económico. Fue la primera vez que las feministas lograban un impacto importante en acuerdos globales.

El programa de planificación familiar del Perú fue notablemente reformado para la Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo (ICPD) celebrada en El Cairo (Egipto), y para la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer organizada por las Naciones Unidas en 1995, en Beijing, China. En El Cairo y en Beijing las feministas peruanas participaron activamente. Los documentos que fueron la guía del programa de planificación familiar del Perú, elaborados posteriormente, reflejaban en gran parte el lenguaje y las metas convenidas en El Cairo, incluyendo el compromiso de respetar los derechos reproductivos de las mujeres y la promoción de la equidad de género. El foco del programa dirigido a los peruanos de menores recursos tenía el potencial de aumentar dramáticamente el acceso a los métodos de la planificación familiar en un país donde históricamente el acceso a la contracepción se restringía a las clases medias y altas. Incluso organizaciones feministas y el Gobierno de Fujimori establecieron un mecanismo para monitorear la implementación del 'Programa de Acción' suscrito en El Cairo: un comité denominado *Mesa Tripartita de Seguimiento al Programa de Acción del Cairo*, que incluía miembros del Estado, de la sociedad civil y de instituciones internacionales.<sup>4</sup>

¿Cómo fue posible entonces que abusos típicos de las campañas de esterilización ocurridos en el pasado en Puerto Rico, la India y Sudáfrica a comienzos o mediados del siglo XX se repitieran a fines

---

4. Entre los miembros se encontraban los ministros de Salud, Educación y Relaciones Exteriores; la Secretaría para la Cooperación Técnica Internacional; los institutos nacionales de estadística; la Comisión para la Mujer del Congreso; UNFPA; OPS; USAID; la Comunidad Europea; Flora Tristán; Manuela Ramos; Red Nacional de Promoción de la Mujer; REDESS-Jóvenes; APROPO; INPPARES; la Pontificia Universidad Católica del Perú, la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, y el Instituto de Población de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Barrig, Maruja, *La persistencia*, p. 4.

de siglo, cuando los esfuerzos nacionales e internacionales parecían diseñados específicamente a prevenir tales abusos?<sup>5</sup> En este artículo, demostraré cómo la administración de Fujimori en el Perú “secuestró” el lenguaje feminista global desarrollado en El Cairo y utilizó a las mismas feministas peruanas para promover una política tradicional malthusiana de población, es decir antinatalista, que ponía el desarrollo económico nacional por encima de los derechos humanos de las mujeres. Sin embargo, el Gobierno peruano no pudo silenciar totalmente a las organizaciones feministas que eventualmente recurrieron a mecanismos internacionales para forzar cambios en el programa de planificación nacional y defender los derechos de las mujeres.

El programa de planificación familiar en el Perú bajo la administración de Fujimori es un caso más del uso instrumental de la mujer. La diferencia entre el caso peruano y programas similares en otros países en el pasado es que los actores políticos locales supieron apropiarse y utilizar exitosamente los discursos feministas nacionales y globales para legitimar sus acciones. Es decir, en los casos anteriores el impulso de manipulación vino del exterior, mientras que en el Perú fue una manipulación política gubernamental. La experiencia peruana refleja las formas cada vez más complejas por las cuales las agendas y el vocabulario feminista global y nacional son a veces utilizados con fines antifeministas. También demuestra la necesidad de una supervisión continua y crítica de las acciones del Estado por parte de grupos feministas, incluso cuando estas acciones pueden aparecer como positivas para las mujeres.

El presente trabajo se inicia con una discusión sobre el uso instrumental de la mujer en las políticas poblacionales y económicas nacio-

---

5. Programas de control poblacional históricos incluyen las esterilizaciones a mujeres de Puerto Rico en la década de 1960, esterilizaciones masculinas en la India en los años setenta, la política de un solo hijo de China que se inició en 1979 y Sudáfrica durante el *Apartheid*. Véase Kabeer, Naila, *Reversed Realities*. En cuanto a reformas positivas en la India, China y Sudáfrica como resultado de El Cairo, véase Harberland, Nicole y Diana Measham, eds., *Responding to Cairo*.

nales e internacionales. Luego identifica las condiciones políticas que llevaron a la expansión de los servicios de planificación familiar en el Perú en la década de 1990, un país católico donde la jerarquía eclesiástica había estado históricamente en contra del acceso de la población a métodos artificiales de contracepción. Muestro cómo mientras los documentos oficiales del programa de planificación familiar, así como la publicidad del mismo y los discursos presidenciales, utilizaban los discursos feministas globales sobre derechos reproductivos; los objetivos políticos del Gobierno de Fujimori estaban claramente destinados al control poblacional, especialmente de las mujeres indígenas de menores recursos, antes que comprometidos con la salud reproductiva. Finalmente, analizo la respuesta de las feministas, quienes en una irónica alianza con la Iglesia católica promovieron mecanismos internacionales, específicamente los acuerdos de CEDAW, con el fin de obligar al Gobierno a reformar sus políticas de planificación familiar.

## **I. Los usos instrumentales de la mujer**

El uso instrumental de la mujer en el diseño de políticas económicas y de población tiene una larga historia, tanto entre grupos feministas como entre las agencias internacionales de desarrollo. Con el “uso instrumental de la mujer” me refiero a las políticas dirigidas específicamente a mujeres cuyo objetivo final no es necesariamente beneficiarlas sino reducir los índices generales de pobreza o acelerar el crecimiento económico. Mientras que las feministas se han alejado de las aproximaciones instrumentales desde la década de 1990, los organismos económicos y de población internacionales lo han hecho más lentamente y menos decididamente.

El uso instrumental de la mujer para alcanzar objetivos económicos fue apoyado inicialmente por académicos feministas trabajando en el campo de Mujer y Desarrollo (WID por sus siglas en inglés). En la década de 1970, los promotores de WID abogaron por un acercamiento “equitativo” a las mujeres en los países en vías de desarrollo,

argumentando que el estado subordinado de las mujeres inhibía el desarrollo económico. Dada la resistencia que encontraron al promover el acercamiento “equitativo”, decidieron cambiar su discurso y utilizar una aproximación “antipobreza”, en donde las mujeres de menos recursos de los países en desarrollo serían favorecidas con los programas de reducción de la pobreza.<sup>6</sup> Los promotores de WID encontraron que al relacionar estratégicamente “equidad de género” con “reducción de pobreza” se daba mucho mayor atención al tema en las agendas políticas internacionales.<sup>7</sup> Dirigir programas específicos a las mujeres de menos recursos fue promovido como un medio eficaz de combatir la pobreza.

Para los académicos involucrados en WID el acercamiento “antipobreza” significó una posición de compromiso, en la cual las mujeres por lo menos eran incluidas entre las prioridades políticas internacionales. De manera similar, en la década de 1980, “la aproximación de la eficacia” abogó por el uso de las capacidades productivas de las mujeres como un medio de amortiguar eficientemente los procesos de ajuste económico que experimentó el hemisferio Sur en dicha década.<sup>8</sup> Ambas perspectivas impusieron el tema de la mujer en la agenda política internacional, sin embargo, en ambos casos la mujer era percibida simplemente como un instrumento para lograr metas generales de crecimiento económico y reducción de la pobreza. Se prestaba muy poca atención a los factores del *poder desigual* que causaban la falta de igualdad de género, sobre todo, o a las prácticas generalizadas de discriminación.

En las décadas de 1980 y 1990 una visión instrumental del papel de las mujeres en el desarrollo económico fue también aceptada en las políticas promovidas por los Estados Unidos y las principales instituciones financieras internacionales, tales como el Banco Mundial (BM)

---

6. Moser, Carolina, *Gender Planning and Development*, p. 67.

7. Rasavi, Shahrashoub y Carol Miller, “From WID to GAD”, p. 12.

8. Moser, Carolina, *Gender Planning and Development*, pp. 69-74.

y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Dada la crisis económica por la que atravesaba América Latina en la década de 1980, Estados Unidos —miembro principal del BM y el FMI— jugó un rol central en la promoción de paquetes económicos de ajuste que periódicamente fueron implementados en los países del hemisferio Sur a cambio de garantías para préstamos internacionales. Estos “paquetes” económicos llevaron a los Estados nacionales a trasladar la responsabilidad de muchos programas sociales a las mismas mujeres generándoles mayores cargas económicas, todo ello con el fin de equilibrar las balanzas fiscales y controlar la inflación.<sup>9</sup>

La relación entre control demográfico y desarrollo económico se remonta al año 1798 cuando el economista inglés Thomas Malthus argumentó que el crecimiento descontrolado de la población, estimulado por las clases trabajadoras, rebasaría la capacidad de producción agrícola, conduciendo a una degradación general de los estándares de vida internacionales. Apoyándose en los postulados de Malthus y defensores del control de la natalidad (incluso Margaret Sanger, quien fundó el movimiento estadounidense para el control de la natalidad), las políticas de los Estados Unidos, iniciadas en los años sesenta, relacionaron los esfuerzos de control demográfico en el Tercer Mundo con el desarrollo económico y con la seguridad nacional de los Estados Unidos.<sup>10</sup> Incluso ahora, los Estados Unidos continúan percibiendo el crecimiento demográfico latinoamericano como una amenaza para la seguridad nacional, especialmente por el dramático aumento del número de inmigrantes latinoamericanos como resultado de los conflictos centroamericanos y de la crisis económica regional

---

9. Véase por ejemplo, Elson, Diane, “From survival strategies to transformation strategies”, pp. 26-48; 1992. Elson, Diane, “Male Bias in Structural Adjustment”, pp. 46-48, 1992. González de la Rocha, Mercedes, “The Urban Family and Poverty”, pp. 12-31. Sobre la mujer y la crisis económica del Perú véase Blondet, Cecilia y Carmen Montero, *Hoy, menú popular*.

10. Hartmann, Betsy, *Reproductive Rights*, cap. 6.

en los años noventa.<sup>11</sup> Las mujeres eran percibidas como instrumentos cuyas capacidades reproductivas tenían que ser controladas a fin de servir a la causa del desarrollo económico. El financiamiento del Gobierno de los Estados Unidos contribuyó a desarrollar una “burocracia poblacional”, conformada por instituciones gubernamentales y no gubernamentales de todo el mundo dedicadas al tema de población.<sup>12</sup> Aunque muchas de estas organizaciones internacionales restringieron los discursos coercitivos, mantuvieron una visión instrumental de la mujer, por ejemplo, abogando por la educación de las mujeres como un medio de reducir el crecimiento de la población.<sup>13</sup>

Los principios de Malthus, sin embargo, no sólo fueron influyentes en los Estados Unidos, también tuvieron una presencia regional importante en América Latina y en el Perú, en donde comenzó a ser un lugar común argumentar que la pendiente demográfica indígena, negra y de las familias de menos recursos obstaculizaban el progreso nacional. En las décadas de 1920 y 1930 los emergentes sistemas nacionales de salud de América Latina promovieron tímidamente la Eugenesia con medios técnicos, por ejemplo, imponiendo formalmente el requisito de certificados médicos prenupciales. En la década de 1930 la eugenesia se convirtió también en un componente central de las políticas de inmigración, estando los países latinoamericanos interesados en atraer poblaciones blancas y europeas como un medio de “blanquear” a las poblaciones nativas. Prominentes médicos de la región, como el peruano Carlos Enrique Paz Soldán, promovieron la Euge-

- 
11. Jonas, Susanne, “Rethinking Immigration Policy and Citizenship in the Americas”, pp. 68-85.
  12. Como ha observado Hartmann, Betsy, *Reproductive Rights* e Smyth, Inés, “Gender Analysis of Family Planning”, pp. 217-238, la “burocracia de la población” posee diversas y conflictivas posiciones; sin embargo, en determinados momentos una posición hegemónica emerge.
  13. Para una crítica de la relación entre educación y fertilidad véase Jeffrey, Patricia y Roger Jeffrey, “Silver Bullet or Passing Fancy”, pp. 239-258.

nesia como un medio de mejorar las condiciones físicas y mentales de la población local.

A pesar del dramático crecimiento poblacional experimentado en las décadas de 1940, 1950 y 1960, el Perú no definió claramente una política nacional de población sino hasta la década de 1970. El gobierno militar revolucionario de Juan Velasco Alvarado, quien tomó el poder en 1968, adoptó una política poblacional pro natalista, favorable al crecimiento demográfico. Esta política, que coincidió con la posición oficial de la Iglesia católica, surgió como una reacción a lo que era percibido como una interferencia imperialista de los Estados Unidos, que promovía activamente el control demográfico en América Latina. Sin embargo, el gobierno menos radical del general Francisco Morales Bermúdez invirtió la postura favorable al crecimiento poblacional y delineó en 1976 lo que sería la primera política gubernamental de población en el Perú, que incluía el acceso a la contracepción artificial, consideraba la procreación una decisión de las parejas y abogaba por la “paternidad responsable”; un concepto católico que alentaba a las parejas a decidir ellos mismos libremente el tamaño de sus familias. Esta primera política oficial también endosó las ideas de Malthus, según las cuales el control de la población era un requisito esencial para alcanzar un desarrollo económico sostenido.<sup>14</sup>

No fue sino hasta mediados de la década de 1980, durante el primer año en el Gobierno del presidente Alan García del APRA, que una planificación familiar estatal fue establecida. En 1985 el Gobierno de García aprobó una ley nacional de población, la cual enfatizaba la posición de la Iglesia sobre la paternidad responsable, aunque tam-

---

14. Guzmán, Alfredo, “Para mejorar la salud”, p. 190. La posición de la Iglesia peruana con respecto a la paternidad responsable fue delineada en el documento *Familia y población*, publicado por el Episcopado peruano, 19 de marzo de 1974, citado en Varillas, Alberto y Patricia Mostajo, *La situación poblacional*, esp. p. 380.

bién defendió el derecho al uso de métodos anticonceptivos y los derechos individuales en materia de planificación familiar. En los debates sobre esta ley, el Gobierno aceptó la posición de la Iglesia contra el aborto y las esterilizaciones. El Gobierno posteriormente desarrolló el Programa Nacional de Población 1987-1990, que delineó las metas para reducir los índices de fertilidad y mejorar la cobertura de la contracepción, disponiendo de recursos económicos, aunque limitados, para la puesta en práctica del mismo. Posteriormente se organizaron programas de planificación familiar en la Seguridad Social y en los sistemas de salud pública dirigidos por el Gobierno. Es importante mencionar que el Programa Nacional de Población era un componente del Plan Nacional para el Desarrollo.<sup>15</sup>

## 2. El Cairo y Beijing

Aunque la burocracia y sus programas poblacionales fueron cuestionados por primera vez por los que defendieron los derechos reproductivos de la mujer en la Conferencia Mundial de Población en Bucarest en 1974, solo en 1994, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, realizada en El Cairo, existió un cambio significativo en el discurso oficial de población. De las posturas del control poblacional por razones de seguridad nacional y desarrollo económico, el discurso internacional cambió a una postura que consideraba como prioritarios los derechos reproductivos de la mujer y la equidad de género, además de la regulación de la fertilidad, la ayuda a la infertilidad y el desarrollo de programas sostenibles del medioambiente.<sup>16</sup> El acceso a servicios de salud reproductivos para todos los

---

15. Varillas, Alberto y Patricia Mostajo, *La situación poblacional*, pp. 322-323; Guzmán, Alfredo, "Para mejorar la salud reproductiva"; Varillas, Alberto y Patricia Mostajo, *La situación poblacional*, p. 383.

16. Véase Lane, Sandra, "From Population Control to Reproductive Health", pp. 1303-1314; Smyth, Ines, "Gender Analysis of Family Planning"; y, Presser, Harriet y Gina Sen, *Women's Empowerment and Demographic Processes*.

hombres y mujeres fue un objetivo de los acuerdos. Más aún, los derechos reproductivos fueron relacionados explícitamente a los derechos humanos. La definición de salud reproductiva establecida en El Cairo es una evidencia de esta nueva perspectiva. En El Cairo, la salud reproductiva fue definida como:

[...] un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de enfermedad, en toda materia referente al sistema reproductivo y a sus funciones y procesos. La salud reproductiva por lo tanto implica que la población pueda tener una vida sexual satisfactoria y segura, y tenga la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir cuándo y cómo hacerlo. Implícito en esta última condición está el derecho de hombres y mujeres a estar informados y tener acceso a métodos de planificación familiar confiables y eficaces, así como a otros métodos de control de la fertilidad que no estén en contra de la ley, y el derecho al acceso a servicios apropiados de salud que permitan a la mujer atravesar con seguridad el embarazo y el parto y proveer a las parejas la mejor oportunidad de tener niños sanos.<sup>17</sup>

La Conferencia de El Cairo también definió los derechos reproductivos como “derechos humanos”. Los acuerdos de El Cairo exitosamente colocaron el tema de la salud reproductiva y los derechos de las mujeres en la agenda de población, y fueron exitosos también al eclipsar énfasis anteriores que exageraban los efectos negativos de la “sobrepoblación”.

¿Representó El Cairo un cambio verdadero o la burocracia de la población invocó hábilmente el discurso feminista para complacer a las organizaciones de mujeres y, a la vez, mantener el mismo objetivo tradicional de control de la población? Ines Smyth sugiere que la definición de “derechos reproductivos” para las burocracias de la

---

17. *Programme of Action of the International Conference on Population Control and Development*, capítulo 7, “Derechos reproductivos y salud reproductiva”. El Cairo, 1994, <[www.unfpa.org/icpd/icpd\\_poa.htm#ch7](http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm#ch7)>.

población difiere del uso que le dan las feministas. Ella explica que, mientras la noción de la “autodeterminación en maternidad” llegó a ser central a las definiciones feministas de los derechos reproductivos hacia fines de la década de 1980, las definiciones de las burocracias de la población de la década de 1990 equiparaban los derechos reproductivos con los “derechos de opción del consumidor” en la planificación familiar. En otras palabras, las burocracias de la población interpretaban los derechos reproductivos como una forma de libre mercado antes que como un derecho humano fundamental. Betsy Hartmann, directora del Programa de Población y Desarrollo en Hampshire College, critica los acuerdos de El Cairo pues permiten interpretaciones limitadas y tecnocráticas de la salud reproductiva.<sup>18</sup> Las feministas académicas han expresado su preocupación por el hecho de que conceptos fundamentales del discurso feminista internacional, tales como género y derechos reproductivos, han sido apropiados, manipulados y utilizados instrumentalmente por instituciones e individuos para sus propias agendas, que resultan siendo diferentes a las de la promoción de los derechos de la mujer.

La política de planificación familiar en Perú bajo la administración del presidente Alberto Fujimori ilustra este patrón instrumental. La administración de Fujimori utilizó discursos feministas internacionales sobre salud y derechos reproductivos, y hasta llegó a establecer alianzas con las mismas organizaciones feministas peruanas para llevar adelante una agenda tradicional malthusiana de control de la población. Poco menos de un año después de los acuerdos de El Cairo, Fujimori anunció un cambio importante en la política de población del Perú durante su segundo discurso presidencial inaugural en 1995. Según Fujimori, su gobierno iniciaba una “lucha concertada contra la pobreza”, prometiendo que la planificación familiar desempeñaría un papel crítico en esta nueva iniciativa.

---

18. Smyth, Ines, “Gender Analysis of Family Planning”, pp. 228-230; Hartmann, Betsy, *Reproductive Rights*, pp. 136-139.

La fuerza política de Fujimori en este momento era sólida. Su discurso fue leído ante un Congreso reconstituido y dócil después de que Fujimori cerrara el anterior en 1992. Mientras que el autogolpe del 5 de abril de ese año fue criticado por los observadores internacionales, en el plano local Fujimori fue alabado por tomar una posición firme frente a la peor crisis económica y política en la historia del Perú, donde la inflación había alcanzado los cuatro dígitos, y enfrentado los levantamientos terroristas que habían conducido a una década de conflicto armado interno.<sup>19</sup> Apoyado en esta ola de popularidad, el 15 de setiembre de 1995, Fujimori reforzó su compromiso con la planificación familiar. Participando como el único jefe de Estado masculino que habló en la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer de las Naciones Unidas en Beijing. Fujimori declaró que, “como parte de su política de desarrollo social y lucha contra la pobreza”, su gobierno había “decidido llevar a cabo una estrategia integral de planificación familiar” para enfrentar “abiertamente, por primera vez en la historia de nuestro país, la grave carencia de información y de servicios sobre la materia”.<sup>20</sup>

Este anuncio, realizado en la Conferencia sobre la Mujer realizada en China, de que la planificación familiar sería ampliada fue un intento de Fujimori de ganar el apoyo de las feministas peruanas que ya tenían una notoria visibilidad nacional en 1995, en parte debido a la Conferencia de Beijing y a sus reuniones preparatorias. Fujimori llegó a la conferencia en un momento crítico, cuando instituciones conservadoras, como la Iglesia católica, procuraban frenar algunos de los derechos establecidos en los acuerdos de El Cairo. El discurso de Fujimori apoyaba los derechos reproductivos de la mujer, lo cual le ganó el apoyo de un importante sector de las feministas peruanas,

---

19. En 1990 Perú experimentaba una inflación de 7650 % por año. INEI, *Perú: Compendio estadístico*.

20. Discurso del presidente Fujimori en la IV Conferencia Internacional de la Mujer de las Naciones Unidas, setiembre 15 de 1995, Beijing, China.

aunque otras, menos impresionadas, seguían con mayor cuidado las prioridades de la agenda de Fujimori, que en realidad eran mixtas en materia de derechos de la mujer.<sup>21</sup>

El discurso de Beijing también le generó al Presidente peruano una percepción de ser “democrático” por parte de la comunidad internacional, algo muy necesario para Fujimori. El apoyo abierto a los derechos reproductivos de las mujeres aparentaba ser un gesto democrático, apaciguando a los países que miraban desfavorablemente la disolución del Congreso en el autogolpe de 1992. Debido a ello, USAID había retirado los fondos de dos de sus programas de salud más importantes en el Perú, uno de los cuales era el programa de planificación familiar.<sup>22</sup> El apoyo de agencias bi y multilaterales, como USAID, era imprescindible para el desarrollo del programa de planificación familiar peruano, ya que USAID proveía de importante financiamiento y ayuda técnica para programas de planificación familiar alrededor del mundo, incluyendo el Perú.<sup>23</sup>

En Beijing, el presidente Fujimori, vestido en pantalones vaqueros y zapatos tenis, no solamente alteró el tradicional uso de traje formal para presidentes y delegados de las Naciones Unidas, sino que también quebró la tradicional alianza que existía en el Perú entre el Gobierno y la jerarquía de la Iglesia católica en materia de contracepción artificial. Este cambio significativo en la extensión de los servicios oficiales de planificación familiar en Perú fue posible debido a una

---

21. Alfaro, Rosa María, *Agendas públicas de género, Inicios de una nueva etapa pública*.

22. Entrevista con un ex miembro del Programa de Planificación Familiar, anónimo 6, agosto 12, 1998, Lima. Todas las entrevistas fueron hechas por la autora.

23. La asociación entre democracia y derechos de la mujer tuvo una resonancia importante durante la transición a la democracia ocurrida en la región a fines de la década de 1980. Véase por ejemplo, Kirkwood, Julieta, *Ser política en Chile*; Waylen, Georgina, “Women and Democratization”, pp. 327-354; Frohman, Alicia y Teresa Valdés, “Democracy in the Country and in the Home”, pp. 276-301.

larga historia de tensión entre el Gobierno de Fujimori y la jerarquía católica peruana. Aunque la jerarquía católica se opone a la contracepción artificial en general, se opone particularmente a las formas quirúrgicas de contracepción, que perciben como una mutilación del cuerpo. Debido a la oposición de la Iglesia católica, hasta setiembre de 1995, la esterilización quirúrgica era considerada ilegal en el Perú, excepto en casos en donde el embarazo implicara algún riesgo mortal. Días antes de la Conferencia de la Mujer de Beijing, un congreso dominado por Fujimori aprobó la legislación que legalizó la “anti-concepción quirúrgica voluntaria”, creando una mayor distancia entre la Iglesia y el Gobierno.<sup>24</sup> El anuncio en Beijing de Fujimori parecía ir dirigido directamente a la Iglesia, acusando a la jerarquía de la misma de impedir a toda costa que el Estado peruano llevase adelante una política de planificación familiar moderna y racional que ayude a “los sectores más pobres de la población”.<sup>25</sup>

Este discurso, que retrataba a su gobierno como moderno y a la Iglesia como irracional y anticuada, aumentó las tensiones entre ambos, y condujo a obispos peruanos a proclamar que la iniciativa de la planificación familiar del Gobierno era una oferta “satánica” que convertiría al Perú “en un prostíbulo”.<sup>26</sup> A pesar de la oposición vehemente de la Iglesia, el Gobierno procedió a ampliar el acceso a los servicios anticonceptivos, incluyendo vasectomías y ligaduras de trompas.

---

24. La contracepción quirúrgica voluntaria se legalizó con modificaciones a la Política Nacional de Población (Ley n.º 346), aprobada el 7 de setiembre de 1995, días antes de la Conferencia de Beijing. El debate en el Congreso respecto a dicha ley incluyó conflictos con la Iglesia católica y objetivos de reducción de la pobreza. Congreso de la República, *Diario de Debates*, pp. 436-535.

25. Presidente Fujimori a la IV Conferencia Mundial de la Mujer de las Naciones Unidas.

26. Citas de obispos en: “Peru’s Family Planning”, p. II.

### 3. ¿Salud reproductiva o control malthusiano de la población?

A pesar de los conflictos con la Iglesia, el hecho de colocar la planificación familiar dentro de su “lucha más amplia contra la pobreza” hizo evidente que Fujimori entendía la planificación familiar como un medio de reducción de la pobreza, más que como un derecho de la mujer. Sin embargo, su uso de foros feministas internacionales, tales como el de Beijing, creó la impresión de que su política crearía un balance entre los objetivos de reducción de la pobreza y los derechos reproductivos, especialmente porque Fujimori citó explícitamente los acuerdos de El Cairo en los documentos relacionados a la política de población peruana.<sup>27</sup>

El programa revisado, delineado en el documento *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1996-2000* estaba en gran parte alineado con el programa de acción aprobado en El Cairo y dirigido no solo a revisar los programas peruanos de planificación familiar anteriores.<sup>28</sup> El programa revisado definía la salud reproductiva de una manera muy similar a El Cairo, como “la condición de completo bienestar físico, mental y social que los hombres y las mujeres requieren para desarrollar sus funciones reproductivas con seguridad durante todos los períodos de la vida”.<sup>29</sup> Este plan consideraba la planificación familiar una prioridad dentro de la salud reproductiva. La única modificación visible con respecto a El Cairo estaba en la referencia al concepto católico de “paternidad responsable” y en la inclusión de formas “modernas y seguras” de anticoncepción.

---

27. Véase por ejemplo el Decreto Supremo n.º 055-97-PCM, la ley que creó el COORDIPLAN, como legislación posterior, Decreto Supremo n.º 011-98-PROMUDEH.

28. Entrevista con anónimo 6.

29. Ministerio de Salud, *Programa de Salud Reproductiva*, p. 5.

Este plan también tomaba de El Cairo la equidad de género como una meta a ser alcanzada, apoyando los mismos derechos para ambos sexos e “incorporando aquellas prácticas rutinarias de salud que ayuden a disminuir las barreras que limitan el acceso de las mujeres al cuidado de salud de calidad”. En el plan también se hace referencia a las tentativas de asegurar mejores interacciones entre los que brindan los servicios de salud y los pacientes, la calidad de la atención y el respeto por la autodeterminación de los clientes dentro de sus valores culturales. Finalmente, según lo anteriormente observado, por primera vez, el programa de planificación familiar incluyó la esterilización como una opción anticonceptiva.<sup>30</sup>

Mientras que en gran parte las normas y los planes del régimen peruano reflejaban los acuerdos de El Cairo, el documento contuvo algunos defectos importantes y debilidades significativas, errores, sobre todo referidos a las metas en la provisión de servicios, que fueron identificados posteriormente por la Defensoría del Pueblo. La Defensoría encontró que en estas metas, la extensión de los servicios de planificación familiar era extremadamente alta e iban en contra de los derechos reproductivos de las mujeres porque solo podían conseguirse parcial e inadecuadamente en los plazos previstos que eran muy cortos. Entre las 15 metas para la provisión de servicios, la Defensoría pidió un cambio en tres de ellas en marzo de 1998, después de una investigación hecha por la Defensoría del Pueblo, el Congreso y una comisión especial nombrada por el Ministerio de Salud. Los cambios comprendían modificar la meta de “alcanzar” un 50% de cobertura de contracepción femenina en sus años fértiles y 70% de mujeres en sus años fértiles en pareja, a “hacer el esfuerzo de alcanzar” igual número de mujeres. En su segunda modificación, la meta original de hacer la contracepción disponible al 60% de las mujeres adolescentes que tuvieran pareja también fue modificado a “evitar embarazos adoles-

---

30. Ministerio de Salud, *Programa de Salud Reproductiva*, pp. 30; 28-29.

centes no deseados”. La tercera modificación revisaba la meta de asegurar que toda mujer que dé a luz en un hospital público se retirara usando algún método de protección, a brindar información posparto respecto a los métodos de planificación familiar disponibles. Asimismo, los recursos asignados eran inadecuados y la planificación familiar fue aislada de otros programas que trataban aspectos de la salud reproductiva, tales como salud adolescente, el cuidado médico de las mujeres, el cuidado infantil, SIDA y las enfermedades sexualmente transmitidas, y cáncer cervical.<sup>31</sup>

El programa de Planificación Familiar en su estado revisado parecía reflejar los acuerdos de El Cairo. Además de la retórica del presidente Fujimori sobre los derechos de las mujeres y el eco de El Cairo, la publicidad del programa de planificación familiar aparecía como feminista al acentuar los derechos de las mujeres y de las parejas a elegir el número de sus hijos. Un anuncio periodístico para el programa señalaba: “Hay los que todavía no entienden que las mujeres peruanas, o las parejas en el Perú, tienen el derecho a elegir”.<sup>32</sup> Estos factores transmitían la imagen de un programa progresista que favorecía libertades individuales y el bienestar reproductivo para las mujeres y los hombres.

Mientras tanto, otros documentos revelan que los altos mandos del Gobierno de Fujimori —es decir, la Presidencia y la oficina del Primer Ministro— entendían la planificación familiar principalmente como una herramienta para el desarrollo económico. Es decir, con poca atención o respeto para la promoción de la salud o los derechos reproductivos. El hecho de que en un alto ámbito político la

---

31. Véase Ministerio de Salud, *Programa de Salud Reproductiva*, pp. 26-27 para el original y Resoluciones Ministeriales 089-98-SA/DM y 076-98-SA/DM para las modificaciones. Información sobre los otros programas, de Anónimos 6, entrevista.

32. Avisos como éste fueron frecuentes en 1998. Publicidad de una página entera A3 de *El Sol*, 21 de enero de 1998.

esterilización fuera privilegiada sobre otras formas de contracepción fue algo que iba contra las normas de salud reproductiva convenidas en El Cairo, que favorecían la libertad de elegir, y revela la intención fujimorista de enfatizar el control poblacional. El documento oficial más importante titulado *Lineamientos básicos de la política social*, elaborado en noviembre de 1993 por el despacho del Primer Ministro, resume las ideas oficiales sobre las tendencias demográficas y económicas del Perú. Su argumento principal es que un crecimiento demográfico descontrolado rebasaría la capacidad de la economía nacional de proporcionar empleo adecuado y servicios sociales básicos. Aunque este documento no ofrece una estrategia específica para el control de la población, proporciona la justificación para tal política.<sup>33</sup>

Otro documento oficial importante *Política social: situación y perspectivas* discute los servicios de planificación familiar más explícitamente, como uno más de un número de bienes que se distribuirán a las comunidades más pobres. Esta perspectiva tenía el potencial de ampliar el acceso a los métodos de planificación familiar a la población de menores recursos, que no había sido previamente beneficiada. Sin embargo, el documento también demuestra la clara preferencia del Gobierno por la esterilización sobre otros métodos de planificación familiar. De los trece indicadores empleados para medir el éxito de las políticas sociales se utilizó el número de “gente que opta por un método permanente de planificación familiar”.<sup>34</sup> No se proporcionaban indicadores para cualquier otra forma de anticoncepción. Así, el

---

33. “Lineamientos básicos de la política social”. Lima: Primer Ministro, noviembre de 1993.

34. “Política social: situación y perspectiva a agosto de 1997”. Documento de trabajo. 21 de agosto de 1997. Informe interno de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales. Apéndice 3 titulado: “Comisión Interministerial de Asuntos Sociales: Indicadores de Seguimiento”. Ni las ligaduras de trompas ni las vasectomías son técnicamente irreversibles. Sin embargo, la cirugía requerida para revertir estos procedimientos es inaccesible a los pobres del Perú.

número de las esterilizaciones quirúrgicas realizadas se convirtió en uno de los trece criterios para la evaluación de la lucha contra la pobreza de la Administración de Fujimori.<sup>35</sup>

Claramente, las metas fundamentales del programa de planificación familiar de Fujimori eran el desarrollo económico y la reducción de la pobreza, y no la salud o los derechos reproductivos. La lógica del Gobierno era que una reducción en la población conduciría a un aumento en el PBI per cápita. Así, el control del cuerpo de la mujer era el interés principal de una elite política mayoritariamente blanca y masculina, como un medio de alcanzar sus metas de desarrollo económico.

Estas metas políticas contribuyeron al número significativo de abusos que existió en el programa. El Presidente presionó a los profesionales del programa de planificación familiar a cumplir con las metas de esterilización, y las precarias condiciones de trabajo de los empleados de la Salud del Estado condujeron a una baja calidad en la atención y a los abusos de derechos humanos. Los documentos discutidos anteriormente muestran cómo el Estado utilizó el número de mujeres esterilizadas como un indicador del éxito del programa contra la pobreza. Un ex funcionario del programa narró de qué forma el doctor Eduardo Yong Motta, consejero principal del Gobierno en el tema de la planificación familiar, designado por el mismo Presidente, entraba en contacto semanal con los funcionarios del programa para fijar las cuotas crecientes de esterilizaciones quirúrgicas. Además, el

---

35. "Política social: situación y perspectiva a agosto de 1997". Documento de trabajo. 21 de agosto de 1997. Informe interno de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales. Apéndice 3 titulado: "Comisión Interministerial de Asuntos Sociales: Indicadores de Seguimiento". Un ex funcionario del programa de planificación familiar también me indicó que la esterilización quirúrgica era considerada la opción más eficiente de acuerdo con el costo de proveer planificación familiar. Entrevista con anónimo 6. Barrig, Maruja, *La persistencia*, también encontró esta conexión.

Presidente o el doctor Yong Motta asistieron a las reuniones semanales del programa para monitorear los logros alcanzados. Fujimori incluso se reunía directamente con los directores subregionales del sistema de salud nacional para promover esterilizaciones quirúrgicas en el ámbito local.<sup>36</sup>

Otro factor que contribuyó a las muchas presiones de esterilizar a mujeres era la posición precaria de los empleados de la Salud del Estado, que se encontraban laborando en gran parte bajo contratos renovables de muy corto plazo, sujetos a la productividad. De esta manera se creaba inseguridad, inestabilidad y condiciones para que las presiones de las autoridades sobre estos trabajadores de salud sean eficaces. Si las cuotas de esterilización no se alcanzaban, estos empleados corrían el riesgo de perder sus trabajos en un momento en que los profesionales de la Salud parecían ser abundantes en el Perú, pero los puestos de trabajos, escasos. Además, los trabajadores recibían incentivos financieros para alcanzar o superar las cuotas fijadas en las campañas locales de esterilización.<sup>37</sup>

Un análisis de la propaganda del Gobierno revela que fueron solo los cuerpos de las mujeres *pobres e indígenas* los objetivos de estas campañas y del programa de planificación familiar en general. Al contrario de la publicidad feminista antes descrita, esta propaganda no fue distribuida a todos los peruanos sino solo entre los pobladores de

---

36. Entrevista, anónimo 6.

37. Para los testimonios de médicos sobre estos tipos de contratos laborales véase: “Médico admite campaña del Gobierno”. A14, *El Comercio*, 23 de febrero de 1998 y “Denuncian en EEUU plan de esterilización”. 3A *El Sol*, 25 de febrero de 1998. Estas campañas e incentivos financieros están registrados en tres volúmenes de reportes publicados por la Defensoría del Pueblo, *Anticoncepción quirúrgica voluntaria I; La aplicación II*, y *La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos III, casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, Informe Defensorial 69. Están asimismo bien documentados en la prensa peruana, y he presenciado personalmente incentivos financieros cuando visité puestos de salud rurales en 1999.

menos recursos y a los pacientes de hospitales y clínicas públicas, adonde acuden las personas de menores recursos, y donde se enfatizaba la idea de que a más hijos, mayor pobreza.

Los carteles y los grandes calendarios que colgaban en las áreas de espera de las clínicas del Estado mostraban dos contrastes en los barrios pobres de Lima: por un lado una familia limpia y feliz con un niño y una niña, en una casa con un jardín verde muy bien cuidado. Por el otro lado, aparecía un cuadro de una familia triste con muchos niños en una vecindad polvorienta y sucia. La leyenda del cartel decía: “Solamente usted puede decidir cuántos niños tener” (véase figura 1). Ocasionalmente, estos carteles solo mostraban a las familias tristes con el lema: “[...] para la vida y la salud. PLANIFICACIÓN FAMILIAR. Solamente usted puede decidir”.

Las imágenes que ponen en contraste la vida urbana de la clase pobre y la clase media enviaban el mensaje de que el control de la fertilidad podía conducir a una elevación en el estatus de clase social. Solamente personas adineradas de Lima podían gastar el dinero suficiente para mantener los céspedes, las flores y los árboles verdes debidamente irrigados representados en las fotos de la campaña. Los niños en estas imágenes vestían uniformes de escuela y sostenían libros en sus brazos, sugiriendo que sus padres habían podido comprar los uniformes y los materiales.

En una provincia rural en el departamento de Ayacucho, los afiches de la campaña mostraban una versión rural de esta yuxtaposición familia larga/familia pequeña. Mientras la versión urbana enfatizaba el tema de la pobreza, la propaganda en las áreas rurales estaba claramente racializada. En la parte derecha de la propaganda, en el centro de la “O” en la palabra “No”, una familia típica rural indígena de las alturas era representada, con la madre y la hija vistiendo las faldas tradicionales y el pelo largo y trenzado. Las caras de los padres expresan el pánico y el agotamiento que aparentemente les causaban los cinco niños que los rodeaban, incluyendo uno trepado en la espalda del padre. La propaganda ponía en contraste esta familia de siete miembros

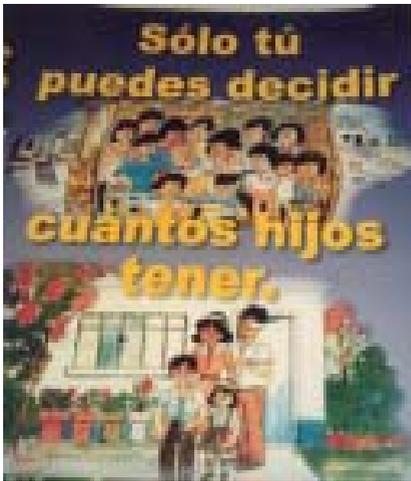


FIGURA I.

*Las imágenes que ponen en contraste la vida urbana de la clase pobre y la clase media enviaban el mensaje que el control de la fertilidad podía conducir a una elevación en el estatus de clase social.*

con una familia de cuatro que parece ser de descendencia europea. Los padres eran altos y blancos, la madre con el pelo corto y rubio, vistiendo al estilo occidental (algo muy poco práctico para el trabajo agrícola que era físicamente exigente en las zonas rurales de Ayacucho). Finalmente, la familia blanca tenía dos niños y ninguna niña (las niñas son menos valoradas en las áreas rurales del Perú, pues en parte se consideran una carga). La propaganda utilizada inducía a pensar que la planificación familiar podría conducir solamente a tener hijos varones (véase figura 2).

Los afiches proyectaban un mensaje racial: controlando su fertilidad uno vive feliz, y ser feliz implica abandonar patrones culturales tradicionales y adoptar la cultura blanca Occidental. La transformación propuesta es también una cuestión de género. En el Perú rural son las mujeres las que más protegen y preservan sus tradiciones culturales indígenas, por ejemplo, en las fotos utilizadas por la campaña sólo la madre y la hija en la familia indígena mantenían sus vestidos tradicionales. La transición propuesta a la “cultura blanca Occidental” significaba en realidad una carga mucho mayor sobre las mujeres, que han sido más resistentes a abandonar sus tradiciones culturales.



FIGURA 2. Los afiches proyectaban un mensaje racial: controlando su fertilidad uno “vive feliz”, y ser feliz implica abandonar patrones culturales tradicionales y adoptar la cultura blanca occidental.

Las campañas de esterilización apuntaron directamente a las mujeres más pobres y menos educadas que tenían poco acceso a la anticoncepción artificial por métodos temporales y que podían ser engañadas más fácilmente por los miembros del personal de Salud del programa que intentaban satisfacer cuotas para recibir recompensas financieras. Esto iba en contra no sólo del consentimiento voluntario e informado para las esterilizaciones sino que además reflejaba las perspectivas clasistas y racistas de la elite peruana de dónde provenían los que diseñaron estas políticas.

#### 4. Aliados disconformes

En 1996 y 1997 Giulia Tamayo, una abogada feminista de derechos humanos del Comité de América Latina y el Caribe para la Defensa de los Derechos de la Mujer (CLADEM), fue la primera en exponer

los agravios a los pacientes del programa de planificación familiar del Gobierno. Su informe documenta 243 casos de esterilización bajo circunstancias cuestionables en 19 departamentos<sup>38</sup> y llevó a la Defensoría del Pueblo del Perú a iniciar una completa investigación del programa. Esta investigación reveló deficiencias sistemáticas para obtener el consentimiento voluntario e informado para la esterilización quirúrgica.<sup>39</sup> De 157 casos investigados en 1999, 41 no tenían ningún procedimiento de consentimiento en absoluto. De los 90 casos que ocurrieron cuando un procedimiento del consentimiento formaba parte de la política del programa, este no fue utilizado por el personal de salud en 71 casos.<sup>40</sup> Finalmente, de los 19 casos donde el procedimiento de consentimiento fue utilizado, la forma fue completada correctamente sólo once veces. Las formas para el consentimiento y los manuales actualizados en procedimientos de esterilización no fueron preparados ni distribuidos antes de lanzar el programa, y cuando fueron producidos, no fueron distribuidos a todos los centros y postas de salud de una manera oportuna. Inclusive, en algunos centros nunca fueron entregados. Por otra parte, en su investigación, la Defensoría encontró 27 formas diversas de consentimiento, muchas de las cuales eran confusas.<sup>41</sup>

La Defensoría investigó 24 casos de muerte o de lesión seria como resultado de las esterilizaciones quirúrgicas y encontró que la mayoría se produjo por la baja calidad de atención. La mayoría de muertes se

---

38. CLADEM, *Nada personal*.

39. La Ley General de Salud del Perú (Ley n.º 26842) aprobada en julio de 1997, especifica el derecho de los pacientes a consentir un procedimiento médico antes que se realice la misma, excepto en una emergencia.

40. Los 26 casos restantes involucraban quejas acerca de procedimientos que no requerían consentimiento.

41. Defensoría del Pueblo, *La aplicación II*; entrevista con una obstetra de un centro de salud, 23 de febrero de 1999, Ayacucho; Julissa Mantilla miembro del staff de la Defensoría, comunicación personal, 20 de enero de 1999, Lima.

debió a una carencia de condiciones higiénicas, infecciones sanitarias, pobres prácticas médicas, incluyendo daño a otros órganos corporales durante el procedimiento, o una carencia del cuidado postoperatorio, entre otras razones. Entre 1996 y 1998, la Defensoría del Pueblo documentó 16 muertes como resultado de las esterilizaciones o un índice de 7.35 muertes por cada 100,000 operaciones.<sup>42</sup>

Algunas tentativas fueron organizadas para frenar los abusos en el programa de la planificación familiar, pero los miembros del partido oficialista o los ministros negaban cualquier actuar incorrecto. Dos mujeres del Congreso (Beatriz Merino del Frente Independiente Moralizador, y Anel Townsend de Unión Por el Perú) exigieron que la Comisión de la Mujer del Congreso investigara los abusos y las cuotas para las esterilizaciones. La Comisión de la Mujer del Congreso comenzó una investigación, incluyendo visitas de sus miembros a los centros de salud.<sup>43</sup> Sin embargo, la presidenta de esta comisión, Luz Salgado, perteneciente al partido del presidente Fujimori (Cambio 90/Nueva Mayoría), defendió el programa y negó vehementemente la existencia de cuotas.<sup>44</sup> El Ministro de Salud hizo lo mismo cuando fue invitado para atestiguar en el Congreso.<sup>45</sup>

---

42. Defensoría del Pueblo, *La aplicación II*, p. 289. En comparación, el riesgo por ligaduras de trompas en Estados Unidos es de 3.9 por cada 100,000 procedimientos. Las vasectomías tienen un riesgo menor, de 1 por cada 100,000. Véase Smith, Gregory, George Taylor y Kevin Smith, "Comparative Risks and Costs", pp. 370-374.

43. "Comisión de la Mujer visitó centros de salud". A4, *El Comercio*, 26 de enero de 1998.

44. "Congresistas piden investigar campañas de esterilización". A4 *El Comercio*, 13 de enero de 1998.

45. "Comisión de la Mujer visitó centros de salud". A4, *El Comercio*, 26 de enero de 1998; "Congresistas piden investigar campañas de esterilización". A4, *El Comercio*, 13 de enero de 1998; presentaciones a cargo del ministro de Salud Marino Costa Bauer ante la Comisiones de Salud, Población y Familia y Mujer, Desarrollo Humano y Deportes del Congreso, 16 de enero de 1998 y 10 de

Organizaciones en la sociedad civil recurrieron entonces a medios del exterior para exigir cambios en la política de la planificación familiar del Gobierno peruano. Entonces, una alianza inusual se opuso al programa: la jerarquía Católica y las feministas peruanas.<sup>46</sup> Juan Julio Wicht, un destacado intelectual y sacerdote peruano activo en debates sobre población, señaló en una entrevista en 1998: “Las instituciones y los partidos políticos se encuentran muy debilitados. Todo lo que queda es la prensa y los medios de comunicación”.<sup>47</sup> Efectivamente, pocos mecanismos de supervisión existían en el Perú de 1998-1999, cuando el régimen de Fujimori se había vuelto más autoritario. Para las feministas, la tarea de responder a los abusos del Gobierno era más complicada por su alianza implícita con Fujimori desde Beijing y su contrato explícito con el Estado y las agencias internacionales de población en la Mesa Tripartita.

La jerarquía de la Iglesia católica, que se había opuesto al programa de planificación familiar desde el comienzo, aprovechó los informes de la prensa sobre abusos en el programa para lanzar su propia campaña contra los servicios de planificación familiar proporcionados por el Gobierno. La jerarquía de la Iglesia expuso historias de abusos en el programa de planificación familiar y las envió a los medios de comunicación. El cardenal Augusto Vargas Alzamora apareció en los noticieros de la televisión e hizo declaraciones frecuentes a los principales periódicos denunciando el programa de planificación familiar.<sup>48</sup>

---

marzo de 1998 respectivamente. Véase también “Entrevista a Marino Costa Bauer”. *El Comercio*, 3 de abril de 1998.

46. Otros grupos luego se unieron: el Colegio Médico del Perú y USAID. Mi discusión se limitará a la labor de las feministas y la Iglesia.
47. Entrevista a Juan Julio Wicht, 13 de noviembre de 1998, Lima.
48. Cardenal Vargas fue entrevistado en el programa “Panorama” de Panamericana Televisión, 12 de abril de 1998. Véase también “La ley divina está por encima de las leyes humanas”, A9, *El Comercio*, 8 de mayo de 1998. Sobre Cipriani véase “La sociedad debe proteger la vida”, II *Cambio*, 5 de abril de 1999.

Alzamora y su sucesor, el cardenal Juan Luis Cipriani, también utilizaron las misas dominicales para poner a la opinión pública contra el programa de planificación familiar y ejercer presión sobre el Gobierno de Fujimori. Además, miembros religiosos en el Congreso, tales como Rafael Rey, un integrante de la agrupación conservadora católica Opus Dei, exigieron una investigación del programa.<sup>49</sup>

Una serie de factores comprometieron las respuestas de las feministas peruanas a los abusos del programa de planificación familiar.<sup>50</sup> Primero, las feministas tuvieron el dilema de tener que confrontar un programa por el cual habían abogado por décadas. Las críticas al programa de planificación familiar corrían el riesgo de dañar la causa de los derechos reproductivos en la opinión pública y colocar a las feministas en la incómoda e inusual posición de estar de acuerdo con la jerarquía católica. En segundo lugar, ellas hicieron poco frente al reto político de criticar un gobierno muy popular. Tercero, las feministas y sus organizaciones estuvieron muy divididas. Mientras el Gobierno de Fujimori había sido consistentemente popular, también había polarizado a la sociedad peruana, incluyendo a las mismas feministas. Entre las opositoras feministas de Fujimori, algunas sentían que los problemas en el programa de planificación familiar eran secundarios a la lucha más grande contra un régimen autoritario.<sup>51</sup> Las posiciones de las feministas fueron complicadas aún más por la participación de tres organizaciones feministas importantes de Perú: Manuela Ramos, Flora Tristán y la Red Nacional de Promoción de la Mujer, en la llamada Mesa Tripartita que tenía un auspicio oficial. Estas organizaciones

---

49. "Demandan que se paralicen campañas de esterilización", A4 *El Comercio*, 26 de enero de 1998.

50. Entrevistas con Celeste Cambria y Frescia Carrasco, 15 de abril de 1998, Lima y 16 de marzo de 1998, Lima, ex representantes de Flora Tristán y Manuela Ramos respectivamente en la Mesa Tripartita.

51. Entrevista con Ana Gúezmes, 28 de junio de 2005, Lima. Esta posición era especialmente fuerte entre las feministas de Flora Tristán.

feministas fueron atrapadas en una red de relaciones políticas y financieras con el Estado peruano y las agencias internacionales de población. Su dependencia de buenas relaciones con el Estado y de la ayuda financiera de las agencias internacionales de la población comprometió su capacidad de actuar independiente, directa y rápidamente contra los abusos en el programa de planificación familiar del Estado.

La Mesa Tripartita fue pensada para representar los intereses del Estado, las agencias internacionales y la sociedad civil en la determinación de los pasos necesarios para implementar los acuerdos de El Cairo.<sup>52</sup> Los primeros pasos de la Mesa, entre 1997 y 1998, consistieron en identificar las actividades existentes del Gobierno, la sociedad civil y las agencias internacionales en el campo de la salud reproductiva. Se esperaba que esta información fuera luego distribuida a los tres sectores. Asimismo, los tres sectores representados en la Mesa debían decidir qué aspectos de los acuerdos de El Cairo debían ser puestos en ejecución inmediatamente.<sup>53</sup> Finalmente, la Mesa desarrolló indicadores y mecanismos para supervisar la puesta en práctica de los acuerdos.

Algunas feministas sentían que el espacio de la Mesa permitía a “[...] las feministas incorporarse y presentar iniciativas, además de promover la discusión”. La Mesa fue considerada por estos sectores como un medio de influencia de un régimen autoritario cerrado a las opiniones y presiones de la sociedad civil.<sup>54</sup> Éstas entendieron la Mesa como un medio para hacer responsable al Estado ante los acuerdos de El Cairo. Algunas feministas fuera de la Mesa discreparon con dicha premisa en su conjunto, argumentando que los derechos reproductivos no podían ser negociados.

---

52. Entrevista con Frescia Carrasco de Manuela Ramos, 16 de marzo de 1998, Lima.

53. Entrevista con Celeste Cambria Rosset y de Flora Tristán, 15 de abril de 1998, Lima, y entrevista con Carrasco, 1998.

54. Entrevista con Carrasco, 1998.

Cuando los abusos en el programa de planificación familiar salieron a la luz, las feministas en la Mesa se enfrentaron con la difícil tarea de exigir la responsabilidad del Gobierno, mientras que buscaban preservar la institución de la Mesa como un medio de importante acceso para la información, la comunicación y la negociación. Algunas feministas en la Mesa sentían que su papel era defender el programa de la planificación familiar del Estado. Según uno de los miembros:

[en la Mesa Tripartita] la mayoría de gente no tenía una idea clara de su papel como “sociedad civil”; por el contrario, tenían la idea de que “somos todos parte del programa de planificación familiar” y, por lo tanto, los enemigos del programa son nuestros enemigos.<sup>55</sup>

La Organización No Gubernamental Manuela Ramos tenía el particular dilema de tener que mantener buenas relaciones con el Ministerio de Salud para el éxito de Reprosalud, su proyecto de salud reproductiva, que tenía un presupuesto de millones de dólares, mientras que simultáneamente defendía los derechos de las mujeres. Más aún, Reprosalud era financiado por USAID, que también era parte de la Mesa. USAID estaba preocupada con el programa de planificación familiar peruano, pero como una agencia bilateral, prefirió continuar trabajando con el Gobierno para mejorar el programa.<sup>56</sup> Dada la relación de Manuela Ramos con el Estado y con USAID, criticar abiertamente al programa les resultaba bastante riesgoso.<sup>57</sup> De manera

---

55. Miembro no nombrado de la Mesa, citado en Barrig, Maruja, *La persistencia*.

56. Comunicación personal con un miembro de USAID en Lima, julio del 2000.

57. Reprosalud era un proyecto de salud reproductiva financiado por USAID, y fue la mayor suma de dinero alguna vez entregada a una ONG peruana. Miembros de Manuela Ramos que entrevisté en junio de 2005 no estaban de acuerdo en cómo Reprosalud afectaba la capacidad de Manuela Ramos de criticar el programa: algunas sintieron que no incidía, mientras otras sintieron que criticar abiertamente al programa podía afectar la relación de Manuela Ramos con los centros de salud locales.

similar, la Red Nacional de Promoción de la Mujer recibía una buena porción de su financiamiento de UNFPA, que dirigía la Mesa Tripartita.<sup>58</sup> La respuesta de UNFPA a los abusos en el programa de planificación familiar fue trabajar más de cerca con los administradores del Gobierno para mejorar el programa, antes que criticarlo.<sup>59</sup> Dada la dependencia de la Red Nacional en el financiamiento de UNFPA, fue influenciada por ésta.<sup>60</sup> Así, para algunas organizaciones feministas, la conexión con el Estado y con las agencias internacionales que la Mesa proporcionó, diseñada inicialmente para darles más poder a las feministas, terminó minando su autonomía y su capacidad crítica.

Las tres ONG feministas en la Mesa procuraron trazar una compleja línea media. Intentaron proteger avances en la planificación familiar mientras que también empujaban a la Mesa a responder a los problemas en el programa. Algunos siguieron la línea de UNFPA e intentaron utilizar la Mesa para trabajar con el Gobierno para mejorar sus prácticas de planificación familiar. Las organizaciones feministas discutieron si cada caso de esterilización donde los procedimientos utilizados no estaban claros debía ser traído a la Mesa o si estos casos se debían llevar directamente a la Defensoría del Pueblo para una mayor investigación.<sup>61</sup> Eventualmente y dada la presión de otras organizaciones feministas, las feministas en la Mesa hicieron más abiertas sus críticas. Los representantes de Manuela Ramos, por ejemplo, pidieron eventualmente la dimisión del Ministro de Salud. En el balance

---

58. Entrevista con Rogelio Fernández Castilla, Representante de UNFPA-Perú, 16 de mayo de 1998.

59. La representante de UNFPA Perú explicó en una entrevista en 1998: “Creo que la estrategia del programa de planificación familiar del Gobierno es clara: dar opciones a las que no las tienen [...] proveen una herramienta importante de empoderamiento”. Entrevista con Rogelio Fernández Castilla, representante de UNFPA-Perú, 16 de mayo de 1998.

60. Observación de Nancy Palomino, junio de 2005.

61. Comunicación personal, María Jennie Dador, 29 de junio de 2005, Lima.

final, sin embargo, estas organizaciones feministas respondieron a los abusos en la planificación familiar con lentitud. La red de relaciones que tenían con el Estado y las agencias internacionales de población comprometió su capacidad de exigir al Gobierno su responsabilidad ante los acuerdos de El Cairo.

Fueron los grupos feministas no implicados con la Mesa los que criticaron más duramente los abusos en el programa de planificación familiar. Algunos grupos hicieron *lobby* en el Congreso para interpellar a los ministros. Algunos apoyaron a la Defensoría del Pueblo en un esfuerzo de consolidar a esta institución como un mecanismo central de “control horizontal” en donde una institución estatal “controlaría” las acciones de otras instituciones del Estado.<sup>62</sup> La Defensoría documentó los casos de muerte, de consentimiento mal informado y otras irregularidades en el programa. Puso la información disponible al público y habló como un ente estatal independiente del Gobierno, exigiendo el fin de las campañas de esterilización, un período de espera antes de las cirugías y la revisión de algunos documentos del programa de planificación familiar. Sin embargo, las capacidades de la Defensoría estaban limitadas a publicar y a denunciar los errores del Gobierno, mas no podía castigar a los responsables.

Finalmente, CLADEM y un consorcio de las ONG peruanas más pequeñas abogaron ante una agencia internacional de responsabilidad de las Naciones Unidas para forzar al Gobierno a explicar su programa de planificación familiar. El Comité de Naciones Unidas para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, que supervisa la adherencia de los signatarios a CEDAW, invitó al Perú a justificar su política de planificación familiar, después de recibir un informe crítico sobre la política preparada por la oficina de Lima de CLADEM, el Centro para la Legislación y las Políticas Reproductivas de Nueva York y la oficina de Lima de DEMUS (Estudio para la Defensa de los De-

---

62. Comunicación personal, Giulia Tamayo, 20 de abril de 1998, Lima.

rechos de la Mujer).<sup>63</sup> El Gobierno envió representantes del Ministerio de la Mujer para responder a las preguntas. Por primera vez el Gobierno de Fujimori fue forzado a justificar su programa públicamente. Mientras que la acción de las Naciones Unidas fue enérgica al demandar del Gobierno peruano explicaciones claras sobre su programa, este acercamiento entre Fujimori y las organizaciones internacionales dependía de la aceptación voluntaria de Perú de formar parte de estos acuerdos internacionales y no garantizó su cumplimiento en el futuro. Las feministas que hablaron contra el Gobierno lo hicieron en un contexto político cada vez más autoritario. La situación crítica al régimen se hizo más difícil porque a fines de los años noventa el Gobierno de Fujimori censuró muchos de los medios de comunicación masiva, y negó a sus opositores derechos civiles y humanos básicos. En 1998, Giulia Tamayo, la activista que fue la primera en exponer la historia de abusos en el programa, fue amenazada físicamente; un grupo de personas ingresó a su hogar y sustrajo los videos de los testimonios que ella había recolectado y que evidenciaban acciones incorrectas en el programa de planificación familiar.

Curiosamente, las voces de las mujeres más afectadas no se escucharon en los debates de planificación familiar de la década de 1990. Las mujeres pobres, rurales e indígenas no se organizaron colectivamente para expresar sus opiniones sobre la política de planificación familiar y sus voces fueron oídas únicamente en los testimonios individuales recogidos por Tamayo y la Defensoría del Pueblo. La respuesta colectiva de las mujeres indígenas y campesinas vino mucho más adelante, en el 2001; las llamadas “Mujeres de Anta”: doce campesinas quechua hablantes del departamento del Cuzco. Organizadas por la agrupación feminista Movimiento Amplio de Mujeres, estas mujeres

---

63. CLADEM/CRLP/DEMUS, “Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el Perú”, Reporte Sombra, elaborado para la Décimo Novena Sesión del Comité para la eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (junio, 1998). Véase también los procedimientos de las Naciones Unidas.

rurales viajaron de Cuzco a Lima para demandar indemnizaciones por los abusos en la esterilización que sufrieron en las manos del programa de planificación familiar.<sup>64</sup>

La falta de una respuesta organizada de mujeres pobres indígenas y campesinas refleja muchos factores. Perú destaca entre los países con poblaciones indígenas significativas pero con una carencia de movimientos y organizaciones indígenas. Sendero Luminoso pudo predicar en estas comunidades campesinas con cierta facilidad en gran parte por los bajos niveles de organización campesina en los años ochenta. Las organizaciones rurales más fuertes que surgieron en los años noventa eran las rondas o milicias campesinas, que fueron formadas en auto-defensa contra la amenaza de Sendero Luminoso. Las rondas tienen principalmente miembros masculinos, aunque en ciertas instancias las mujeres también participaban. La política de la planificación familiar no fue considerada por las rondas como un tema fundamental, quizás debido a que fueron percibidas como una cuestión personal y femenina. Además, muchas de las rondas apoyaban al Gobierno de Fujimori. Finalmente, muchas mujeres rurales y pobres, por lo menos al parecer, “preferían” la esterilización como opción anticonceptiva. De hecho, un argumento importante del programa de planificación familiar de Fujimori era que su énfasis en la esterilización era una respuesta lógica a una gran demanda por esterilizaciones que por muchos años había estado insatisfecha.<sup>65</sup> Es plausible pensar que aunque no hay estadís-

---

64. Mogollón, María Esther, “Peruanas esterilizadas por la fuerza reclaman justicia”, *Cimac Noticias*, 2003, <<http://www.cimacnoticias.com/noticias/03mar/03030504.html>> (último acceso julio 15, 2008). En respuesta a las mujeres de Anta, el presidente Toledo entregó a las mujeres afectadas por las campañas de esterilización seguros de salud del Estado gratuitos.

65. Estadísticas nacionales solo indagan en las demandas por la contracepción en general, por lo que no hay forma de saber cuál era la demanda específica por las esterilizaciones. Algunos observadores estiman que a comienzos de la década de 1990, 300,000 familias peruanas deseaban alguna forma de contracepción permanente. Entrevista con Fernández Castilla.

ticas para probar cuál era la demanda verdadera por las esterilizaciones, en un contexto de pocas alternativas y privación material, algunas mujeres pobres en el Perú sí vieron la esterilización como un método seguro para terminar los ciclos de embarazos indeseados.

## 5. Legados y conclusiones

Como resultado del trabajo de las activistas feministas, la posición proactiva de la Defensoría del Pueblo y en parte de las agencias internacionales como el USAID, el programa de planificación familiar de Perú fue desde 1999 substancialmente reestructurado. Más aún, la demanda por opciones de planificación familiar continuó siendo fuerte entre los peruanos en la era post Fujimori, es decir, después del año 2000.<sup>66</sup> Sin embargo, el daño causado a los derechos reproductivos producidos por las tácticas de control de la población disfrazadas de derechos reproductivos llegó incluso a afectar el programa de planificación familiar dirigido por el presidente Alejandro Toledo. En el 2001, los peruanos eligieron a Alejandro Toledo como presidente del Perú por un margen muy pequeño: 53.1% de los votos. Dada su débil base política, Toledo buscó aliados entre los políticos católicos conservadores. Dos de los primeros ministros de Salud más prominentes de Toledo pertenecieron a grupos católicos conservadores: su primer ministro de Salud, Luis Solari, pertenecía al Sodalicio de Vida Cristiana, y su segundo ministro, Fernando Carbone, pertenecía al Opus Dei. Solari y Carbone intentaron activamente reducir los derechos reproductivos en el Perú, en parte aprovechándose de los escándalos de la planificación familiar de los años noventa. En sus escritos antes de convertirse en ministro, Solari afirmó que existía una “alianza social” entre las “naciones del norte” y las feministas interesadas en con-

---

66. En el año 2000, 25,5% de las mujeres sexualmente activas estaban inadecuadamente protegidas contra embarazos no deseados. INEI, *Encuesta Nacional Demográfica*.

trolar los índices de natalidad. En el 2001, Solari introdujo una legislación que nunca fue aprobada, que habría permitido a los médicos declarar una “objección de conciencia” para evitar realizar acto médico alguno, como el aborto o la esterilización, que estuviera en contra de sus opiniones morales o éticas personales. Solari también introdujo exitosamente una ley declarando “el Día del No Nacido”, un día conmemorativo nacional oficial.<sup>67</sup>

Cuando Fernando Carbone asumió el cargo de Ministro de Salud, abrió nuevamente la discusión sobre la esterilización, señalando que bajo el régimen de Fujimori se habrían realizado 300,000 casos de esterilización forzada: “Un genocidio”, y formó una “Comisión de Verdad” para investigar lo ocurrido. Su intención de acusar a Fujimori estuvo fundada en motivaciones cuestionables que negaban la validez de la planificación familiar y la salud sexual y reproductiva, y ponían en claro su agenda religiosa-política.<sup>68</sup> Bajo Solari y Carbone, los conservadores religiosos substituyeron a mucho del personal del Ministerio de Salud, incluyendo a los que trabajaban en salud reproductiva. El ministro Carbone prohibió el uso de la palabra “género” en cualquier documento del Ministerio de Salud, reflejando la oposición de la jerarquía católica al término.<sup>69</sup>

En sus informes del 2002 y 2005, al investigar la planificación familiar en el Perú, la oficina de la Defensoría del Pueblo encontró que desde el 2001 se realizó un aumento en los establecimientos de salud que negaban el acceso a la esterilización quirúrgica y no se daba información completa sobre la gama de los métodos anticonceptivos

---

67. Chávez, Susana, *Cuando el fundamentalismo se apodera*, pp. 33, 34, 36.

68. *Ibidem*, p. 44.

69. En una visita al Perú en el año 2002, en donde di una charla a un grupo de funcionarios del Ministerio de Salud, las orientaciones conservadoras eran claras. Funcionarios del Ministerio de Salud me informaron durante esta visita que el uso de la palabra género estaba prohibido. Véase también Chávez, Susana, *Cuando el fundamentalismo se apodera*.

disponibles. También encontró que desde el 2001 disminuyó el *stock* de contraceptivos en los establecimientos de salud del Estado y a los pacientes se les cobraba por los mismos, en violación a la ley peruana. Más aún, la Defensoría encontró que el Ministerio había rechazado hacer disponible en establecimientos de salud pública la píldora del día siguiente (legalizada en el 2001 antes que Toledo asumiera la presidencia).<sup>70</sup> Carbone señaló que los dispositivos intrauterinos eran abortivos y procuró quitarlos de los centros de salud pública. Una Comisión del Congreso en el 2002 demandó hacer la esterilización quirúrgica voluntaria otra vez ilegal. Finalmente, en el 2003, el Ministerio de Salud implementó una “Estrategia de Vida-Perú” que enfatizaba los derechos del nonato, entre otros aspectos.<sup>71</sup> Los efectos de estas políticas se hicieron visibles en las estadísticas nacionales con respecto al uso de métodos de contracepción entre el 2002 y el 2004. La dramática caída que estas revelaron es muy probablemente debida a situaciones de cobro ilegal, a la negativa de algunos médicos de proveer contracepción y, más importante, a la negativa de Solari y Carbone de comprar suplementos contraceptivos para el Estado.<sup>72</sup>

En el 2003, feministas y activistas de la salud pública hicieron un exitoso *lobby* con el presidente Toledo para remover a Carbone del Ministerio. Una vez más el discurso de los derechos humanos fue invocado esta vez para apoyar las libertades y los derechos sexuales y reproductivos.<sup>73</sup> Esta segunda ola en las batallas de planificación fami-

---

70. Defensoría del Pueblo, *La aplicación III*, y Defensoría del Pueblo, *Supervisión de los servicios de planificación familiar IV, casos investigados por la Defensoría del Pueblo*; 2005. Defensoría del Pueblo, *Anticoncepción oral*, 2004.

71. Chávez, Susana, *Cuando el fundamentalismo se apodera*, pp. 42, 47, 37.

72. Defensoría del Pueblo, *Supervisión de los servicios*, pp. 46-47, 2004. Porcentajes calculados de las figuras de la Defensoría del Pueblo: 1,422,646 en el 2002 a 1,047,521 en el 2004.

73. La lucha contra los conservadores en el Ministerio de Salud generó la aparición de nuevas organizaciones en la sociedad civil que se oponían a estos ministros: la *Mesa de Vigilancia en Derechos Sexuales Reproductivos* y el *Foro Salud*.

liar muestra cómo los discursos feministas y de derechos humanos globales son utilizados para delinear agendas políticas nacionales. La ministra de la Salud que siguió a Carbone en el 2003, Pilar Mazetti, intentó activamente reparar el daño causado por sus precursores al programa de planificación familiar peruano. Este daño fue extenso: los conservadores religiosos habían ganado acceso directo a diferentes posiciones dentro del Ministerio de Salud y mientras estuvieron en el poder debilitaron enormemente el programa de planificación familiar. Como resultado se generó un debate público sobre el papel de la planificación familiar en el Perú. Los efectos de esta polémica pueden ser duraderos en la opinión pública aun cuando los ministros conservadores ya no estén en el Ministerio.

El desastre de la planificación familiar implementada por Fujimori y por los ministros conservadores de Toledo en el Perú plantea reflexiones teóricas en tres ámbitos: primero, la relación entre las feministas y el Estado así como la viabilidad de las instituciones mixtas (agencias internacionales, sociedad civil y Estado), como el caso de la Mesa Tripartita; segundo, la relación entre feministas urbanas de clase media con mujeres pobres e indígenas y, tercero, las consecuencias del uso instrumental del discurso feminista global diseñado en foros internacionales.

En términos de la relación Estado-feministas, el desastre de la planificación familiar durante el régimen de Fujimori demuestra la necesidad de posiciones feministas múltiples. Las feministas peruanas que participaron en la Mesa estuvieron limitadas de hablar libremente por su relación con el Estado y las agencias internacionales de población, a pesar de que estas mismas relaciones fueron las que les permitieron acceso a información sobre la política y las prácticas del Estado que, de otra forma, no se hubieran podido obtener. En el contexto cada vez más autoritario del Perú de los últimos años de la década de 1990, los lazos que las feministas forjaron con el Estado eran de hecho uno de los únicos puentes que existían entre el Estado y la sociedad civil peruana. La Mesa era, por lo tanto, un punto central para el inter-

cambio de información y la negociación de la que otras organizaciones, tales como los sindicatos, carecieron. Sin embargo, como este capítulo ha demostrado, la participación en la Mesa también silenció la capacidad crítica de las feministas. Por otra parte, las feministas fuera de la Mesa, libres de compromisos con el Estado y las agencias internacionales, fueron centrales para llamar la atención internacional sobre el problema nacional de las campañas de esterilización. En lo que Keck y De Sikkink llaman el “patrón del bumerán”, estas feministas respondieron a un contexto nacional autoritario utilizando mecanismos internacionales para ejercer presión sobre el Estado.<sup>74</sup> Concluyo, por tanto, que la presencia de ambos grupos feministas pragmáticos que están dispuestos a obrar recíprocamente con el Estado, y grupos feministas radicales autónomos capaces de criticar fuertemente las acciones del Estado, son esenciales para el éxito de las posiciones feministas en la política.<sup>75</sup>

El programa de planificación familiar del Perú tenía una agenda oculta de control de la población enmascarada por el falso uso del discurso feminista. El reconocimiento de esta agenda demandó más que un monitoreo administrativo y solo se logró ver con claridad en la implementación del programa en aldeas rurales alejadas. Controlar tales prácticas autoritarias requiere la cooperación del Estado junto a autonomía para la investigación, así como la voluntad de moverse más allá de los centros urbanos para observar los efectos de las políticas en áreas alejadas de las ciudades. El hecho de que se tomara más de un año para descubrir los abusos del programa de la planificación familiar indica una carencia en la conexión entre las ONG feministas peruanas y las mujeres rurales e indígenas que esperaban servir. Las feministas peruanas se concentran en Lima, y las mujeres pobres e

---

74. Keck, Margaret y Kathryn Sikkink, *Activists Beyond Borders*.

75. Nijeholt, Geertje, Sweibel, Joke y Virginia Vargas, “The Global Institutional Framework”, pp. 25-48; McBride Stetson, Dorothy y Amy Mazur, eds., *Comparative State Feminism*.

indígenas están mal representadas en el movimiento feminista. Como resultado, el “secuestro” del discurso feminista por parte del Gobierno puede haberse facilitado por la relativa posición privilegiada de las mismas feministas.

Los acontecimientos que rodean el programa de planificación familiar en el Perú demuestran las complejas maneras por las cuales las fuerzas conservadoras pueden apropiarse de los discursos feministas diseminados en las arenas globales (y nacionales) e incluso manipular a las mismas feministas. El caso peruano puede parecer extremo, pero debemos recordar lo que Rosalind Petchesky correctamente anota, es decir que activistas transnacionales frecuentemente encuentran sus palabras y su trabajo usurpados.<sup>76</sup> Los avances en los derechos reproductivos se han logrado en el Perú en gran parte debido al trabajo de activistas transnacionales y nacionales. El hecho de que estos avances hayan sido trastocados por grupos opositores a los mismos es la realidad ineludible de la política. Para las feministas, la tendencia a la apropiación del discurso de su movimiento requiere un esfuerzo continuo de ser exactos sobre sus propias definiciones, observar críticamente el uso de estos discursos [e] estar dispuestos a confrontar a los que los utilicen para sus propias intenciones políticas. Todos los conceptos cambian su significado con el tiempo, las feministas deben estar un paso adelante al defender o al redefinir conceptos particulares antes que otros los redefinan de maneras indeseables.

---

76. Petchesky, Rosalind, *Global Prescriptions*, p. 27.



## BIBLIOGRAFÍA GENERAL

### **Archivos y bibliotecas**

- Archivo Arzobispal de Lima (AAL)
- Archivo de Joseph y Helen Kerrins, East Falmouth, Massachusetts, y St. Petersburg, Florida (archivo Kerrins)
- Archivo Digital de la Legislación en el Perú
- Archivo de la Conferencia Episcopal Peruana
- Archivo General de la Nación
- Archivo General de Indias, Sevilla (AGI)
- Archivo del Cabildo Metropolitano de Lima (ACML)
- Archivo del Museo Naval, Madrid (AMNM)
- Archivo del Movimiento Familiar Cristiano del Perú (MFC)
- Biblioteca Nacional del Perú (BNP)
- Biblioteca de la Universidad Peruana Cayetano Heredia
- Biblioteca Central de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

- Instituto Riva Agüero (IRA)
- National Library of Scotland
- Sociedad de Beneficencia Pública de Lima Metropolitana (SBPLM)
- Sophia Smith collection, Smith College Archives

### **Periódicos**

<i>Diario del Perú</i>	1826
<i>Mercurio Peruano</i>	1791
<i>El Peruano</i>	1886-1888, 1973-1974
<i>El Comercio</i>	1886, 1888, 1895, 1905, 1901, 1916, 1998
<i>La Época</i>	1888
<i>La Crónica</i>	1916
<i>La Prensa</i>	1912, 1915, 1918
<i>El Sol</i>	1998

## BIBLIOGRAFÍA

ABUGATTAS, Juan

2005 *Indagaciones filosóficas sobre nuestro futuro*. Lima: UNMSM-UNESCO.

ACKERNECHT, Erwin H.

1948 “Anticontagionism Between 1821-1857”. En *Bulletin of the History of Medicine* 22; pp. 562-593.

ÁGUILA, Alicia del

1997 *Callejones y mansiones: espacios de opinión pública y redes sociales y políticas en la Lima del 900*. Lima: PUCP.

ÁGUILA, Juan del

1988 “The Soviet Union in South America: Accent on Argentina, Brazil and Peru”. En Kolodziej, Edward y Roger Kanet, eds., *The Limits of Soviet Power in the Developing World*. Londres: MacMillan; pp. 121-147.

ALARCO A. y Juan C. GRIEVE

1887 “Lazareto para coléricos, informe de la Comisión Especial de la Honorable Municipalidad de Lima”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 48-49.

ALARCÓN, Jorge

- 1986 "Corrientes del pensamiento epidemiológico en el Perú". En *Revista Peruana de Epidemiología* 1: 2; pp. 27-30.

ALFARO, Rosa María

- 1996 *Agendas públicas de género, inicios de una nueva etapa pública: entre dificultades, dilemas y avances*. Lima: Consultoría de Inserción e Impacto de las Contrapartes de la Fundación Ford.

ALMEIDA, Marta de

- 2003 *República dos Invisíveis: Emílio Ribas, Microbiologia e Saúde Pública em Sao Paulo (1898-1917)*. São Paulo, Universidade de São Francisco.

ALMENARA BUTLER, Francisco

- 1885 "Matucana como estación de tísicos y tuberculosos". En *La Crónica Médica* 2; pp. 42-44.

- 1888a "Del cólera y su tratamiento, conferencias clínicas del doctor Mónaco traducidas del alemán". En *La Crónica Médica* 5; pp. 29-36.

- 1888b "El Cólera: El Congreso Sanitario Sudamericano". En *La Crónica Médica* 5; pp. 1-4.

- 1895 "Climatoterapia de la tisis pulmonar. Lima en peligro". En *La Crónica Médica* 11; pp. 318-325.

ALMENARA BUTLER, Francisco y Remigio ERREQUETA

- 1895 "Hospital para tuberculosos". En *La Crónica Médica* 11; pp. 189-192.

ALAYZA ESCARDÓ, Francisco

1972 *Historia de la Neurología en el Perú: bibliografía neurológica del Perú*. Lima: Librería Ed. Minerva.

1992 *Historia de la cirugía en el Perú*. Lima: s.e.

ANDERSON, Olive

1987 *Suicide in Edwardian and Victorian England*. Oxford: Oxford University Press.

ANÓNIMO

1829 *La mortaja o examen de la costumbre de sepultar los cadáveres con hábito de religioso*. Lima: Imp. de Masías.

1887a “Boletín: El cólera”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 41-43.

1887b “Circular a los señores ministros de Relaciones Exteriores del Brasil, República Argentina, Uruguay, Paraguay, Chile, Bolivia, Ecuador, Colombia, México, Venezuela, y Repúblicas de Centroamérica, 4 de julio de 1887”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 250.

1887c “Lazareto Central”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 209-216.

1887d “Medidas contra el cólera asiático”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 410-412.

1887e “Reglamento General de Sanidad de 1887, aprobado por el Gobierno de Andrés A. Cáceres el 7 de febrero de 1887”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 7-10.

1888a “El doctor Matto desde Chile”. En *La Crónica Médica* 5; pp. 241-242.

- 1888b “Premio Nacional al Dr. David Matto”. En *La Crónica Médica* 5; pp. 403.
- 1888c “Junta Suprema de Sanidad: Apertura de nuestros puertos para las procedencias del Atlántico y de las costas de Chile”. En *La Crónica Médica* 5; p. 161.
- 1888d “Nuestros grabados, David Matto”. En *El Perú Ilustrado* I: 40; p. 2.
- 1889 “Carta de Alberto Elmore a Francisco Rosas sobre la elaboración de un Proyecto de Reglamento Sanitario Internacional”. En Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano de Lima reunido en el año de 1888*. Lima: Imp. Torres Aguirre.
- 1904 “Casa de Salud de Tamboraque”. En *Gaceta de los Hospitales* 7; pp. 83.
- 1939 “Primera Jornada Peruana de Eugenesia”, *La Reforma Médica*, n.º 25; pp. 417-418.
- 1955 “El pensamiento científico-natural en el Perú a fines del siglo XVIII”; *Scientia*, pp. 1-8.
- 1968a “Gynecologist Hopeful Encyclical Won't Disrupt Family Planning”. En *Attleboro Sun*; p. 1.
- 1968b “The Hand of Friendship”. En *Providence College Magazine*; pp. 9-12.
- 1993 “Lineamientos básicos de la política social”. Lima: Primer Ministro.

- 1995 “Peru’s Family Planning Fight Forgets the Poor”. En *National Catholic Reporter* 31: 43; p. 11.
- ARGUEDAS, Luis Alberto
- 1912 “Contribución al estudio clínico de la sifilomanía y sifilofobia”. Tesis de Bachiller. Lima: UNMSM.
- ARMAS, Fernando
- 1993 *Liberales, protestantes y masones. Modernidad y tolerancia religiosa. Perú, siglo XIX*. Lima: PUCP.
- ARMUS, Diego, ed.
- 2003 *Disease in the History of Modern Latin America: From Malaria to Aids*. Durham: Duke University Press.
- ARROYO, Juan, ed.
- 2002 *La salud peruana en el siglo XXI*. Lima: CIES, DFID, Policy Project.
- AVENDAÑO, Leonidas
- 1888 “Natalidad y Mortalidad de Lima, cuarto trimestre de 1887 (octubre, noviembre y diciembre)”. En *La Crónica Médica* 5; pp. 135-140.
- 1901 “La Despoblación Nacional”. Discurso de apertura del Año Académico, 8 de abril. Lima: UNMSM.
- 1895 “Apuntes sobre profilaxis de la tuberculosis”. En *La Crónica Médica* 12; pp. 138-140, 227-230, 262-263.
- BAILEY, Víctor
- 1998 *This Rash Act: Suicide Across the Life Cycle in the Victorian City*. Stanford: Stanford University Press.

BAIRD, Douglas

- 1965 "A Fifth Freedom?". En *British Medical Journal* 2; pp. 1141-1148.

BAMBARÉN ALATRISTA, Celso

- 2001 "Semblanza del doctor Celso Bambarén Ramírez". En *Anales de la Facultad de Medicina* 4; pp. 347-354.

BARANDARIÁN, L. A.

- 1923 "El suicidio". En *El Buen Consejo, Revista Católica del Hogar* 2; pp. 61-64.

BARRETT, D. y KURZMAN, C.

- 2004 "Globalizing Social Movement Theory: The case of Eugenics". En *Theory and Society* 33; pp. 487-527.

BARRIG, Maruja

- 1999 *La persistencia de la memoria: feminismo y Estado en el Perú de los 90*. Lima: Proyecto Sociedad Civil y Gobernabilidad Democrática en los Andes y el Cono Sur, Fundación Ford.

BARRIGA, Irma

- 1992 "La experiencia de la muerte en Lima, siglo XVII". En *Apuntes* 31; pp. 81-102.

BARRIO T., César

- 2000 "De la sífilis en la historia". *Folia Dermatológica Peruana* 3, <[http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/fofia/VolII\\_N3\\_dic\\_2000/sifilis%20en%20la%20historia.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/fofia/VolII_N3_dic_2000/sifilis%20en%20la%20historia.htm)> (último acceso 23 de julio de 2008).

BARTRA, Enrique

- 1973 "Fundamentación moral del tratamiento anovulatorio después del parto". En *Revista Teológica Limense* 7: 3; pp. 425-431.

BASADRE GROHMANN, Jorge

- 1983 *Historia de la República del Perú, 1882-1933*. II vols., 7.<sup>a</sup> ed. Lima: Editorial Universitaria.

BASTO GIRÓN, Luis J.

- 1977 *Salud y enfermedad en el campesino peruano del siglo XVII*. Seminario de Historia Rural Andina. Lima: UNMSM.

BASU, Amrita, ed.

- 1995 *The Challenge of Local Feminisms*. Boulder: Westview Press.

BENCHIMOL, Jaime Larry

- 1999 *Dos microbios aos mosquitos: febre amarela e a revolução pasteuriana no Brasil*. Río de Janeiro: Ed. Fiocruz & Ed. UFRJ.

BENERÍA, Lourdes y Shelley FELDMAN, eds.

- 1992 *Unequal Burden: Economic Crisis, Persistent Poverty and Women's Work*. Boulder: Westview Press.

BERTELLI, A. D.

- 2001 "Preconquest Peruvian neurosurgeons: a study of Inca and pre-Columbian trephination and the art of medicine in ancient Peru". En *Neurosurgery* 49: 2; pp. 477-478.

BIRN, Anne-Emanuelle

- 2006 *Marriage of convenience: Rockefeller International Health and revolutionary Mexico*. Rochester, NY: University of Rochester Press.

BLANCHARD, Peter

- 1982 *The Origins of the Peruvian Labor Movement, 1883-1919*.  
Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh Press.

BLEDSON, Caroline

- 2002 *Contingent Lives: Fertility, Time and Aging in West Africa*.  
Chicago: University of Chicago Press.

BLISS, Katherine Elaine

- 2003 "Between risk and confession: state and popular perspectives  
of syphilis infection in revolutionary Mexico". En Armus,  
Diego. *Disease in the history of modern Latin America: from  
malaria to AIDS*. Duke: University of Duke Press; pp. 183-208.

BLONDET, Cecilia y Carmen MONTERO

- 1995 *Hoy, menú popular: comedores en Lima*. Lima: IEP-UNICEF.

BONFIGLIO, Giovanni

- 1994 *Los italianos en la sociedad peruana*. Lima: SAYWA ediciones.

BORDI DE RAGUCCI, Olga

- 1992 *Cólera e inmigración, 1880-1900*. Buenos Aires: Ed. Leviatán.

BRACAMONTE, Jorge

- 2001 "La modernidad de los subalternos: los inmigrantes chinos en  
la ciudad de Lima, 1895-1930". En López Maguiña, Santia-  
go, Gonzalo Portocarrero Maisch, Rocío Silva Santisteban y  
Víctor Vich, ed., *Estudios culturales: Discursos, poderes,  
pulsiones*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias So-  
ciales; pp. 167-187.

BURGA, Manuel y Alberto FLORES GALINDO

- 1984 *Apogeo y crisis de la República Aristocrática*. Lima: Rikchay  
Perú.

## BURSTEIN ALVA, Zuño

1980 “Estado actual del control de las enfermedades venéreas en el Perú”. *Acta Médica Peruana* 1; pp. 10-14.

2001 “Revisión Histórica del control de la Lepra en el Perú”. En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 18: 1; pp. 40-44.

2003 “Sífilis venérea (Lúes)”. En *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública* 3; pp. 174-176.

## BUSTÍOS ROMANÍ, Carlos

1996 *Perú: la salud pública durante la república oligárquica: primera parte 1821-1895*. Lima: UNMSM.

2004a *Cuatrocientos años de la salud pública en el Perú (1533-1933)*. Lima: UNMSM, CONCYTEC.

2004b *La salud pública, la seguridad social y el Perú demoliberal (1933-1968)*. Lima: UNMSM, CONCYTEC.

## CABIESES, Fernando

1974 *Dioses y enfermedades: la Medicina en el antiguo Perú*. Lima: Ed. Artegráfica.

## CAHILL, David

1995 “Financing Health Care in the Viceroyalty of Peru: The Hospitals of Lima in the Late Colonial Period”. En *Americas* 52: 2; pp. 123-154.

## CAMINO, Lupe

1992 *Cerros, plantas y lagunas poderosas: la Medicina al norte del Perú*. Piura: CIPCA.

CAÑIZARES, Jorge

- 1995 “La utopía de Hipólito Unanue: comercio, naturaleza y religión en el Perú”. En Cueto, Marcos, ed., *Saberes andinos. Ciencia y tecnología en Bolivia, Ecuador y Perú*. Lima: IEP; pp. 91-108.
- 2005 “Racial, Religious and Civic Creole Identity in Colonial Spanish America”. En *American Literary History* 17: 3; pp. 420-437.

CARRARA, Sérgio

- 1996 *Tributo a Vênus: a luta contra a sífilis no Brasil, da passagem do século aos anos 40*. 2 tomos. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.
- 2004 “Estratégias anticoloniais: sífilis, raça e identidade nacional no Brasil do entre-guerras”. En Hochman, Gilberto; Armus, Diego. *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Río de Janeiro: Fiocruz; pp. 427-452.

CARRARA, Sérgio, Santusa NAVES RIBEIRO y Bárbara MUSUMECI SOARES

- 1992 “O tributo a Vênus: contribuição à história do combate às doenças sexualmente transmissíveis no Brasil”. En *Cadernos de História e Saúde: Casa de Oswaldo Cruz* 2; pp. 29-36.
- 1996 “A geopolítica simbólica da sífilis: um ensaio de antropologia histórica”. En *História, Ciências, Saúde: Manguinhos* 3; pp. 391-408.

CASALINO, Carlota

- 1999a *La muerte en Lima en el siglo XIX: una aproximación demográfica, política, social y cultural*. Lima: PUCP.

- 1999b “Higiene pública y piedad ilustrada: la cultura de la muerte bajo los borbones”. En O’Phelan Godoy, Scarlett, ed., *El Perú en el siglo XVIII: La era borbónica*. Lima: PUCP/IRA, pp. 325-345.
- 2005 “Hipólito Unanue y la construcción del héroe: análisis de la relación entre el Estado-nación y la sociedad peruana en su esfera cultural”. En *Anales de la Facultad de Medicina* 66: 4; pp. 314-327.
- CASTAÑEDA, Luiza Aurelia
- 2003 “Eugenia e casamento”. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 10; pp. 901-930.
- CASTRO, Augusto, ed.
- 2003 *Filosofía y sociedad en el Perú*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú.
- CHACALTANA, Cesáreo
- 1887 *Memoria que el ministro de Estado Cesáreo Chacaltana presenta en el despacho de Relaciones Exteriores al Congreso Nacional Ordinario de 1887*. Lima: Imp. El Nacional.
- CHÁVEZ, Nancy A.
- 1977 *La materia médica en el Incanato*. Lima: Mejía Baca.
- CHÁVEZ, Susana
- 2004 *Cuando el fundamentalismo se apodera de las políticas públicas: políticas de salud sexual y reproductiva en el Perú, período julio 2001-junio 2003*. Lima: Flora Tristán.
- CHÁVEZ VILLARREAL, Melchor
- 1885 “Estudio sobre la influencia del clima en la tuberculosis pulmonar”. Tesis de Bachiller. En *La Crónica Médica* 23, 24; pp. 459-462; 486-491.

CHIAPPE, Mario, Moisés LEMLIJ y Luis MILLONES

- 1985 *Alucinógenos y shamanismo en el Perú contemporáneo*. Lima: Ediciones El Virrey.

CLADEM

- 1999 *Nada personal: Reporte de Derechos Humanos sobre la Aplicación de la Anticoncepción Quirúrgica en el Perú, 1996-1998*. Lima: CLADEM.

CLADEM/CRLP/DEMUS

- 1998 *Derechos sexuales y reproductivos de las mujeres en el Perú. Un Reporte Sombra, elaborado para la Décimo Novena Sesión del Comité para la eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer*. Nueva York: Centro Legal para Derechos Reproductivos y Políticas Públicas.

CLINTON, Richard

- 1985 *Población y desarrollo en el Perú*. Lima: Universidad de Lima.

COBB, Richard

- 1978 *Death in Paris: the records of the Basse-Geôle de la Seine, October 1795-September 1801, Vendémiaire Year IV-Fructidor Year IX*. Oxford: Oxford University Press.

COLINA L. Víctor

- 1917 "Contribución al estudio de la profilaxia de las enfermedades venéreas y de su tratamiento abortivo". Tesis de Bachiller. Lima: UNMSM.

CONGRESO DE LA REPÚBLICA

- 1995 *Diario de Debates*, Primera Legislatura Ordinaria de 1995. Lima.

## CONGRESO SANITARIO AMERICANO DE LIMA

- 1889a “El ministro de Relaciones Exteriores Cesáreo Chacaltana convoca a los países americanos a participar en el Congreso Sanitario de Lima en noviembre de 1887”. En Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano de Lima reunido en el año de 1888*. Lima: Imp. Torres Aguirre.
- 1889b “Intervención del doctor Alarco”. En Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano de Lima reunido en el año de 1888*. Lima: Imp. Torres Aguirre; p. 98.
- 1889c “Intervención del doctor Bambarén”. En Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano de Lima reunido en el año de 1888*. Lima: Imp. Torres Aguirre; p. 70.
- 1889d “Intervención del doctor Macedo”. En Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano de Lima reunida en el año de 1888*. Lima: Imp. Torres Aguirre; p. 59.
- 1889e “Respuesta del delegado del Ecuador ante la invitación del Ministerio de Relaciones Exteriores del Perú”. En Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano de Lima reunido en el año de 1888*. Lima: Imp. Torres Aguirre; p. 8-9.
- 1889f “Respuesta del ministro de Relaciones Exteriores de Argentina ante la invitación a participar en el Congreso Sanitario Americano de 1888”. En Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano de Lima reunido en el año de 1888*. Lima: Imp. Torres Aguirre; p. 17.
- 1889g “Sesión de instalación del Congreso Sanitario de Lima de 1888”. En Muñoz, Andrés S., *Congreso Sanitario Americano de Lima reunido en el año de 1888*. Lima: Imp. Torres Aguirre; p. 42-43.

CONNELLY, Mathew

- 2003 "Population Control is History: New Perspectives on the International Campaign to Limit Population Growth". En *Comparative Studies of Society and History* 45: 1; pp. 122-147.

CONTRERAS, Carlos y Marcos CUETO

- 2004 *Historia del Perú contemporáneo: desde las luchas por la Independencia hasta el presente*. 3.<sup>a</sup> ed. Lima: IEP.

COOK, Noble David

- 1982 "Population data for Indian Peru: sixteenth and seventeenth centuries", *Hispanic American Historical Review* 62: 1; pp. 73-120.

- 1999 "El impacto de la enfermedades en el mundo andino del siglo XVI". En *Histórica* 23: 2; pp. 341-165.

CORBIN, Alain

- 1987 *El perfume o el miasma: el olfato y lo imaginario social, siglos XVIII y XIX*. México DF: FCE.

CORRALES DÍAZ, J. V.

- 1934 "Estadística y profilaxia de las enfermedades venéreas en la Armada Peruana". Tesis de Bachiller. Lima: UNMSM.

COSAMALÓN, Jesús

- 1999 "Amistades peligrosas: matrimonios indígenas y espacios de convivencia interracial (Lima 1795-1820)". En O'Phellan, Scarlett, comp., *El Perú en el siglo XVIII. La Era Borbónica*. Lima: IRA/PUCP; pp. 345-368.

- 2003 "Una visión del cuerpo femenino y de la enfermedad a partir de dos diagnósticos médicos, Lima 1803". En *Anuario de Estudios Americanos* 51: 1; pp. 109-138.

COSTA-CASARETTO, C.

1989 "100 años atrás". En *Revista Médica de Chile* 117; pp. 228.

CRUZ COKE, Ricardo

2008 "Patrimonio histórico de la medicina chilena: la medicina social y Estado benefactor (1918-1973)". En *Anales de la Universidad de Chile* 12, 2000. <<http://www2.anales.uchile.cl/CDA/presentación/index.html>> (último acceso 21 de julio de 2008).

CUETO, Marcos

1989a "Andean biology in Peru. Scientific styles on the periphery". En *Isis* 80: 304; pp. 640-658.

1989b *Excelencia científica en la periferia: actividades científicas e investigación biomédica en el Perú, 1890-1950*. Lima: GRADE.

1997 *El regreso de las epidemias: salud y sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: IEP.

2003 "Nationalism, Carrión's Disease and Medical Geography in the Peruvian Andes". En *History and Philosophy of the Life Sciences* 25; pp. 319-335.

2004a "Social medicine and "leprosy" in the Peruvian Amazon". En *Americas* 61: 1; pp. 55-80.

2004b *El valor de la salud: historia de la Organización Panamericana de la Salud*. Washington, D.C.: OPS.

CUETO, Marcos, ed.

1994 *Missionaries of science: the Rockefeller Foundation and Latin America*. Bloomington: Indiana University Press.

1995 *Saberes andinos. Ciencia y tecnología en Bolivia, Perú y Ecuador*. Lima: IEP.

CUNNINGHAM, Andrew

- 1991 “La transformación de la peste: el laboratorio y la identidad de las enfermedades infecciosas”. En *Dynamis: Acta hispanica ad medicinae scientiarumque historiam illustrandam* 11; pp. 27-72.

D'ORNELLAS, Antonio Evaristo de

- 1875 “La influencia del clima de los Andes de 11° a 13° de latitud Sur sobre la tisis”. En *Gaceta Médica* 17, 20, 21, 25, 26; pp. 136-139, 160-163, 171-172, 202-204, 212.

DAGER, Joseph

- 2001 “Hipólito Unanue en el *Mercurio Peruano*”. En *Revista de Historia de América* 128; pp. 98.

DÁVALOS y LISSÓN, Pedro

- 1888 “David Matto”. En *El Perú Ilustrado* 1: 38; p. 3.
- 1909 *La prostitución en la ciudad de Lima*. Lima: Imp. La Industria.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO

- 1999 *La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos II, investigados por la Defensoría del Pueblo*. Informe Defensorial 27. Lima: Defensoría del Pueblo.
- 1998 *Anticoncepción quirúrgica voluntaria I, casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, Informe Defensorial 7. Lima: Defensoría del Pueblo.
- 2002 *La aplicación II, y La aplicación de la anticoncepción quirúrgica y los derechos reproductivos III, casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, Informe Defensorial 69. Lima: Defensoría del Pueblo.
- 2004a *Supervisión de los servicios*. Lima: Defensoría del Pueblo.

- 2004b *Anticoncepción oral de emergencia*. Informe Defensorial 78. Lima: Defensoría del Pueblo.
- 2005 *La aplicación III*, y Defensoría del Pueblo, *Supervisión de los servicios de planificación familiar IV, casos investigados por la Defensoría del Pueblo*, Informe Defensorial 90. Lima: Defensoría del Pueblo.
- DEL VALLE y CAVIEDES, Juan  
1990 *Obra completa* (edición y estudios de María Leticia Cáceres, Luis Jaime Cisneros y Guillermo Lohmann Villena). Lima: Banco de Crédito del Perú.
- DELAPORTE, François  
1986 *Disease and civilization: the cholera in Paris, 1832*. Cambridge, Mass: MIT Press.
- DELGADO MATALLANA, Gustavo  
2000 *Historia de la Medicina peruana*. Lima: UNMSM.  
2001 *Daniel Alcides Carrión: Mártir de la Medicina Peruana, héroe nacional*. Lima: UNMSM.
- DELGADO MATALLANA, Gustavo y Miguel RABÍ CHARA  
2006 *Evolución histórica de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*. Lima: UNMSM.
- DEZA BRINGAS, Luis  
2004 *Testimonios del linaje médico peruano en los libros del Cabildo de Lima. Siglo XVI*. Lima: Universidad de San Martín de Porres.
- DÍAZ, Benito  
1887 “Revelación que el espíritu de Hipócrates hace a un médico español sobre el cólera morboasiático”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 37-40.

DÍAZ, Héctor

- 2007 “Primera médica peruana, doctora Laura Esther Rodríguez Dulanto (1872-1919)”. En *Anales de la Facultad de Medicina* 68: 2; pp. 181-184.

DÍAZ, Wenceslao

- 1888 *Memoria de la Comisión Directiva del Servicio Sanitario del Cólera: presentada al señor Ministro del Interior*. Santiago de Chile: Imp. Nacional.

DODGE, Larry

- 2003 *Becoming Global Citizens*. Cumberland: Forum Publications.

DONAYRE VALLE, José

- 1970 “Población y Revolución”. En *Acta Herediana* 6: 1-2; pp. 5-7.

DRINOT, Paulo

- 2004 “Madness, Neurasthenia and ‘Modernity’: Medico-Legal and Popular Interpretations of Suicide in Early Twentieth-Century Lima’. En *Latin American Research Review* 39: 2; pp. 89-113.

DRINOT, Paulo y Leo GAROFALO, eds.

- 2005 *Más allá de la dominación y la resistencia. Estudios de historia peruana, siglos XVI-XX*. Lima: IEP.

ELFERINK, Jan G. R.

- 2000 “Desórdenes mentales entre los incas del antiguo Perú”. En *Revista de Neuropsiquiatría* 63: 1-2; pp. 3-18.

ELRICH, Paul

- 1969 *The Population Bomb*. Nueva York: Sierra Club.

ELSON, Diane

- 1992 "From survival strategies to transformation strategies: Women's needs and structural adjustment". En Benería, Lourdes y Shelley Feldman, eds., *Unequal Burden: Economic Crisis, Persistent Poverty and Women's Work*. Boulder: Westview Press.
- 1992 "Male Bias in Structural Adjustment". En Afshar, Haleh y Carolyn Dennis, eds., *Women and Adjustment Policies in the Third World*. Nueva York: St. Martin's Press.

ESTRADA URROZ, Rosalina

- 2002 "Control sanitario o control social: la reglamentación prostibularia en el Porfiriato". En *Boletín Mexicano de Historia y Filosofía de la Medicina* 5; pp. 21-25.
- 2003 "Las enfermedades contagiosas: vergüenza y secreto médico". En *Horizontes* 21; pp. 49-59.

EVANS, Richard J.

- 1987 *Death in Hamburg: society and politics in the cholera years, 1830-1910*. Nueva York: Oxford University Press.

EYZAGUIRRE, Rómulo

- 1897 "Hospitalización de los tuberculosos". En *La Crónica Médica* 14; pp. 339-348.
- 1896-1897 "La tuberculosis pulmonar en Lima. Tratamiento higiénico sanatorial". Tesis de Bachiller. En *La Crónica Médica* 13-14; pp. 321-323, 337-342, 353-359, 369-374, 1-10, 17-25, 33-43, 51-58.

EZQUERRA, Ramón

- 1958 "La crítica española sobre América en el siglo XVIII". En *Revista de Indias* 12: 87-88; pp. 159-283, 1958.

FAGLEY, Richard

- 1960 *The Population Explosion and Christian Responsibility*. Nueva York: Oxford University Press.

FERNÁNDEZ DÁVILA, Aníbal

- 1887 “Mortalidad de la Primera Infancia en Lima”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 307-313.

FERREYRA, Pedro A.

- 1907 “Reflexiones sobre el tratamiento de la sífilis”. Tesis de Bachiller. Lima: UNMSM.

FINKLE, Jason y Barbara CRANE

- 1975 “The Politics of Bucharest: Population, Development and the New International Economic Order”. En *Population and Development Review* 1: 1; pp. 87-114.

FISHER, John

- 2000 *El Perú borbónico 1750-1824*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

FLECK, Ludwik

- 1986 *La génesis y el desarrollo de un hecho científico: introducción a la teoría del estilo de pensamiento y del colectivo de pensamiento*. Madrid: Alianza.

FLORES CEVALLOS, Luis, Elbio FLORES CEVALLOS

- 1999 *Historia de la Dermatología en el Perú, siglo XX*. Lima: CONCYTEC.

FONSECA ARIZA, Juan

- 2000 “Antialcoholismo y modernización en el Perú (1900-1930)”. En *Histórica* XXIV: 2; pp. 327-364.

FOUCAULT, Michel

- 1963 *La naissance de la clinique*. París: Presses Univ. de France.
- 1975 *Surveiller et punir: Naissance de la prison*. París: Gallimard.
- 1984a *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- 1984b "O nascimento da medicina social". En: *A microfísica do poder*. Río de Janeiro: GRAAL; pp. 79-98.

FREIRE, Paulo

- 2000 *Pedagogy of the Oppressed*. Nueva York: Continuum.

FRISANCHO PINEDA, David

- 1977 *Medicina indígena y popular*. Lima: Mejía Baca.

FROHMAN, Alicia y Teresa VALDÉS

- 1995 "Democracy in the Country and in the Home: the Women's Movement in Chile". En Basu, Amrita, ed., *The Challenge of Local Feminisms*. Boulder: Westview Press.

FUENTES, Manuel Atanasio

- 1858 *Estadística general de Lima*. Lima: Tipografía Nacional de M. N. Corpancho, por J. H. del Campo.
- 1867 *Lima: apuntes históricos, descriptivos, estadísticos y de costumbres*. París: Librería de Fermín Didot.

GALLAGHER, Eugene y Janardan SUBEDI, eds.

- 1994 *Global Perspectives on Health Care*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

GAMIO, Enrique

- 1937 “Aspectos sociogeográficos del paludismo en la Costa del Perú”. En *Boletín de la Sociedad Geográfica de Lima* 54: 1; pp. 41-54.

GARCÍA, Alberto

- 1899 “La prostitución reglamentada”. En *La Crónica Médica* 17; pp. 165-166.
- 1901 “Alcohol y alcoholismo”. En *La Crónica Médica* 19; pp. 103-106.

GARCÍA, Juan César

- 1981 “La medicina estatal en América Latina (1880-1930)”. En *Revista Latinoamericana de Salud* 1; pp. 70-110.

GARCÍA CÁCERES, Uriel

- 1998 “Ideas e imágenes en la enfermedad de Carrión. Análisis historiográfico de la iconografía de la *bartonellosis humana*”. En *Folia Dermatológica Peruana* 9: 4; pp. 47-54.
- 1999 *Juan del Valle y Caviedes, cronista de la Medicina: historia de la Medicina en el Perú en la segunda mitad del siglo XVII*. Lima: BCR, UPCH.

GARCÍA JORDÁN, Pilar

- 1991 *Iglesia y poder en el Perú contemporáneo*. Cuzco: Bartolomé de las Casas.
- 2001 *Cruz y arado, fusiles y discursos: la construcción de los orientes de Perú y Bolivia*. Lima: IEP.

GERBI, Antonello

- 1946 *Viejas polémicas sobre el Nuevo Mundo*. Lima: BCP.

GISWIJT-HOFSTRA, Marijke y Roy PORTER, eds.

- 2001 *Cultures of Neurasthenia: From Beard to the First World War*. Amsterdam y Nueva York: Rodopi.

GLICK, Thomas

- 1991 "Science and Independence in Latin America". En *Hispanic American Historical Review* 71: 2; pp. 307-334.

GOLTE, Jürgen y Norma ADAMS

- 1990 *Los caballos de Troya de los invasores: estrategias campesinas en la conquista de la Gran Lima*. Lima: IEP.

GÓNGORA, Álvaro

- 1994 "La epidemia del cólera en Santiago 1886-1888". En *Dimensión histórica de Chile* 10; p. 111.

GÓNZALEZ DE LA ROCHA, Mercedes

- 1995 "The Urban Family and Poverty in Latin America". En *Latin American Perspectives* 22; pp. 12-31.

GORENA, P.

- 1926 "Causas de la neurastenia". En *El Buen Consejo, Revista Católica del Hogar* 5; pp. 52-53.

GRAÑA, Francisco

- 1903 "La Cuestión Higiénica". Tesis de Bachiller. Lima: UNMSM.
- 1916 "La Población del Perú a través de la historia". En *Revista Universitaria* II: 1; pp. 415-466.

GUTIÉRREZ, Gustavo

- 1971 *Teología de la Liberación: perspectivas*. Lima: CEP.

GUZMÁN, Alfredo

- 2002 "Para mejorar la salud reproductiva". En Arroyo, Juan, ed., *La salud peruana en el siglo XXI*. Lima: CIES, DFID, Policy Project.

HARBERLAND, Nicole y Diana MEASHAM, eds.

- 2002 *Responding to Cairo: Case Studies of Changing Practice in Reproductive Health and Family Planning*. Nueva York: Population Council.

HARDY, Anne

- 1993 "Cholera, the Quarantine and the English Preventive System, 1850-1895". *Medical History* 37; pp. 250-269.

HARRISON, Mark

- 1999 *Climates and Constitutions*. Oxford: Oxford University Press.

HARTMANN, Betsy

- 1995 *Reproductive Rights and Wrongs: the Global Politics of Population Control*. Boston: South End Press.

HERNÁNDEZ, Max

- 2000 *¿Es otro el rostro del Perú? Identidad, diversidad y cambio*. Lima: Agenda Perú.

HERNÁNDEZ ASENSIO, Raúl

- 2006 "Historia de la Sociedad de Gastroenterología del Perú (Parte I)". En *Revista de Gastroenterología del Perú*, 26: 1; pp. 49-76.

HOCHMAN, Gilberto y Diego ARMUS

- 2004 *Cuidar, controlar, curar: ensaios históricos sobre saúde e doença na América Latina e Caribe*. Rio de Janeiro: Fiocruz.

HOWARD-JONES, Norman

1972 "Cholera Therapy in the Nineteenth Century". En *Journal of the History of Medicine and Allied Sciences* 27; pp. 373-395.

1974 "The scientific background of the International Sanitary Conferences, 1851-1938, The ninth conference: Paris, 1894". En *WHO Chronicle* 10; pp. 455-470.

HÜNEFELDT, CHRISTINE

2000 *Liberalism in the Bedroom: Quarrelling Spouses in Nineteenth-Century Lima*. University Park, Penn.: Pennsylvania State University Press.

HURTADO, Rómulo J.

1935 "Contribución al estudio de las enfermedades venéreas en el Puerto del Callao: el aspecto asistencial". Tesis de Bachiller. Lima: UNMSM.

ILLANES, María Angélica

1993 "En el nombre del pueblo, del Estado y de la ciencia", *Historia social de la salud pública, Chile, 1880-1973*. Santiago: Colectivo de Atención Primaria.

INDELICATO, J.

1837 *Ensayo sobre el Mercurio Dulce y sobre el abuso que se hace de este remedio en la América del Sur*. Lima: Imp. Masías.

1838 *Refutación de un informe del doctor don J. Gastañeta dirigido a demostrar que los profesores de Medicina extranjeros deben pagar el máximo de la contribución sobre este ramo de la industria*. Lima: Imp. Constitucional.

INDRIATI, E., y J. E. BUIKSTRA

- 2001 "Coca chewing in prehistoric coastal Peru: dental evidence".  
En *American Journal of Physical Anthropology* 114:3; pp.  
242-257.

INEI (INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA)

- 1992 *Compendio Estadístico 1991-1992*. Lima: INEI.
- 1996 *Encuesta Nacional Demográfica de Salud Familiar*. Lima:  
INEI.
- 2000 *Encuesta Nacional Demográfica de Salud Familiar*. Lima:  
INEI.

JACKSON, Cecile y Ruth PEARSON, eds.

- 1998 *Feminist Visions of Development: Gender Analysis and Policy*.  
Londres: Routledge.

JEFFREY, Patricia y Roger JEFFREY

- 1998 "Silver Bullet or Passing Fancy? Girls' Schooling and Popu-  
lation Policy". En Jackson, Cecilie y Ruth Pearson, eds., *Fem-  
inist Visions of Development: Gender Analysis and Policy*.  
Londres: Routledge; pp. 239-258.

JONAS, Susanne

- 1996 "Rethinking Immigration Policy and Citizenship in the Ameri-  
cas: A Regional Framework". En *Social Justice* 23: 3; pp. 68-85.

JORALEMON, Donald y Douglas SHARON

- 1993 *Sorcery and shamanism: curanderos and clients in northern  
Peru*. Salt Lake City: University of Utah Press.

KABEER, Naila

- 1994 *Reversed Realities: Gender Hierarchies in Development  
Thought*. Londres: Verso.

KAISER, Robert

- 1987 *The Encyclical that Never Was: the Story of the Commission on Population, Family and Birth, 1964-1966*. Londres: Sheed y Ward.

KECK, Margaret y Kathryn SIKKINK

- 1998 *Activists beyond borders: advocacy networks in International Politics*. Ithaca: Cornell University Press.

KELLEY, Allen

- 1988 "Economic Consequences of Population Change in the Third World". En *Journal of Economic Literature* 26: 4; pp. 1685-1728.

KIPPLE, Kenneth F., ed.

- 1993 *The Cambridge World History of Human Disease*. Nueva York: Cambridge University Press.

KIRKWOOD, Julieta

- 1986 *Ser política en Chile: las feministas y los partidos*. Santiago: FLACSO.

KLAIBER, Jeffrey

- 1992 *The Catholic Church in Peru, 1821-1985: A Social History*. Washington D.C.: Catholic University Press.

KLARÉN, Peter F.

- 2004 *Nación y sociedad en la Historia del Perú*. Lima: IEP.

KROPF, Simone Petraglia y Nisia Trindade LIMA

- 1999 "Os valores e a prática institucional da ciência: as concepções de Robert Merton e Thomas Kuhn". En *História, Ciências, Saúde-Manguinhos* 3; pp. 565-581.

KOŁODZIEJ, Edward y Roger KANET, eds.

- 1989 *The Limits of Soviet Power in the Developing World*. Baltimore: Johns Hopkins University.

KUCZYNSKI-GODARD, Máxime

- 2004 *La vida en la Amazonía peruana: observaciones de un médico*. Lima: UNMSM.

KUSHNER, Howard I.

- 1985 "Biochemistry, Suicide and History: Possibilities and Problems". En *Journal of Interdisciplinary History* 16: 1; pp. 69-85.

LANE, Sandra

- 1994 "From Population Control to Reproductive Health: An Emerging Policy Agenda". En *Social Science and Medicine* 39: 9; pp. 1303-1314.

LASTRES, Juan B.

- 1933 *El pensamiento biológico de Unanue y algunas consideraciones sobre el clima*. Lima: Ed. Excelsior.
- 1951a "La sífilis". En *Historia de la Medicina peruana*, vol. I. Lima: Imp. Santa María.
- 1951b *Historia de la Medicina peruana*. 3 vols. Lima: Imp. Santa María.
- 1958 *Cátedra de historia de la Medicina: biobibliografía del doctor Juan B. Lastres*. Lima: UNMSM.

LATOUR, Bruno

- 1987 *Science in action: how the follow scientistis and engineers through society*. Cambridge: Harvard University Press.

- 1988     *The pasteurization of France*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- LAVAL, Enrique R.  
2003     “El cólera en Chile (1886-1888)”. En *Revista Chilena de Infectología* 20; pp. 86-88.
- LAVORERÍA, Daniel  
1928     *Prontuario de legislación sanitaria del Perú*, tomo I. Lima, Imp. Americana.
- LEÓN MIRANDA, Ana Pía  
2003     “El clima de Lima y la reivindicación de las razas no europeas. La humanidad del indio”. En Castro, Augusto, ed., *Filosofía y Sociedad en el Perú*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú; pp. 40-61.
- LOCK, Margaret y Patricia KAUFERT, eds.  
1998     *Pragmatic Women and Body Politics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- LÓPEZ MAGUIÑA, Santiago *et al.*  
2001     *Estudios culturales: discursos, poderes, pulsiones*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales.
- LORENTE, Sebastián y Ricardo FLORES  
1925     *Estudios sobre geografía médica y patología del Perú*. Lima: Imp. Americana.
- LOSSIO, Jorge  
2001     “Purificando las atmósferas epidémicas: la contaminación ambiental en las políticas de salud (Lima, siglo XIX)”. En *Histórica* 25: 2; pp. 135-160.

- 2002 “Fiebre amarilla, etnicidad y fragmentación social”. En *Socialismo y Participación* 93; pp. 79-91.
- 2003 *Acequias y gallinazos. Salud ambiental en Lima del siglo XIX*. Lima: IEP.
- LULÚ*
- 1915 *Lulú: revista semanal ilustrada para el mundo femenino*, año I, n° 14, 21 de octubre.
- MACEDO, José Mariano
- 1859 “Carta al doctor Smith”. En *Gaceta Médica de Lima* 65; pp. 222-224.
- MACHADO, Roberto
- 1978 *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. Río de Janeiro: Gral.
- MAGLEN, Kriska
- 2001 “The First Line of Defense: British Quarantine and the Port Sanitary Authorities in the 19th Century”. En *Social History of Medicine* 15: 3; pp. 413-428.
- MALPICA, Carlos
- 1975 *El desarrollismo en el Perú: década de esperanzas y fracasos, 1961-1971*. Lima: Horizonte.
- MANNARELLI, María Emma
- 1999 *Limpias y modernas: género, higiene y cultura en la Lima del novecientos*. Lima: Ediciones Flora Tristán.
- MAQUEO-TOPETE, Edel, Javier SOBERÓN y Juan José CALDERÓN
- 1969 “A Pill-a-Month Contraceptive”. En *Fertility and Sterility* 20: 6; pp. 884-891.

MARCONI, Mario

- 1995 “Indígenas e inmigrantes durante la República Aristocrática: población e ideología civilista”. En *Histórica* XIX: I; pp. 73-93.

MARIÁTEGUI, Javier

- 1986 “La evolución de las ideas psiquiátricas en el Perú”. En *Estudios de historia de la ciencia en el Perú* II. Lima: CONCYTEC.

- 1994 *El Mercurio Peruano y la Medicina*. Lima: UPCH.

MARIÁTEGUI, José Carlos

- 1991 *Escritos juveniles II (la Edad de Piedra)*. Lima: Empresa Ed. Amauta.

- 1925 “El progreso nacional y el capital humano”. En *Mundial, Revista Semanal Ilustrada* 278; p. 2.

MARINO, R. y M. GONZALES-PORTILLO

- 2000 “Preconquest Peruvian neurosurgeons: a study of Inca and pre-Columbian trephination and the art of medicine in ancient Peru”. En *Neurosurgery* 47: 4; pp. 940-950.

MARKS, Lara

- 2001 *Sexual Chemistry: A History of the Contraceptive Pill*. New Haven: Universidad de Yale.

MARQUES, Vera Regina Beltrão

- 1991 “Doenças sexualmente transmissíveis-a intervenção sobre a sexualidade”. *Saúde em Debate* 32; pp. 78-83.

- 2004 “A espécie em risco: sífilis em Cutiriba nos anos 1920”. En Nascimento, Dilene Raimundo do, Diana Maul de Carvalho, eds. *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15; pp. 277-294.

MATTO, David

- 1888a “El cólera en Chile. Informes oficiales de Matto desde Chile”. En *La Crónica Médica* 5; pp. 41-68, 81-84, 121-122, 243-244.
- 1888b “Sobre el microbio colerígeno”. En *La Crónica Médica* 5; pp. 361-363.
- 1888c “Generalidades sobre el microbio colerígeno”. En *La Crónica Médica* 5; pp. 313-320.

MCBRIDE STETSON, Dorothy y Amy MAZUR, eds.

- 1995 *Comparative State Feminism*. Thousand Oaks: Sage.

MCCLINTOCK, Cynthia y Abraham LOWENTHAL, eds.

- 1983 *The Peruvian Experiment Reconsidered*. Princeton: Princeton University Press.

MCDONALD, Michael y Terence R. MURPHY

- 1993 *Sleepless Souls: Suicide in Early Modern England*. Oxford: Oxford University Press.

McEVOY, Carmen

- 1999a *Forjando la nación: ensayos de historia republicana*. Lima: IRA.
- 1999b “Entre la nostalgia y el escándalo: Abraham Valdelomar y la construcción de una sensibilidad moderna en las postrimerías de la ‘República Aristocrática’”. En: *Forjando la nación: ensayos de historia republicana*. Lima: IRA; pp. 247-313.

MCGREGOR, Felipe, S. J.

- 1966 “Posición de la Iglesia sobre la regulación de los nacimientos”. *Tribuna Médica* 2: 92; pp. 1-15.

MCINTIRE, William

- 1968 "Responsible Parenthood in Lima". En *America* 118; pp. 380-382.

MELGAR, B.

- 2002 "Nacionalismo autoritario y proyecto etnocida en Perú, 1948-1956". En *Cuadernos Americanos* 91; pp. 180-200.

MENDIETA, Líder

- 1990 *Hospitales de Lima colonial, siglos XVII-XIX*, Seminario de Historia Rural Andina. Lima: UNMSM.

MENDOZA, Walter y Óscar MARTÍNEZ

- 1999 "Las ideas eugenésicas en la creación del Instituto de Medicina Social". En *Anales de la Facultad de Medicina* 60: 1; pp. 55-60.

MERKEL, Felipe

- 1903 "La tuberculosis en el Ejército nacional". En *Anales de la Universidad Mayor de San Marcos de Lima* 30; pp. 343-389.
- 1908 "La reglamentación de la prostitución en Lima". En *La Crónica Médica* 26; pp. 319-320.

MERRICK, Thomas

- 2002 "Population and Poverty: New Views on an Old Controversy". En *International Family Planning Perspectives* 28: 1; pp. 41-46.

MEYER, Carlos

- 1864 "La atmósfera y el clima de los Andes". En *Gaceta Médica de Lima*; pp. 252; 260-263.

MILLONES, Iván

- 2004 "Los caceristas de la República Aristocrática: composición social, intereses y principios del Partido Constitucional (1895-1919)". En *Histórica* 2; pp. 137-174.

MINISTERIO DE SALUD

- 1996 *Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar*. Lima: MINSA, UNFPA.

MINOIS, Georges

- 1999 *History of Suicide: Voluntary Death in Western Culture*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.

MIRANDA CUETO, Hernán

- 2006 *Historia de la Facultad de Medicina: Universidad Nacional de Trujillo-Perú*. Trujillo: Publicenter Editores.

MOGOLLÓN, María Esther

- 2008 "Peruanas esterilizadas por la fuerza reclaman justicia". Cima Noticias, 2003, <<http://www.cimacnoticias.com/noticias/03mar/03030504.html>> (último acceso julio 15 de 2008).

MONGE, Carlos

- 1989 *Obras*. Lima: UPCH.

MONGRUT, Octavio, ed.

- 2000 *Reseña histórica de la Medicina en Piura*. Piura: Universidad Nacional de Piura, Facultad de Medicina Humana.

MOSER, Carolina

- 1993 *Gender Planning and Development: Theory, Practice and Training*. Nueva York: Routledge.

MOYANO, B. y G. CASAS

- 2003 “Los discursos del encuentro y desencuentro surgidos en el primer contacto entre Europa y América”. En *Revista Andaluza de Ciencias Sociales* 3; pp. 67-82.

MUÑIZ, Manuel A.

- 1887 *Higiene pública. Reglamentación de la prostitución*. Lima: Imp. de El Comercio.
- 1887 “Mortalidad y natalidad de Lima, 1886”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 225-235.

MUÑOZ, Andrés S.

- 1886 “Estado mental del suicida”. En *La Crónica Médica* 3; pp. 297-301.
- 1887 “Tratamiento del cólera morboasiático”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 57-72.
- 1889a *Congreso Sanitario Americano de Lima reunido en el año de 1888*. Lima: Imp. Torres Aguirre.
- 1889b “Proyecto de Convención Sanitaria Internacional formulado por el Congreso Sanitario Americano de Lima de 1888”. En *Congreso Sanitario Americano de Lima reunido en el año de 1888*. Lima: Imp. Torres Aguirre.

MUÑOZ CABREJO, Fanni

- 2001 *Diversiones públicas en Lima, 1890-1920: la experiencia de la modernidad*. Lima: IEP.

MURILLO, Juan Pablo

- 1995 “La obra de Pedro Weiss sobre la enfermedad de Carrión: una contribución al pensamiento epidemiológico nacional”. En *Revista Peruana de Epidemiología* 8: 1; pp. 42-50.

MURILLO, Juan Pablo, Oswaldo SALAVERRY, Walter MENDOZA, Gustavo FRANCO, Walter CALDERÓN, Juan RODRÍGUEZ

- 2002 “Daniel Alcides Carrión y su contribución al imaginario cultural de la medicina peruana”. En *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos* 63: 2 ; pp. 1-22.

MURPHY, Yolande

- 1967a “Humanitarian Obligation in Peru”. En *The Attleboro Sun*.
- 1967b “What he Witnessed is Beyond Imagination”. En *The Attleboro Sun*.

MURRAY, Alexander

- 1998 *Suicide in the Middle Ages*. 2 vols. Oxford: Oxford University Press.

NARI, Marcela M. A.

- 1999 “La Eugenesia en Argentina, 1890-1940”. En *Quipu* 12: 3; pp. 343-369.

NASCIMENTO, Dilene Raimundo do, Diana MAUL DE CARVALHO, eds.

- 2004 *Uma história brasileira das doenças*. Brasília: Paralelo 15.

NEYRA RAMÍREZ, José

- 1999 *Imágenes históricas de la Medicina peruana*. Lima: Fondo Editorial de la UNMSM.

NIJEHOLT, Geertje, Virginia VARGAS y Saskia WIERINGA, eds.

- 1998 *Women's Movements and Public Policy in Europe, Latin America and the Caribbean*. Nueva York y Londres: Garland Publishing.

NIJEHOLT, Geertje, Sweibel JOKE y Virginia VARGAS

- 1998 "The Global Institutional Framework: The Long March to Beijing". En Nijeholt, Geertje, Virginia Vargas y Saskia Wieringa, eds., *Women's Movements and Public Policy in Europe, Latin America and the Caribbean*. Nueva York y Londres: Garland Publishing.

NÚÑEZ ESPINOZA, Julio

- 2006 "Medicina y tuberculosis en Lima a fines del siglo XIX: el debate médico entre Francisco Almenara e Ignacio de la Puente, 1895". Tesis de Bachiller. Lima: PUCP.

OBREGÓN, Diana

- 2002 "Médicos, prostitución y enfermedades venéreas en Colombia: (1886-1951)". En *História, Ciências, Saúde: Manguinhos* 9; pp. 161-186.

ODELL, W. D. y M. E. MOLITCH

- 1974 "The Pharmacology of Contraceptive Agents". En *Annual Review of Pharmacology* 14; pp. 413-434.

O'PHELLAN, Scarlett

- 1999 comp., *El Perú en el siglo XVIII. La Era Borbónica*. Lima: IRA/PUCP.

O'PHELLAN, Scarlett y Carmen SALAZAR-SOLER, eds.

- 2005 *Passeurs, mediadores culturales y agentes de la primera globalización en el Mundo Ibérico, siglos XVI-XIX*. Lima: PUCP/IRA/IFEA.

O'TOOLE, Rachel Sarah

- 2005 "Castas y representación en el Trujillo colonial". En Drinot, Paulo y Leo Garofalo, eds., *Más allá de la dominación y la resistencia. Estudios de historia peruana, siglos XVI-XX*. Lima: IEP; pp. 48-76.

OLAECHEA, Abel S.

1908 *Estado actual de los conocimientos relativos a la tuberculosis. Difusión y profilaxia de esta enfermedad en Lima.* Tesis de Doctorado. Lima: Imp. La Industria.

1933 *Situación de la sanidad y de la asistencia en el Perú.* Lima: San Marti & Cía, S. A.

PALMLUND, Ingar

1994 "Risk Evaluation of Medical Technology in Global Population Control". En Gallagher, Eugene y Janardan Subedi, eds., *Global Perspectives on Health Care.* Englewood Cliffs: Prentice Hall.

PAMO, Óscar G.

1990 *Temas de la historia médica del Perú.* Lima: CONCYTEC.

1998 *Las revistas médicas científicas del Perú: 1827-1996.* Lima: Medicina al día.

PANFICHI, Aldo y Felipe PORTOCARRERO, eds.

1995 *Mundos interiores: Lima 1850-1950.* Lima: Universidad del Pacífico.

PARDO, Manuel

1862 *Estudios sobre la provincia de Jauja.* Lima: Imp. de la Época.

PARKER, David S.

1988 "Civilizing the city of kings: hygiene and housing in Lima, Peru". En *Cities of Hope: People, Protests, and Progress in Urbanizing Latin America, 1870-1930,* Ronn Pinneo y James Baer, ed. Boulder: Westview Press; pp. 153-176.

- 1998 *The Idea of the Middle Class: White-Collar Workers and Peruvian Society, 1900-1950*. University Park, Pa.: Pennsylvania State University Press.
- PARODI, Rómulo  
1909 “Importancia de las medicinas legales en la defensa social contra la sífilis”. Tesis de Bachiller. Lima: UNMSM.
- PASTOR, Alberto Enrique  
1964 *Cesáreo Chacaltana 1844-1906*. Lima: Ediciones CEHG.
- PAZ SOLDÁN, Carlos Enrique  
1915 “La obra científica de un gran médico sociólogo”. En *La Reforma Médica* I; pp. 3-4.
- 1916a “El factor hombre en medicina social”. En Paz Soldán, Carlos Enrique, *Medicina social (ensayo de sistematización)*. Lima: UNMSM.
- 1916b *La Medicina social (ensayo de sistematización)*. Lima: UNMSM.
- 1934a “Hipólito Unanue y el trabajo agrícola de los esclavos”. En *La Reforma Médica* 20; pp. 726-732.
- 1934b “La Eugenesia y sus posibilidades en América”. Algunos conceptos sobre la genética humana o raciongenia en el Nuevo Mundo. Charla sustentada en la II Conferencia de Eugenesia y Homicultura. Buenos Aires, 25 de noviembre.
- 1937 “Suelo, sangre y salud en la Costa peruana. Algunas reflexiones sobre el problema de la malaria en el litoral”. En *La Reforma Médica* 23; pp. 245-248, 1937.

- 1940a “Introducción a la quinta edición popular” de *Observaciones sobre el clima de Lima y su influencia en los seres organizados, en especial el hombre*. Lima: Comisión Nacional Peruana de Cooperación Intelectual.
- 1940b “El Congreso de Indianistas de Pátzcuaro y la mestización étnica, rumbo para la demogénesis americana”. En *La Reforma Médica* 25; pp. 142-145.
- 1959 *Una doctrina y un templo*. Lima: Biblioteca de Cultura Sanitaria-Instituto de Medicina Social.
- PAZOS, Pedro, Helí CANCINO, Guillermo TAGLIABUE, Carlos FLORES-GUERRA y Enrique BARTRA
- 1970 “Programas de Orientación Cristiana en Relación con la Regulación de la Natalidad en el Perú”. En *Obstetricia y Ginecología* 16: 2; pp. 153-168.
- PEARCE, A.
- 2001 “The Peruvian Population Census of 1725-1740”. En *Latin American Research Review* 36: 1; pp. 69-104.
- PEARD, Julyan G.
- 1999 *Race place and medicine: the idea of the tropics in nineteenth-century Brazilian medicine*. Durham: Duke University Press.
- PELLING, Margaret
- 1978 *Cholera, fever and English medicine, 1825-1865*. Oxford: Oxford University Press.
- PEREYRA PLASENCIA, Hugo
- 2004 “El radicalismo peruano durante el segundo militarismo 1884-1895”. Tesis para optar el título de Licenciado en Historia. Lima: PUCP.

PÉREZ ARANÍBAR, Eduardo

1927 “El problema médico-social de la sífilis”. Tesis de Bachiller. Lima: UNMSM.

PÉREZ VELÁSQUEZ, Neptalí

1899 “El suicidio como entidad neuropatológica”. Tesis de Bachiller. Lima: UNMSM.

PESCE, Hugo

2005 *Pensamiento médico y filosófico*, compilación. Lima: Ministerio de Salud.

PETCHESKY, Rosalind

2003 *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights*. Nueva York: Zed Books, UNRISD.

PHILIPPE, Ariès

1991 *The Hour of Our Death*. Helen Weaver, trad. Nueva York: Oxford University Press.

PINEO, Ronn y James A. BAER BOULDER, eds.

1998 *Cities of hope: people, protests and progress in urbanizing Latin America, 1870-1930*. Colorado: Westview Press.

POLIA, Mario

1988 *Las lagunas de los encantos: medicina tradicional andina del Perú septentrional*. Piura: Central Peruana de Servicios.

POLLITZER, Robert

1959 *Cholera*. Geneva: WHO.

PORTER, Roy y Dorothy PORTER

1988 *In sickness and in Health, the British Experience*. Nueva York: Basil Blackwell.

PORTOCARRERO, Gonzalo

- 1995 “El fundamentalismo invisible: función y lugar de las ideas racistas en la República Aristocrática”. En Panfichi, Aldo y Felipe Portocarrero, eds., *Mundos interiores: Lima 1850-1950*. Lima: Universidad del Pacífico; pp. 219-259.

PORTOCARRERO, Felipe

- 1995 “Religión, familia, riqueza y muerte en la elite económica. Perú: 1900-1950”. En Panfichi, Aldo y Felipe Portocarrero, *Mundos interiores Lima 1850-1950*. Lima: Universidad del Pacífico; pp. 75-143.

PRESSER, Harriet y Gina SEN

- 2000 *Women's Empowerment and Demographic Processes: Moving Beyond Cairo*. Nueva York: Oxford University Press.

PROGRAMME OF ACTION OF THE INTERNATIONAL CONFERENCE ON POPULATION CONTROL AND DEVELOPMENT

- 2008 Capítulo 7, “Derechos reproductivos y salud reproductiva”. El Cairo, 1994. <[www.unfpa.org/icpd/icpd\\_poa.htm#ch7](http://www.unfpa.org/icpd/icpd_poa.htm#ch7)> (último acceso 1 de marzo de 2008).

PUENTE, Ignacio de la

- 1895 “Climatoterapia de la tuberculosis pulmonar. Lima en peligro”. En *La Crónica Médica* 12; pp. 249-253; 331-345

QUIRÓS, Carlos

- 1996 “La campaña mundial de erradicación de la viruela: papel de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú”. En *Revista Peruana de Epidemiología* 9: 1; pp. 6-11.

RABÍ, Miguel

- 1995 “Un capítulo inédito: el traslado del Hospital del Espíritu Santo de Lima a Bellavista (1750)”. En *Asclepio* 47; pp. 123-133.

- 1999 *Del Hospital de Santa Ana (1549 a 1924) al Hospital Nacional Arzobispo Loayza (1925-1999)*. Lima: HNAL.
- 2000 “La primera botica de los hospitales de la ciudad de Lima en el siglo XVI”. En *Asclepio* 52; pp. 269-280.
- 2001 *El Hospital de San Bartolomé de Lima. La protección y asistencia de la gente de color de 1646 a 1821 y evolución posterior. Examen de un proceso de un proceso histórico, social, sanitario*. Lima: GRAHUER.
- 2002 “Una carta inédita del doctor José Manuel Valdés en el Archivo General de la Nación”. En *Revista del Archivo General de la Nación* 24; pp. 195-200.
- 2003 *Del Hospital de San Nicolás (1604) al Hospital Daniel Alcides Carrión (1941-2003): 400 años de protección de la vida y salud en la ciudad y puerto del Callao*. Lima: Grahuer.
- 2004 *Los inicios del Hospital de Maternidad de Lima y de la Escuela de Obstetrices del Perú (1826-1836). Obras completas de la doctora Benita Paulina Cadeau de Fessel*. Lima: Grahuer.
- 2006a “La formación de médicos y cirujanos durante los siglos XVI a XIX. Las escuelas prácticas de Medicina y Cirugía del Perú”. En *Anales de la Facultad de Medicina* 67: 2; pp. 173-183.
- 2006b *La vida y la obra singular de un cirujano criollo, primer defensor de su gremio en el Perú: José Pastor de Larrinaga (1758-ca. 1821)*. Lima: Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé.
- 2007 *Diccionario Histórico Biográfico Médico del Perú: siglos XVI-XX*. Lima: Larchgrafic.

RAMÓN JOFFRÉ, Gabriel

1999 *La muralla y los callejones: intervención urbana y proyecto político en Lima durante la segunda mitad del siglo XIX*. Lima: SIDEA.

1999 “Urbe y orden: evidencias del reformismo borbónico en el tejido limeño”. En O’Phelan Godoy, Scarlett, ed., *El Perú en el siglo XVIII: la Era Borbónica*. Lima: IRA.

RASAVI, Shahrashoub y Carol MILLER

1995 “From WID to GAD: Conceptual Shifts in the Women and Development Discourse”. *UNRISD Occasional Paper 1*; pp. 12.

REINHARD S. Speck

1993 “Cholera”. En Kipple, Kenneth F. ed., *The Cambridge World History of Human Disease*. Nueva York: Cambridge University Press.

REIS, João

2003 *Death is a Festival: Funeral Rites and Rebellion in Nineteenth-Century Brazil*. Chapel Hill: University of North Carolina.

REY DE CASTRO, Alejandro

2003 “Ilustración y sociedad en el mundo iberoamericano: elite y plebe, 1750-1821”. En *Etnicidad y discriminación racial en la historia del Perú*. Lima: IRA/PUCP.

RIFKINSON-MANN, S.

1988 “Cranial surgery in ancient Peru”. En *Neurosurgery 23*: 4; pp. 411-416.

RÍOS, José A. de los

1887a “Los microbios y el cólera morboasiático”. En *La Crónica Médica 4*; pp. 17-23.



ROSENBERG, Charles y Janet GOLDEN, eds.

- 1993 "Framing disease: illness, society and history". New Brunswick, N.J.: Rutgers University Press.

RUBIO, Boris y Edel BERMAN

- 1970 "Once-a-Month Oral Contraceptive: Quinestrol-Quingestanol". En *Fertility and Sterility* 21: 2; pp. 110-118.

RUIZ, D. Bernardino

- 1814 *Expediente promovido por el Excmo. Ayuntamiento Constitucional de Lima para la reforma del Luxo introducida en las funciones fúnebres*. Lima: Imp. de Los Huérfanos.

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 y Presente.

- 2001 *La multitud, las subsistencia y el trabajo: Lima, 1890-1920*. Lima: PUCP.

SAI, Fred y Janet NASSIM

- 1987 "The Role of International Agencies, Governments and the Private Sector in the Diffusion of Modern Contraception". En *Technology in Society* 9; pp. 497-520.

SALAVERRY, Oswaldo

- 2005 "Los orígenes del pensamiento médico de Hipólito Unanue". En *Anales de la Facultad de Medicina* 66: 4; pp. 357-370.

SALAVERRY, Oswaldo, ed.

- 2000 *Historia de la Medicina peruana en el siglo XX*. 2 vols. Lima: UNMSM.

SALINAS SÁNCHEZ, Alejandro

2000 *Medicina y salubridad en el siglo XIX*. Lima: UNMSM, Seminario de Historia Rural Andina.

SÁNCHEZ, Abelardo, Raúl GUERRERO, Julio CALDERÓN y Luis OLIVERA

1979 *Tugurización en Lima Metropolitana*. Lima: DESCO.

SÁNCHEZ, Luis Alberto

1969 *Testimonio personal*. Vol. I. Lima: Ediciones Villasán.

SANDOVAL, Julián

1860 "Topografía médica del valle de Jauja. Carta dirigida al señor doctor don José Cobián". En *Gaceta Médica de Lima* 84; pp. 446-447.

SANGUINETI-DÍAZ, Ana Cecilia, Juan RODRÍGUEZ TAFUR-DÁVILA,

2004 "Actualización en el diagnóstico de la sífilis". *Dermatología Peruana* 3; pp. 190-197.

SARALEGUI, José

1958 *Historia de la sanidad internacional*. Montevideo: Imprenta Nacional.

SCARZANELLA, Eugenia

1999 *Ni gringos ni indios: inmigración, criminalidad y racismo en Argentina, 1890-1940*. Buenos Aires: Universidad Nacional de Quilmes Ediciones.

SCHÄFER, Lothar y Thomas SCHNELLE

1986 "Los fundamentos de la visión sociológica de Ludwik Fleck de la teoría de la ciencia". En Fleck, Ludwik. *La génesis y el desarrollo de un hecho científico: introducción a la teoría del estilo de pensamiento*. Madrid: Alianza; pp. 217-239.

## SECRETARIADO DEL EPISCOPADO NACIONAL DEL PERÚ

1969 *Anuario Eclesiástico del Perú*. Archivo de la Conferencia Episcopal Peruana.

## SIFUENTES OLAECHEA, Enrique

1978 *La venereología y el derecho*. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal.

## SILVA SANTISTEBAN, Modesto

1878 "Homicidio y suicidio: sus caracteres medicolegales". En *La Gaceta Médica* 10; pp. 305-307.

## SMITH, Archibald

1839 *Peru As It Is: A Residence in Lima and other parts of the Peruvian Republic comprising an account of the social and physical features of that country*. Londres: Richard Bentley.

1840 "Practical Observations on the Diseases of Peru, described as they occur on the Coast and in the Sierra". En *The Edinburgh Medical and Surgical Journal* 53; p. 298.

1855 "On the Rise and Progress of Yellow Fever in Peru". En *The Edinburgh Medical and Surgical Journal* 82.

1856 "Influence of the Climates of Peru on Pulmonary Consumption". En *The British and Foreign Medico-Chirurgical Review* 18; pp. 479-480.

1857 "Typhoid Fever in the Andes". En *Medical Times and Gazette*; p. 382.

1858 "Geografía de las enfermedades en los climas del Perú". En *Gaceta Médica de Lima* 41, 42, 43, 44, 45; pp. 202-203, 216-219, 232-234, 248-249, 261-265.

- 1861 “On the spotted-haemorrhagic yellow fever of the Peruvian Andes in 1853-1857”. En *Transactions of the Epidemiological Society of London* I; pp. 297.
- 1863 “Observations on the Inca and Yunga Nations, Their Early Remains and on Ancient Peruvian Skulls”. En *Proceedings of the Society of Antiquaries of Edinburgh* 5, p. 35.
- 1866 “Climate of the Swiss Alps and of the Peruvian Andes Compared”. En *The Dublin Quarterly Journal of Medical Science* XLI; pp. 341-353.
- SMITH, Gregory, George TAYLOR y Kevin SMITH
- 1985 “Comparative Risks and Costs of Male and Female Sterilization”. En *American Journal of Public Health* 75: 4; pp. 370-374.
- SMYTH, Ines
- 1998 “Gender Analysis of Family Planning: Beyond the ‘Feminist vs. Population Control Debate’”. En Jackson, Cecile y Ruth Pearson, eds., *Feminist Visions of Development: Gender Analysis and Policy*. Londres: Routledge; pp. 217-239.
- SOCIEDAD MÉDICA UNIÓN FERNANDINA
- 1887 “Sesión Solemne, 5 de octubre de 1887”. En *La Crónica Médica* 4; pp. 368-377.
- SPECK, Reinhard S.
- 1993 “Cholera”. En Kipple, Kenneth F., ed., *The Cambridge World History of Human Disease*. New York: Cambridge University Press.

STEPAN, Nancy Leys

- 1976 *Beginnings of Brazilian Science, Oswaldo Cruz, Medical Research Research and Policy, 1890-1920*. Nueva York: Science History Publications.
- 1991 *The Hour of Eugenics: race, gender, and nation in Latin America*. Ithaca: Cornell University Press.

STEWART, Charles Samuel

- 1973a *Cartas sobre una visita al Perú en 1829. Colección documental de la Independencia del Perú*, tomo XXVII: "Relaciones de viajeros", vol. 4. Lima: Comisión Nacional del Sesquicentenario de la Independencia del Perú.
- 1973b "Carta V: Visita al Padre Arrieta y estado del sacerdocio y las iglesias", 27 de junio de 1829. En Stewart, Charles Samuel, *Cartas sobre una visita al Perú en 1829. Colección documental de la Independencia del Perú*, tomo XXVII: "Relaciones de viajeros", vol. 4. Lima: Comisión Nacional del Sesquicentenario de la Independencia del Perú.

TAMAYO, M. O.

- 1906 "Un caso grave de psicastenia". En *Gaceta de los Hospitales* 65; pp. 141-150.

TEIXEIRA, Luiz Antonio

- 1995 *Ciência e saúde na terra dos bandeirantes: a trajetória do Instituto Pasteur de São Paulo no período de 1903-1916*. Río de Janeiro, Fiocruz.
- 1997 "Da raça à doença em Casagrande e senzala". En *História, Ciências, Saúde: Manguinhos* 2; pp. 231-243.

TELLO, Julio C.

- 1909 "La antigüedad de la sífilis en el Perú". Tesis de Bachiller.  
Lima: Sanmartí.

TOMISCH, María Giovanna

- 1972 *El Jansenismo en España: estudio sobre ideas religiosas en la segunda mitad del siglo XVIII*. Madrid: Siglo Veintiuno Editores.

TONE, Andrea

- 2001 *Devices and Desires: A History of Contraceptives in America*. Nueva York: Hill and Wang.

TRAZEGNIES, Fernando de

- 1992 *La idea de Derecho en el Perú republicano del siglo XIX*. Lima: PUCP.

ULLOA, José Casimiro

- 1860 "Del clima de Jauja y su influencia sobre la tisis". En *Gaceta Médica de Lima* 84; pp. 443-444.

UNANUE, Hipólito

- 1793 *Decadencia y restauración del Perú, oración inaugural del Anfiteatro Anatómico, Real Universidad de San Marcos, el día 21 de noviembre de 1792*. Lima: Imp. Real de los Niños Expósitos.

- 1803 *Discurso sobre el panteón que está construyendo en el Convento Grande de San Francisco de esta capital el R. P. Guardián Fr. Antonio Díaz*. Lima: Real Imp. de los Niños Expósitos.

- 1975 *Obras científicas y literarias de Hipólito Unanue*. Tomo II. Lima: CEM.

1975 [1805] “Observaciones sobre el clima de Lima y su influencia sobre los seres organizados en especial el hombre”. Tomo I. En Unanue, Hipólito, *Obras científicas y literarias de Hipólito Unanue*. Lima: CEM.

VALDEZ, José Manuel

1827 *Memoria sobre las enfermedades epidémicas que se padecieron en Lima el año 1821, estando sitiada por el Ejército Libertador*. Lima: Imp. de la Libertad.

1835 *Al público peruano el Protomédico General de la República en contestación a la diatriba del D. D. Archibaldo Smith Impresa en los números 38 y 39 del periódico titulado El Rejenerador*. Lima: Imp. Masías.

1838 *Memoria sobre el cólera morbus escrita por orden del supremo gobierno*. Lima: Imp. de Eusebio Arana.

VALDIZÁN, Hermilio

1928a “Academia Libre de Medicina”, vol. I, *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: UNMSM; pp. 18-22.

1928b “Alarco, José Lino”, vol. I, *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: UNMSM; pp. 78-79.

1928c “Cólera Morbo”, vol. I, *Diccionario de Medicina Peruana. Anales de la Facultad de Medicina*. Lima: UNMSM, p. 138.

1928d *Diccionario de Medicina Peruana. Anales de la Facultad de Medicina*. Lima: UNMSM (Biblioteca de la Universidad Peruana Cayetana Heredia).

1928e “Macedo, José Mariano”, vol. 2, *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: UNMSM; pp. 4-5.

- 1928f “Matto, David”, vol. 3, *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: UNMSM; pp. 37-39.
- 1928g “Muñiz, Andrés”, vol. 2, *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: UNMSM; p.100.
- 1928h “Rodríguez, Julio”, vol. 3, *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: UNMSM; p. 229.
- 1928i “Rosas, Francisco”, vol. 3, *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: UNMSM, p. 27.
- 1928j “Sociedad Médica Unión Fernandina”, vol. 3, *Diccionario de Medicina Peruana*. Lima: UNMSM; pp. 41-45.
- 1929 *Elementos de jurisprudencia médica*. Lima: Empresa Editora Excelsior.
- VALEGA, José
- 1937 “La educación sanitaria de los dirigentes”. En *La Reforma Médica* 23; pp. 41-44.
- VALERA, Javier
- 1909 “Impedimentos para contraer matrimonio (consideraciones medicolegales)”. Tesis de Bachiller. Lima: UNMSM.
- VAN DEUSEN, Nancy
- 1999 “The Alienated Body: slaves and castas in the Hospital de San Bartolomé in Lima , 1680 to 1700”. En *Americas* 56: I; pp. 1-30.

VARGAS MACHUCA, Ramón

1956 “Labor del dispensario y la influencia en las nuevas terapéuticas antituberculosas y sobre su organización”. En *Revista Peruana de Tuberculosis y Enfermedades Respiratorias* 16: 42; pp. 85-106.

1985 “La tuberculosis en el Perú y en el mundo”. En *Diagnóstico* 15: 4; pp. 92-104.

VARILLAS MONTENEGRO, Alberto y Patricia MOSTAJO DE MUENTE

1990 *La situación poblacional peruana: balance y perspectivas*. Lima: Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo.

VILLAR, Leonardo

1858 “Reflexiones sobre la geografía de las enfermedades y climas del Perú del doctor Archibald Smith”. En *Gaceta Médica de Lima* 46; pp. 287-295.

VIQUEIRA ALBÁN, Juan Pedro

1999 *Propriety and Permissiveness in Bourbon Mexico*. Wilmington: Scholarly Resources.

VITERBO ARIAS, José

1902 *Exposición comentada y comparada del Código Penal del Perú de 1863*. Vol. 3. Lima.

VOEKEL, Pamela

2002 *Alone Before God: The Religious Origins of Modernity in Mexico*. Mexico, Durham: Duke University Press.

WARREN, Adam

2004 “Piety and Danger: Popular Ritual, Epidemics and Medical Reforms in Lima; Peru, 1750-1860”. Tesis de Doctorado en Historia. San Diego: Universidad de California, San Diego.

WAYLEN, Georgina

- 1994 "Women and Democratization: Conceptualizing Gender Relations in Transition Politics". En *World Politics* 46: 3; pp. 327-354.

WEBER, Hermann

- 1907 *Climotherapy and Balneotherapy. The Climates and Mineral Water Health Resorts of Europe and North America*. Londres: Smith, Elder and Co.

WEISS, Pedro

1965. "Ecología médica. Adaptación". En *Revista de la Asociación de Estudiantes de Medicina Cayetano Heredia* 2: 2; pp. 3-21.

WILSON, Fiona

- 2004 "Indian Citizenship and the Discourse of Hygiene/Disease in Nineteenth-Century Peru". En *Bulletin of Latin American Research* 23: 2; pp. 165-180.

WINTERHALTER, Max

- 1969 *Un nuevo contraceptivo oral*. Tesis de Bachiller. Lima. UNMSM.

WOODHAM, John

- 1970 "The influence of Hipolito Unanue on Peruvian Medical Science, 1789-1820: A reappraisal". En *The Hispanic American Historical Review* 50: 4; pp. 693-714.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

- 1966 *Clinical Aspects of Oral Gestogens*. Informe Técnico 326. Ginebra: WHO.

WORRALL, Janet E.

- 1990 *La inmigración italiana en el Perú 1860-1914*. Lima: Instituto Italiano de Cultura.

ZAPATER, José María

1876. “Influencia del clima del valle de Jauja en la enfermedad de la tisis pulmonar tuberculosa”. En *La Gaceta Médica* 19, 20, 21, 22; pp. 145-149, 157-159, 163-166, 169-174.

ZARAMA, Francisco y Consuelo ZARAMA, eds.

- 1979 “Este es el MFC” *Proceedings of the 10th Meeting of the Christian Family Movement's General Assembly for Latin America*. Panamá.

ZÁRATE, Eduardo

- 2004 “Primera protesta estudiantil médica en Perú”. En *Anales de la Facultad de Medicina* 65:1; pp. 56-64.
- 2005 *Los inicios de la Escuela Médica de Lima. Cayetano Heredia el organizador*. Lima: ANR.

*Diagramación: Zaida Salazar*  
Impreso en los talleres gráficos de  
**TAREA ASOCIACIÓN GRÁFICA EDUCATIVA**  
Psje. María Auxiliadora 156 - Breña  
correo-e: [tareagrafica@terra.com.pe](mailto:tareagrafica@terra.com.pe)  
Telfs.: 332-3229 / 424-8104  
Junio 2009 • Lima-Perú



Este trabajo da cuenta de la fascinante historia social, cultural y política de la medicina peruana, así como de la dimensión humanitaria del cuidado de la Salud en el país desde fines del periodo colonial hasta comienzos del siglo XX. Un tema en común de los estudios aquí presentados es la relación del poder con temas vitales a la existencia humana como la vida, la muerte, los entierros, el temor a la enfermedad, la planificación familiar y la higiene. Sus autores son destacados investigadores que presentan, en un lenguaje fluido, interpretaciones y hechos novedosos recogidos en archivos y bibliotecas. Este libro es una contribución fundamental tanto a la historia como a los estudios sociales sobre la medicina y las políticas de Salud en el Perú.



UNIVERSIDAD PERUANA  
CAYETANO HEREDIA

*IEP Instituto de Estudios Peruanos*

